

DIFICULDADES PERCEPCIONADAS PELOS ENFERMEIROS DURANTE O TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO

Francisco José Ferreira Alves

Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Orientadora Científica: Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins

Este trabalho de projeto inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri.

junho de 2021

Alves, F.J.F (2021), Dificuldades Percecionadas pelos Enfermeiros Durante o Transporte do Doente Crítico. Relatório Final de Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança.

AGRADECIMENTOS

O primeiro agradecimento é feito de forma anónima, mas engloba todos aqueles que cruzaram a minha carreira profissional e pessoal e que me ajudaram a ultrapassar mais esta etapa da minha vida, que por vezes difícil e parecia inalcançável, mas concretizada graças a estas pessoas.

Agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Matilde Martins, pela dedicação, encorajamento, disponibilidade, motivação e ensinamentos.

Agradeço a todos os elementos das equipas dos serviços onde estagiei, serviços de urgência de um centro hospitalar.

Aos colegas do serviço de urgência onde trabalho, pela colaboração e apoio para a realização deste estágio e do estudo científico por mim realizado.

Agradeço ao meu colega de curso e companheiro desta viagem, Vasco Pereira, pois sem ele seria certamente muito mais difícil.

Em especial aos meus filhos, Rui e Nuno, à Olga, minha esposa, e à Lucília, minha irmã, pela compreensão, encorajamento e apoio incondicional. Foram a minha verdadeira fonte de energia, coragem e inspiração.

E a todos aqueles, que ainda omissos, de alguma forma contribuíram para levar a bom porto este trabalho.

Um sincero obrigado a todos

RESUMO

Introdução: O transporte do doente crítico é um momento de grande vulnerabilidade e instabilidade quer para o doente quer para o enfermeiro. Este tem vindo a aumentar devido à centralização dos meios de diagnóstico e terapêutica exigindo enfermeiros qualificados para o efetuar. **Objetivo:** Analisar as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros dos serviços de urgência de um Centro Hospitalar do Norte de Portugal no transporte inter-hospitalar do doente crítico. **Metodologia:** Estudo de natureza Transversal Analítico, realizado numa população de 120 enfermeiros distribuídos por uma urgência básica, uma urgência médico-cirúrgica e uma urgência polivalente de um Centro Hospitalar do Norte de Portugal. Para a obtenção da amostra foram definidos como critérios de inclusão: enfermeiros que realizassem transporte inter-hospitalar, que se disponibilizassem a participar no estudo e estivessem presentes no período de recolha de dados, obtendo-se uma amostra de 70 enfermeiros. Como Instrumento de Recolha de Dados utilizamos o questionário, de MATA, 2014, dificuldades percecionadas pelos enfermeiros durante o transporte Inter-hospitalar, após autorização da autora. A recolha de dados decorreu entre janeiro de 2020 a abril de 2020. O estudo obteve parecer favorável da comissão de ética da instituição (n.º 151/2020) e respetivo Conselho de Administração. **Resultados:** No total de 70 participantes, (65,7%, 46) eram do sexo feminino, a média de idades foi de 43,6 anos, com experiência profissional média de 19.86 anos, predominando a categoria profissional de enfermeiro (64,3%, 45) e com formação na área (71,4%, 50). As dificuldades mais percecionadas foi na área dos “Recursos e Instabilidade do Doente” (M=2,90 pontos) e o “Planeamento do Transporte Secundário” (M=2,78 pontos). Verificamos uma relação, estatisticamente significativa, entre o local de trabalho e o F4 (Morte do Doente), uma correlação negativa fraca, estatisticamente significativa, entre a frequência de realização de transporte no último mês e as dificuldades percecionadas na realização do transporte e uma correlação positiva moderada entre a frequência de ocorrência dos fatores e as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros ($p < 0,05$). **Conclusão:** As dificuldades mais percecionadas pelos enfermeiros são os “Recursos e Instabilidade do Doente” e o “Planeamento do Transporte Secundário”. O local de trabalho influenciou a dificuldade do F4, Morte do Doente, e a frequência de realização do transporte no último mês relacionou-se com as dificuldades. Sugerimos a existência de equipas dedicadas ao transporte destes doentes para um maior treino e formação periódica, a alocação de enfermeiros da área da pessoa em situação crítica nos serviços

de urgência e a formação aos enfermeiros do Serviço de Urgência Básico (SUB) sobre a morte do doente. A realização de outros estudos nesta área.

Palavras-Chave: transferência inter-hospitalar de pacientes, enfermeiro e enfermeira, estado crítico, dificuldades.

ABSTRACT

Introduction: The transportation of critically ill patients is a time of great vulnerability and instability for both the patient and the nurse. This has been increasing due to the centralization of the means of diagnosis and therapy requiring qualified nurses to do so.

Objectives: To analyze the difficulties perceived by nurses in the emergency services of a Hospital Center in Northern Portugal in the interhospital transportation of critically ill patients. **Methodology:** A cross-sectional analytical study, carried out in a population of 120 nurses distributed by a basic emergency, a medical-surgical emergency and a multipurpose emergency in a Hospital Center in the North of Portugal. In order to obtain the sample, inclusion criteria were defined: nurses who performed inter-hospital transportation, who were willing to participate in the study and were present in the data collection period, obtaining a sample of 70 nurses. As a data Collection Instrument, we used the questionnaire, from MATA, 2014, difficulties perceived by nurses during inter-hospital transportation, after authorization by the author. Data collection took place between January 2020 and april 2020. The study obtained a favorable decision from the institution's ethics committee (no. 151/2020) and the respective Board of Directors.

Results: In the total of 70 participants, (65.7%, 46) with a predominance of females, the average age was 43.6 years, with an average professional experience of 19.86 years, predominantly the professional category of nurse (64.3%, 45) and trained in the area (71.4%, 50). The most perceived difficulties were in the area of “Resources and Patient Instability” (M = 2.90 points) and “Secondary Transport Planning” (M = 2.78 points). We found a statistically significant relationship between the workplace and F4 (Death of the Patient), a weak negative correlation, statistically significant, between the frequency of carrying out the transport in the last month and the perceived difficulties in carrying out the transport and a correlation positive moderate between the frequency of occurrence of the factors and the difficulties perceived by nurses ($p < 0.05$).

Conclusion: The difficulties most perceived by nurses are “Resources and Patient Instability” and “Secondary Transportation Planning”. The workplace influenced the difficulty of F4, Death of the Patient, and the frequency of transportation in the last month, relating to the difficulties. We suggest the existence of teams dedicated to the transport of these patients for further training and periodic training, the allocation of nurses from the area of the person in critical situation to the emergency services and the training of SUB nurses on the death of the patient. The carrying out of other studies in this area.

Keywords: inter-hospital Transfer of Patients, male and female nurses, critical condition, difficulties.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

CRRNEU - Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

DGS – Direção Geral de Saúde

DTIPE - Dificuldades no Transporte Inter-hospitalar do doente crítico Percecionadas pelos Enfermeiros

ENA - Emergency Nurses Association

EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

ICS - Internacional Care Society

IPB – Instituto Politécnico de Bragança

IRD - Instrumento de Recolha de Dados

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

PQCE - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUMC – Serviço de Urgência Médico-cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	14
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
1.1 - TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	16
1.2 - RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO DURANTE O TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO.....	23
1.3 - DIFICULDADES PERCECIONADAS PELOS ENFERMEIROS DURANTE O TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO	27
CAPITULO II – ESTUDO EMPÍRICO	30
1 – METODOLOGIA	31
1.1. TIPO DE ESTUDO	31
1.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA	31
1.3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	31
1.4. PROCEDIMENTOS DA RECOLHA DE DADOS	32
1.5. VARIÁVEIS DO ESTUDO	33
1.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	34
1.7. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	35
2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	36
3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	45
CONCLUSÃO.....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

Lista de Figuras

- Figura 1** – Algoritmo da decisão para o transporte secundário 21
- Figura 2** – Escala de estratificação de risco em transporte de doentes..... 23

Lista de Quadros

- Quadro 1** – Distribuição dos participantes por sexo, idade, categoria profissional, formação específica para o transporte do doente crítico, tipo de formação, local de trabalho.....36
- Quadro 2** – Distribuição dos participantes por frequência com que realizou o transporte no último mês e nos 2 a 6 meses.....37
- Quadro 3** - Distribuição média por item e homogeneidade dos itens DTIPE.....38
- Quadro 4** – Correlação de entre os quatro fatores e o total da DTIPE 40
- Quadro 5** – Distribuição das médias das dificuldades percebidas por fator da escala.. 41
- Quadro 6** – Distribuição das médias ponderadas da frequência em cada fator 41
- Quadro 7** – Relação entre o sexo e as dificuldades percebidas pelos enfermeiros no transporte inter-hospitalar do doente crítico por fator da escala.....42
- Quadro 8** – Relação entre as dificuldades percebidas pelos enfermeiros por fator e formação.....42
- Quadro 9**- Relação entre as dificuldades percebidas pelos enfermeiros e a idade 43
- Quadro 10**- Relação das dificuldades percebidas pelos enfermeiros e experiência profissional (correlação de *Rô Spearman*) 43
- Quadro 11**- Relação das dificuldades percebidas pelos enfermeiros em função do local de trabalho..... 44
- Quadro 12** – Relação entre as dificuldades percebidas pelos enfermeiros e a frequência do transporte nos últimos 6 meses e a frequência da realização 44
- Quadro 13** – Relação das dificuldades percebidas pelos enfermeiros em função da categoria profissional 45
- Quadro 14** – Relação das dificuldades percebidas pelos enfermeiros e a frequência com que ocorrem todos os fatores e a frequência do total da escala45

INTRODUÇÃO

O transporte do doente crítico tem sido um procedimento frequente face à necessidade de meios complementares de diagnóstico e terapêutica com elevado grau de diferenciação, Pereira (2018). Tem sido um tema muito abordado nos últimos anos pelos profissionais de saúde, nomeadamente na enfermagem, Mata (2014). O transporte do doente crítico objetiva benefício para o mesmo não sendo isento de probabilidade de ocorrência de incidentes que podem agravar o estado clínico do doente e mesmo provocar a morte, Lopes e Frias (2014).

Dentro desta temática, encontramos estudos que se focam no transporte do doente e na realidade hospitalar como é o caso do estudo de Graça (2017) e outros que se centram nas vivências do enfermeiro durante o transporte do doente, como o de Martins e Martins (2010) e de Lopes e Frias (2014).

A relevância desta temática e consequente investigação, surge ainda pela argumentação da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) (2016), defendendo o facto que devido ao aumento da necessidade de transportar doentes em estado crítico, de maneira a oferecer um melhor nível assistencial, quer de cuidados quer de realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, fez com que os profissionais de saúde olhassem com maior preocupação para as condições em que o transporte é realizado.

Com vista a melhoria e à procura da qualidade nos cuidados de saúde prestadas ao doente/família/comunidade exige dos profissionais a implementação de uma prática baseada na evidência científica. Este princípio vai ao encontro do definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019) no seu Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, onde se lê que o enfermeiro especialista “Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Argumentando sob o papel do enfermeiro, Barbosa (2012) reforça o crescente nível de exigência dos utentes, articulado ao desenvolvimento da investigação faz com que a prática de enfermagem baseada na evidência científica e nas teorias de enfermagem seja cada vez mais evidente, aperfeiçoando o processo de tomada de decisão. Mais ainda, Almeida et al., (2012) argumentam, que o transporte do doente é um momento de grande vulnerabilidade e instabilidade para o doente e dado o seu estado, podem ocorrer alterações hemodinâmicas rápidas, progressivas e evitáveis. Por este motivo, a decisão de

transportar um doente nestas condições deve ser baseada nos riscos/benefícios reais existentes. Sob esta perspetiva, segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) (2008), a decisão de efetuar o transporte inter-hospitalar do doente crítico surge da necessidade de uma assistência médica mais diferenciada ou realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não realizáveis no hospital de origem onde o doente se encontra internado.

Perante o anteriormente exposto, é evidente que uma permanente avaliação de riscos e benefícios para a tomada de decisão, coloca o enfermeiro numa situação de stress, devido aos pedidos continuados de tomada de decisões. Na verdade, os profissionais de saúde estão continuamente expostos ao stress devido aos pedidos continuados e variados da sua atividade profissional, Sarid, O., Berger, R., & Segal-Engelchin, D., (2010). É óbvio que perante a existência de um estímulo ambiental/existência de motivos de ação, se desencadeiam objetivos e atitudes para agir e a psicologia cognitiva é uma das áreas da psicologia que se dedica ao estudo dos mecanismos pelos quais o nosso cérebro experimenta e interpreta o mundo à sua volta, Ringdal M., Chaboyer, W., & Warrén Stomberg, M et al., 2015; Whetzel, E., Walker-Cillo, G., Chan, G. K., & Trivett, J., (2013). Estes mecanismos incluem a recolha de informação de, e sobre, o ambiente; a representação interna, percetiva e cognitiva da informação; julgamentos e decisões, escolhas, etc.

Quanto à motivação pelo tema, o interesse pela área do transporte do doente crítico surgiu da experiência acumulada durante o desempenho de funções num serviço de urgência. Verifica-se a necessidade de deslocações de doentes entre as várias unidades do Centro Hospitalar e outras instituições hospitalares para a realização dos mais diversificados exames, intervenções e consultas de especialidades.

Sendo o transporte inter-hospitalar de doentes críticos um ambiente de cuidados complexos, exigentes e não isentos de alguma incerteza, estes pressupõem uma intervenção precisa e eficaz, evitando possíveis complicações e assegurando ao máximo as suas necessidades, Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (OM&SPCI) (2008).

O enfermeiro, enquanto elemento da equipa de transporte, deverá ser capaz de mobilizar um conjunto de competências necessárias, de modo a garantir cuidados de qualidade ao doente crítico e segurança durante o transporte, OE (2017).

Na atualidade contamos com uma reorganização nas redes dos serviços de urgências e com várias mudanças na organização e estrutura do Serviço Nacional de Saúde (SNS)

(Diário da República, 2014, de 11 de agosto, 2.^a série – N.º153). Através da revisão da literatura, constatou-se que as dificuldades percebidas dos enfermeiros no transporte inter-hospitalar do doente crítico estão relacionadas com a falta de recursos humanos, a gestão ineficaz na escolha dos mesmos, sentimentos e emoções intrínsecos ao enfermeiro, falha no planeamento do transporte, falta de formação e experiência profissional na área do transporte do doente crítico, falhas no equipamento de transporte, fatores inerentes ao transporte, a instabilidade do doente, a morte do doente durante o transporte e a abordagem à família, Mata, (2014). Parmentier-Decrucq et al. (2013) sustentam o referido, num estudo que realizaram, e constataram que, a maior percentagem de eventos adversos verificados durante o transporte de doentes críticos, estão relacionados com o doente, destacando a hipoxia e a instabilidade hemodinâmica, como os mais relevantes. O transporte inter-hospitalar do doente crítico necessita de ser estudado e explorado, no sentido de obter informação válida por forma a fundamentar ações corretivas, se necessário, para a melhoria dos cuidados prestados ao doente e por forma a servir de bases para a realização de outros estudos conforme argumenta Graça (2017).

Perante o exposto a nossa questão de investigação é: Quais as dificuldades percebidas pelos enfermeiros durante o transporte inter-hospitalar do doente crítico e os fatores que lhe estão associados?

Como objetivo geral:

- Analisar as dificuldades percebidas pelos enfermeiros dos serviços de urgência de um centro hospitalar do norte de Portugal no transporte inter-hospitalar do doente crítico.

Objetivos específicos:

- Descrever as características sociodemográficas dos participantes do estudo;
- Identificar as principais dificuldades percebidas pelos enfermeiros durante o transporte do doente crítico;
- Relacionar as variáveis sociodemográficas com as dificuldades percebidas pelos enfermeiros durante o transporte do doente crítico;
- Analisar a relação entre a tipologia de urgência e a percepção dos enfermeiros durante o transporte do doente crítico;
- Correlacionar a frequência de acontecimentos durante o transporte inter-hospitalar com as dificuldades percebidas pelos enfermeiros;
- Propor medidas adequadas em função dos resultados encontrados.

O presente trabalho está estruturado em três partes, a primeira parte compreende uma revisão de literatura, evidenciando o estado da arte atual em documentos científicos, tendo sido elaborada através de uma pesquisa via web ao Google Scholar e Jornais da área de estudo e compreendeu as keywords “transferência inter-hospitalar de pacientes, enfermeiro e enfermeira, estado crítico, dificuldades”. A segunda parte descrevemos os procedimentos metodológicos, seguindo-se a apresentação e discussão dos resultados e por último as conclusões e sugestões.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os serviços de urgência são a principal porta de entrada de doentes no SNS, exigindo uma rede organizada e hierarquizada de referenciação. Esta rede de referenciação é o sistema através do qual se organizam as relações de complementaridade, hierarquização e de apoio técnico entre as instituições, sustentado num sistema integrado de informação e articulação interinstitucional, CRRNEU (2012). Desta forma, de acordo com o Diário da República (2019) é possível assim garantir, a acessibilidade dos doentes às unidades de saúde, numa lógica integrada e com a máxima rentabilização da capacidade instalada, para a prestação de cuidados de saúde apropriados.

Quanto às redes de referenciação, elas visam a regulação das relações de complementaridade entre instituições, com o objetivo de garantir o acesso de todos os doentes a todos os cuidados de saúde existentes no SNS, CRRNEU (2012). Em Portugal, o Despacho no 10319/2014 de 11 de agosto, classifica os serviços da rede de urgência por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta: serviço de urgência básica (SUB), serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC) e serviço de urgência polivalente (SUP). Os serviços anteriormente referidos, além de darem resposta a situações de urgência e emergência na sua área de influência, complementam-se por forma a alcançar uma rede diferenciada.

Para um transporte mais seguro e eficaz a equipa que acompanha o doente crítico deve estar treinada e familiarizada com o equipamento utilizado e ter conhecimentos relacionados com a proteção da via aérea, ventilação, reanimação cardiopulmonar e outros procedimentos de emergência, Australian and New Zealand College of Anaesthetists, (2015).

Quanto à formação dos profissionais para o transporte de doentes, de acordo com a OE (2018), os conselhos de administração devem promover competências e capacidades às equipas de transporte definindo a titulação, formação e creditação. Desta formação, devem fazer parte os “Cursos de Suporte Avançado de Vida”, “Suporte Avançado de Vida em Trauma”, “Ventilação e Controlo Hemodinâmico”, “Transporte do Doente Crítico”, “Vias Verdes e comunicação em equipa e de más notícias”, devendo os enfermeiros da rede de Serviços de Urgência ter conhecimentos específicos do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica.

Focando nas recomendações para o transporte inter-hospitalar do doente crítico, estas passam pelos meios, equipamentos e equipa apropriados, e engloba 3 fases: decisão, planeamento e efetivação. A primeira fase, a fase da **decisão**, deve ponderar os benefícios e os riscos inerentes ao transporte e é um ato médico; a segunda fase, a do **planeamento**, é da responsabilidade da equipa médica e da equipa de enfermagem do serviço de origem, escolha e contacto do serviço recetor, do meio de transporte, da equipa de transporte, seleção da monitorização e da terapêutica e previsão das possíveis complicações; finalmente, a fase de **efetivação**, é da responsabilidade da equipa de transporte, que delega a responsabilidade técnica e legal no serviço destinatário, no momento da entrega do doente, ou novamente no serviço de origem, caso tenha de regressar após a necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico ou procedimentos terapêuticos (OM &SPCI, 2008).

1.1 - Transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica

Conforme defende Mata (2014), o transporte inter-hospitalar do doente crítico é uma necessidade crescente e, embora represente riscos acrescidos, justifica-se pela centralização dos meios de diagnóstico e terapêutica, com elevado nível de diferenciação. Mohr et al, (2016), acrescentam, que se justifica ainda, pela inexistência de recursos humanos e de recursos materiais, não disponíveis na instituição de saúde onde o doente está internado, pela disponibilidade de perícia médica, pelas parcerias com outras instituições, por solicitação por parte do doente e, ainda, por questões financeiras.

Na literatura é possível encontrar várias designações para fazer referência ao transporte inter-hospitalar ou transporte secundário, também designado por transferência inter-hospitalar ou secundário. O termo secundário refere-se à classificação dos transportes. Segundo Pereira (2018), de acordo com o local de origem, existindo dois tipos de transportes: o primário, que diz respeito ao transporte de vítimas de um local de acidente para uma unidade de saúde, e o secundário, aquele que ocorre entre duas unidades de saúde. Uma semelhança é que ambos podem ser realizados por via terrestre. De acrescentar ainda, que o transporte intra-hospitalar designa ainda o transporte de um doente entre dois serviços do mesmo hospital, seja pela necessidade de ser internado numa unidade de maior nível de diferenciação ou pela necessidade de realizar exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica no mesmo hospital, Pereira (2018).

De acordo com o Parecer 09/2017 da Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica da OE (2017, p.1 e 2), o doente tem direito a cuidados de qualidade no qual a segurança é componente crítica, exigindo que o transporte seja realizado com menos risco e com a maior segurança. Também a OE, de acordo com o parecer do Conselho Jurisdicional (CJ) (09/2017), faz referência ao emanado pela SPCI & OM (2008), aconselhando que, “...o transporte intra-hospitalar do doente crítico deve ser idealmente, realizado por enfermeiro com experiência em reanimação e com treino em transporte de doentes críticos...”, podendo ainda ler-se no mesmo parecer que, “... o profissional com melhor formação para integrar equipas de transportes de doentes críticos ou equipas de Emergência Intra-Hospitalar é preferencialmente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica” (OE, 2017, p. 3). Em 1992, a Sociedade Americana de Cuidados Intensivos foi a primeira entidade a divulgar Normas de Boa Prática Clínica para o Transporte Secundário de Doentes, Mata (2014). Em Portugal, nesse mesmo ano, foi publicado o Decreto-Lei n.º 38/92, relativo ao Enquadramento Legal do Transporte de Doentes. Com o passar dos anos, foi surgindo nova literatura e legislação, tanto a nível nacional como internacional. Em 1997, a SPCI apresentou o Guia de Transporte do Doente Crítico, revisto e melhorado em 2008. Em 2001, a Administração Regional de Saúde do Norte, em parceria com o Grupo de Trabalho de Urgências, publicou as Normas de Transporte Secundário de Doentes. Em 2012, a (CRRNEU) através do seu relatório, remete-nos para a Rede de Referenciação. Recentemente, em 2014, foi publicado em Diário da República o Despacho n.º 10319/2014, que veio definir a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) a nível hospitalar e pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência e os padrões mínimos, quanto à estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade, processo de monitorização e avaliação. A nível internacional, Pereira (2018), salienta o documento que a Intensive Care Society lançou, em 2002, referente às *Guidelines* para o Transporte do Doente Crítico Adulto. De referir ainda, que em 2008, a (OM & SPCI), após previsão do aumento do transporte intra-hospitalar de doente crítico devido à requalificação das urgências, das redes de referenciação cardiovascular, vias verdes coronárias, acidente vascular cerebral e trauma, criaram a rede de referenciação desta tipologia de doentes. Ainda, Pereira (2018), os objetivos da rede de referenciação, apresentados pela (CRRNEU), serão os de prestar melhores cuidados aos doentes e com menos custos, diminuindo o número de transportes desnecessários. E ainda, que a maioria dos hospitais

não dispõe de recursos humanos suficientes para criar uma equipa que assegure os transportes. A propósito deste assunto, a Direção Geral da Saúde (DGS) na sua circular normativa N°15/DQS/DQCO de 22 junho de 2010, argumenta que a equipa que acompanha o doente crítico deve ser composta pela tripulação habitual da ambulância, por um médico e um enfermeiro com experiência no doente crítico e no manuseamento dos equipamentos que suportam as suas funções vitais OE (2017). Ainda acerca da rede de referenciação, a OE (2018) acrescenta que importa referir que o serviço de urgência assume a responsabilidade de efetuar o transporte de um doente se não tiver capacidades para o seu tratamento, devendo este ocorrer atempadamente e em segurança para um serviço de nível superior e mais próximo. No entanto, se: “ (...) for impossível ao serviço de urgência adequado mais próximo receber o doente, uma de três situações deve ocorrer: ou o serviço de urgência adequado mais próximo arranja capacidade dentro de tempo útil; ou o serviço de urgência adequado mais próximo ajuda o serviço de urgência que tem o doente a encontrar alternativa e essa iniciativa tem rápido sucesso; ou se estas duas soluções anteriores falharem, o serviço de urgência adequado mais próximo recebe o doente ativando o seu plano de catástrofe/contingência” (Despacho n.º 10319/2014, 2014, p. 20678).

A OE (2017) argumenta ainda, que na realização do transporte inter-hospitalar do doente crítico há que ter em conta que estes doentes estão a vivenciar uma situação de falência multiorgânica ou em risco de a desenvolver, pelo que qualquer alteração súbita durante o transporte terá um efeito multiplicativo no agravamento do seu estado clínico, dado que a sua capacidade de adaptação é inexistente. Mais ainda, segundo parecer n.º 87/2018 do Conselho de Enfermagem da OE (2018), o transporte só deve ocorrer quando a condição clínica do doente o permitir e deve ser efetuado com os recursos humanos e técnicos adequados às necessidades do doente. O transporte deve ser efetuado em condições que garantam a segurança clínica do doente e dos profissionais de saúde envolvidos. Os profissionais responsáveis pela monitorização do doente durante o transporte têm de ter as qualificações necessárias para o tipo de doente a ser transportado.

A propósito da redução de riscos, a SPCI (2008), recomendou que o transporte deveria ser processado em três fases: decisão, planeamento e efetivação. A decisão de transportar um doente crítico sustenta-se pelo fato de ser um ato médico e por isso, devem ser considerados os riscos inerentes ao doente e ao processo de transporte, nomeadamente nas situações de instabilidade clínica do doente e sempre que a deslocação possa

contribuir para a deterioração do seu estado. Uma vez que é uma decisão médica o enfermeiro apenas deve ter em mente o que é a tomada de decisão para o caso de o médico pedir ajuda estar preparado para o fazer, pois pertence a uma equipa multidisciplinar. Segundo Franco (2012), o processo de tomada de decisão é um processo cognitivo e complexo que implica a escolha entre uma ou mais alternativas, com o objetivo de alcançar um resultado desejado.

De acordo com a OE (2003, p.6), a tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistematizada. O enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo/família/comunidade. A propósito do mesmo, Mata (2014), reforça que a tomada de decisão baseada na evidência é um importante elemento na perceção da qualidade dos cuidados nos diferentes domínios da intervenção da enfermagem.

Na fase de planeamento da ação, intervêm a equipa médica e de enfermagem do serviço de origem. Antes do transporte ser efetuado o doente ou seu representante legal deve ser informado. De seguida em conjunto as equipas devem incluir: a escolha e contacto com o serviço de destino devendo ser avaliada a distância a percorrer e respetivo tempo de transporte; escolha da equipa e meio de transporte; seleção dos meios adequados de monitorização, equipamento e terapêutica; definição de objetivos fisiológicos a manter durante o transporte; previsão de possíveis complicações; deve ser verificada a estabilização do doente por forma a efetuar um transporte seguro.

O enfermeiro, enquanto elemento da equipa de transporte, deverá possuir determinadas competências e evidenciá-las na prática de cuidados, garantindo o cumprimento das recomendações existentes e conseqüentemente, contribuindo para melhores resultados do transporte destes doentes. O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de atuação multiprofissional, distinguindo-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as autónomas – iniciadas por prescrição ou pensamento do enfermeiro; as interdependentes - iniciadas por outros técnicos da equipa, Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) da OE (2015).

Rodrigues e Martins (2012) referem que o transporte de doentes em estado crítico é um dos momentos mais delicados dos cuidados de enfermagem, uma vez que há necessidade de manter o suporte das funções vitais com um nível semelhante ao que é praticado no serviço de origem. Para além de apontar a prestação de cuidados de elevada complexidade como principal meta durante o transporte, Droogh et al. (2015) referem ainda a

importância de, ao mesmo tempo, prevenir a deterioração do doente e a ocorrência de incidentes durante o mesmo.

Dá uma preparação meticulosa do transporte e estabilização do doente crítico são essenciais para prevenir o declínio fisiológico e outras complicações durante o transporte Droogh et al. (2015); Rodrigues e Martins (2012); Sethi e Subramanian (2014), garantindo a segurança do doente durante o mesmo.

Para o transporte se realizar em segurança, é necessária uma avaliação exata do doente crítico, bem como a otimização da sua condição clínica, Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA) (2015); Martins e Martins, 2010; OM e SPCI, 2008; Scussiato et al., (2012).

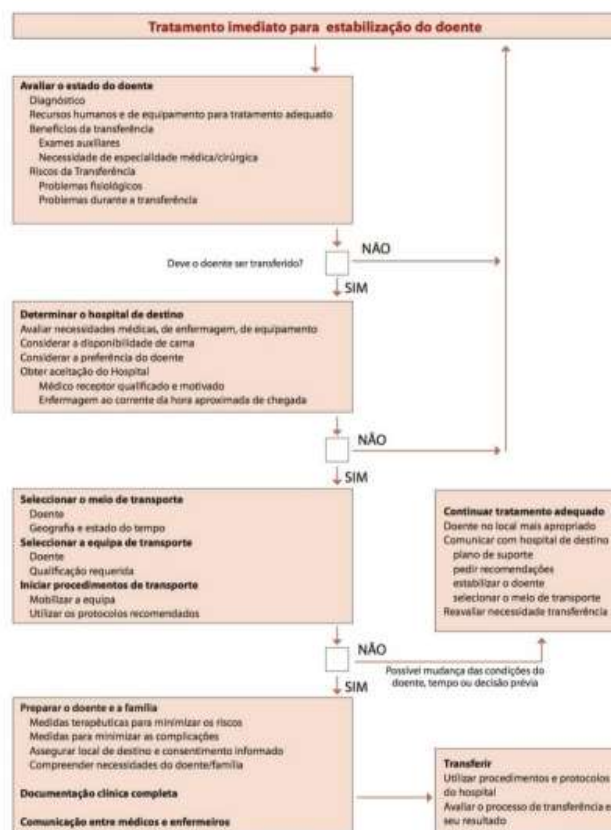
Quanto à fase de efetivação corresponde ao momento do transporte até à “entrega” do doente à equipa médica do serviço de destino, ou no regresso ao hospital de origem, caso a transferência seja apenas para a realização de um exame ou execução de um ato terapêutico, OM & SPCI (2008). No início da efetivação do transporte, há a considerar o período de tempo relativo ao trajeto até à ambulância, onde a vigilância do doente deve continuar a ser assegurada.

Segundo Martins e Martins (2010, p.113), ela compreende o transporte inter-hospitalar, e é feita pela equipa de transporte previamente selecionada, “cuja responsabilidade só termina no momento da entrega do doente à equipa do serviço destinatário”. Nesta fase estão incluídos todos os atos terapêuticos durante o percurso até a entrega do doente no serviço de destino.

Para um transporte inter-hospitalar do doente crítico com melhor qualidade de cuidados e segurança a equipa deve ter a melhor formação possível. O enfermeiro especialista em médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica é o enfermeiro mais bem preparado, uma vez que às competências de enfermeiro de cuidados gerais acrescem as competências de especialista, tais como: cuidar da pessoa, família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizando a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe; maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica, OE (2018).

De acordo com a OM & SPCI (2008, p.35) o procedimento de atuação/ algoritmo deve ser conforme a figura 1 a seguir.

Figura 1 – Algoritmo de decisão para o transporte secundário.



Fonte: OM & SPCI (2008 p.35)

Neste seguimento, é legítimo enquadrar na temática em questão o disposto no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) (2015), as alíneas a) e b) do Artigo 104º, p.79, que referem que o enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever:

“a) Corresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento;

b) Orientar o indivíduo para o profissional de saúde adequado para responder ao problema, quando o pedido não seja da sua área de competência.” (EOE, 2015, p.80). Ainda a propósito a OE (2009b, p.2), emana um parecer (nº157) do Conselho Jurisdicional, em que declara:“ Desde que o enfermeiro se confronte com um cliente em situação de emergência não prevista, a qual o faça correr risco de vida ou o afete gravemente e na ausência de médico, o enfermeiro, quando detentor da competência técnico-científica para tal e após ponderados os riscos e os benefícios, deve administrar a terapêutica medicamentosa adequada à situação, assumindo a responsabilidade pela

decisão que tomou e pelo ato que praticou. Se estas situações são conhecidas e frequentes, dever-se-á optar pela utilização de protocolos terapêuticos”.

Ainda a OE (2009), também se pronuncia acerca da decisão por parte do médico de que o acompanhamento do doente seja feito apenas pelo enfermeiro, declarando, que:

“No entanto, é aconselhável que quando o médico tem a iniciativa de “decidir” sobre o acompanhamento do cliente pelo enfermeiro, tal “decisão” seja equacionada/analísada pelos dois intervenientes de modo a que não se desperdicem recursos e os clientes não corram riscos, mantendo, todavia, a clareza de que o exercício autónomo de Enfermagem obriga a que seja o enfermeiro a decidir sobre os cuidados que planeou e não a outro profissional.”

O atrás descrito vem reforçado pelo score de risco de transporte, idealizado por Etxebarria et al. (1998), que define quais as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, a monitorização, o equipamento e o tipo de veículo de gravidade do Doente, conforme ilustra a figura seguinte.

Figura 2 – Escala de estratificação de risco em transporte de doentes

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.

Fonte: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos (2008 p.33)

1.2 - Responsabilidade do enfermeiro durante o transporte do doente crítico

Segundo Pereira (2018), o enfermeiro, cada vez mais, exerce um papel fulcral na garantia da qualidade e da eficácia do transporte inter-hospitalar do doente crítico, assegurando todas as condições para que o transporte ocorra de forma calma e segura, permitindo a vigilância contínua do doente, prevenindo possíveis complicações e atuar de imediato, em caso de necessidade. É ainda o enfermeiro, que assume a responsabilidade de verificar que todo o material e equipamento está operacional, não só aquele que já o acompanha,

mas também o da mala de transporte e da ambulância. Contudo, Pereira (2018) reforça, que quando o transporte inter-hospitalar do doente crítico é emergente, o tempo para a sua preparação escasseia. Mesmo assim, não devem ser ultrapassadas fases que contribuem para economizar tempo na fase seguinte. Gonçalves (2017) através de uma revisão sistemática propôs 13 competências que deverão caracterizar o enfermeiro no transporte de doentes em situação crítica:

1. Conhecimentos específicos;
2. Experiência adquirida anteriormente;
3. Formação continua;
4. Capacidade de planeamento e organização avançados;
5. Capacidade de manter um ambiente de cuidados seguro;
6. Capacidade de prestar cuidados de qualidade ao doente crítico;
7. Capacidade de trabalhar em equipa;
8. Gestão de comunicação interpessoal com os membros da equipa multidisciplinar;
9. Bom nível de desempenho perante a necessidade de agir num curto espaço-tempo;
10. Capacidade de resposta adequada aos imprevistos;
11. Reflexão sobre o desempenho profissional após a realização de cada transporte;
12. Colaboração com as entidades responsáveis pela avaliação do transporte;
13. Responsabilidades éticas inerentes à prática profissional.

O autor ancorou estas competências através de 55 critérios de avaliação, que se integram em nove domínios: (1) formação e experiência; (2) planeamento e organização; (3) promoção da segurança; (4) prestação de cuidados; (5) trabalho de equipa e cooperação; (6) comunicação; (7) gestão de eventos críticos; (8) melhoria contínua da qualidade e finalmente, (9) compromisso ético.

A propósito das competências e dos domínios a que elas estão ligadas, Gonçalves (2017) argumenta que a formação e experiência são duas competências que se complementam e devem caminhar em conjunto, e são imprescindíveis para uma prestação de cuidados de qualidade à pessoa em situação crítica durante o transporte inter-hospitalar e que através da ligação de ambas que o enfermeiro vai conseguir responder às exigências do transporte inter-hospitalar e otimizar os resultados do mesmo. A OE corrobora o anteriormente

exposto, e reforça, que outros autores partilham da opinião, de que a formação específica em transporte deve ser promovida até para profissionais que habitualmente prestam cuidados a este tipo de pessoas e que o transporte inter-hospitalar requer uma atuação e desempenho meticolosamente. Perante esta exigência, é aconselhável que o enfermeiro deve manter uma formação contínua e regular de conhecimentos, e que esta formação tenha por base a evidência científica, OE (2017). A equipa que executa o transporte deve ser específica e estar destinada para o transporte, estando sujeita a formação específica e treino regular de modo a estar qualificada e preparada para o transporte do doente crítico, banindo a prática de serem os profissionais menos qualificados a praticar o transporte, OM & SPCI (2008, p.28). Sobre este assunto, a OE (2018, p.3), refere ainda, que uma formação das equipas esquematizada a nível regional ou institucional é mais rentável. Esta formação deve ser re-acreditada e que o transporte do doente crítico deve ser efetuado por médico e enfermeiro devidamente treinados. Assim, considerando o estabelecido no artigo 11º do Decreto-Lei n.º 86-A/2016, de 29 de dezembro, a DGS (2018) refere que são deveres do empregador público, proporcionar ao trabalhador e aos dirigentes o acesso a formação profissional e criar as condições facilitadoras da transferência dos resultados da aprendizagem para o contexto de trabalho. Já a OE (2018), argumenta que o Suporte avançado de Vida (SAV) faz parte da formação obrigatória para todos os elementos da equipa de transporte inter-hospitalar. Droogh et al. (2015), adicionam que o Suporte Básico de Vida (SBV) é essencial, enquanto OM e SPCI (2008) consideram, que o suporte avançado de trauma seria também uma mais-valia. Scuiasiato et al. (2012) reforçam, que os enfermeiros devem estar familiarizados com a pessoa com diferentes e complexas patologias, implicando o reconhecimento e respetiva ação por parte do profissional. Para Martins e Martins (2010), é ainda importante estar capacitado para manusear com destreza os equipamentos disponíveis no transporte, sendo capaz de prever e/ou reconhecer avarias e intervir na segurança da pessoa, adaptando-se às situações.

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

A propósito do papel do enfermeiro, a Emergency Nurses Association (ENA) (2010) e Internacional Care Society (ICS) (2011), referem que o enfermeiro assume um papel fulcral na promoção da segurança do transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica, daí ser extremamente importante, o conhecimento e domínio das *guidelines*

existentes na área. Quanto à tomada de decisão e sua importância, Oliveira e Martins (2013), evidenciam que ela deve ser ancorada na evidência científica e o recurso a protocolos terapêuticos existentes que vão permitir ao enfermeiro fundamentar as suas ações, minimizando a probabilidade de erro e contribuindo para o aumento da segurança durante o transporte.

Quanto a responsabilidade do enfermeiro nas fases da decisão ela entra na segunda fase, planejamento, pois a decisão de transferir é da responsabilidade do médico. O planejamento do transporte inter-hospitalar do doente crítico é feito em conjunto pelo médico e enfermeiro, que reúnem todos os documentos e necessidades para o transporte ser realizado em segurança e com a melhor qualidade possível para que na terceira fase, Efetivação, estejam todas as condições reunidas para se efetuar o respectivo transporte diminuindo os riscos. Cabe ao enfermeiro procurar em todo o ato profissional a excelência do exercício, assumindo o dever de: analisar regularmente todo o trabalho planejado e realizado, procurando adequar as normas com as necessidades da pessoa, mantendo a atualização contínua dos seus conhecimentos, colocando-os em prática utilizando toda a tecnologia existente, assegurando que as condições de trabalho permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia por forma a garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados, conforme nos diz o EOE (2015, art.109). Ainda segundo o EOE, no seu artigo 112, o enfermeiro como membro da equipa, atua responsabilmente na sua área de competência reconhecendo a especificidade das outras profissões, trabalhando em articulação com as mesmas e integrando a equipa de saúde nas decisões sobre a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos cuidados. Os cuidados de enfermagem são caracterizados por terem fundamento numa interação entre enfermeiros e utente, família, grupos e comunidade, estabelecendo uma relação de ajuda através da utilização de metodologia científica, que inclui: a identificação de problemas de saúde; recolha e apreciação de dados; formulação de diagnósticos de enfermagem; realização de planos de cuidados para uma execução correta dos mesmos e por fim uma avaliação e reformulação com objetivo da melhor qualidade possível. Os cuidados de enfermagem englobam ainda a orientação, supervisão, transmissão da informação quer ao doente quer a outras equipas de saúde, bem como o encaminhamento e orientação para recursos, adequados, em função dos problemas existentes. Os enfermeiros decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, sendo a comunicação uma delas e muito importante no

transporte inter-hospitalar do doente crítico no momento da transferência do doente para a equipa que o vai receber, EOE (2015).

1.3 - Dificuldades Percecionadas pelos Enfermeiros Durante o Transporte do Doente

Crítico

Na relação estímulo versus ação, desencadeiam-se objetivos e atitudes para agir e a psicologia cognitiva estuda os mecanismos pelos quais o nosso cérebro experimenta e interpreta o mundo à sua volta, Ringdal et al. (2015); Whetzel et al. (2013).

Na exposição ao stress ambiental durante o transporte do doente crítico, Martins e Martins (2010) identificam perceções positivas e negativas, identificando nas positivas a “ajuda ao doente” e a “reflexão sobre a ação”, nas negativas, identificam sentimentos e desgaste emocional. Nos sentimentos, encontram-se o medo, a ansiedade, o stress, a insegurança, o sofrimento e a frustração. Quanto ao desgaste emocional, ele está relacionado com o envolvimento familiar e implicações familiares. Ringdal et al. (2015) argumentam que o stress é pior à noite pois os doentes encontram-se mais inseguros e exigindo ao enfermeiro a verificação da segurança sendo necessário planear com antecedência. Também Parmentier-Decrucq et al. (2013), focam a insegurança do doente durante o transporte e constataram que o doente se sente inseguro com a sedação, administração de catecolaminas e as alterações dos parâmetros ventilatórios. A propósito deste fator, Martins e Martins (2010) referenciam o medo em relação ao meio de transporte utilizado, à falta de planeamento prévio e a inexperiência do enfermeiro são percecionados pelo enfermeiro como aspetos negativos, conferem um sentimento de medo relacionado com o risco à estrada não só em relação ao doente, mas também em relação à equipa de transporte.

O risco da estrada é também apontado por Gustafsson (2010) e Graça, Silva, Correia & Martins (2017) indicam que a ansiedade que deriva da preocupação do transporte é uma perceção referida pelos enfermeiros. Mata (2014) acrescenta, que este medo gera indisposição gastrointestinal aos enfermeiros e constitui ainda um elemento constrangedor. Também o estudo de Cristina, Dalri, Cyrillo, Saeki & Veiga (2008) apontam sentimentos de angústia e ansiedade pelo desconhecido, sentimentos de medo relacionados com o perigo, o desconhecido e o sofrimento. Papsen, Russell & Taylor (2007) apontam ainda, perceções de medo relacionadas com as falhas do equipamento,

indicando a falha do ventilador. O estudo de Graça (2017), revelou que os enfermeiros percebem medos relacionados com a falha do material e equipamento, os ruídos, vibrações e oscilações, com os enjoos e as condições atmosféricas. Também o estudo de Rodrigues e Martins (2012) apontaram como percepção de medo a ausência de acompanhamento por outro profissional e o acompanhamento por parte de outro profissional contribui para a partilha e a minimização da insegurança, diminuindo a angústia, ansiedade, aflição, stress, nervosismo e o medo. Já em 2005, o estudo de Alves et al., concluiu que em eventos de urgência/emergência não pode ocorrer atuação isolada e advertem que a atuação deve ser feita com base na interdisciplinaridade entre várias disciplinas pois favorecem o enriquecimento mútuo e a solução dos problemas é feita com base em diferentes áreas científicas, logo mais eficaz, Alves, Ramos & Penna (2005).

Whetzel et al. (2013) revelam, que apesar da maioria dos enfermeiros considerarem estar preparados para a atuação em acidentes e desastres (terrorismo, acidentes de aviação, desastres ambientais, entre outros), contudo, eles consideram que é necessária uma formação profissional anual para o planeamento deste tipo de ações. Fanara et al. (2010) argumentam também sobre a formação dos profissionais no transporte do doente crítico, e, consideram que eventos adversos tiveram origem em inadequada supervisão e falta de experiência e formação. Advertem ainda a OE, a SPCI & OM para o facto de que os profissionais devam possuir níveis avançados de monitorização, avaliação e tratamento de doentes em estado crítico e ser detentores de formação teórica e habilidades práticas, nomeadamente em matéria de SAV e trauma. Ligtenberg et al. (2005), argumentam sobre a falta de planeamento na transferência de doentes críticos, o seu estudo identificou que em 50% dos transportes as recomendações prévias não foram consideradas, mais ainda, 70% dos eventos ocorridos durante o transporte podiam ter sido evitados através de planeamento prévio e comunicação/formação prévia. Também Machado (2010) aponta que os enfermeiros percebem que a falta de planeamento, organização, comunicação, coordenação e documentação constitui um stress no transporte de doentes críticos. Sendo a comunicação também apontada por Almeida et al (2012) como um elemento adverso. Já a OE em 2018 indicava que os registos clínicos e de enfermagem constituíam elementos imprescindíveis para a qualidade dos cuidados prestados e uma segurança para o enfermeiro.

Um outro grupo de autores aponta para percepções sobre conflitos entre profissionais gerados durante o transporte de doentes críticos, entre estas percepções encontram-se

conflitos com o preenchimento da documentação e tomadas de decisão, Machado (2010), formação das equipas de profissionais, Graça (2017); SPCI (2008) que acompanham os doentes, transporte de doentes sem acompanhamento médico, mau funcionamento e má organização dos equipamentos, Graça (2017), conflitos entre a equipe médica e de enfermagem, Machado (2010); Maçalai & Kirchner (2006); Silva (2006). Relativamente aos conflitos enfermeiro/médico os enfermeiros percecionam que existe desvalorização da sua ação, Machado (2010) por parte dos médicos, que são vistos como meros executores de tarefas, contudo, Silva (2006), defende que a origem dos conflitos entre médico/enfermeiro está na dificuldade do primeiro em entender a importância da interdisciplinaridade na abordagem ao doente e acrescenta que a falta de comunicação entre ambos se deve à alegada falta de tempo dos médicos.

A morte é uma das dificuldades sentidas pelos enfermeiros durante o transporte do doente crítico influenciando o seu estado de espírito e a forma como desenvolvem a sua atividade. Barbosa e Neto (2010) referem, que os enfermeiros podem apresentar dificuldades pessoais de adaptação ao processo da morte, e na relação com o doente/família em fim de vida, condicionando a sua interação com os mesmos. Dificuldades estas que podem estar associadas com a falta de formação, a incapacidade de lidar com os seus próprios medos e a instabilidade emocional da equipa de saúde.

O sentimento de desespero existe porque se sente impotente para fazer algo que mantenha a vida e a angústia surge porque existem limitações na forma como comunicar efetivamente com o doente e seus familiares, Cerqueira (2013). Os enfermeiros reconhecem que é necessário um esforço acrescido de forma a proporcionar uma boa morte, identificando-a como “boa” se houver consciência, preparação e aceitação para a sua ocorrência, e como “má” como falta de aceitação por parte do doente/família ou pela sensação de falha, fazendo com que a ideologia de boa morte influencie o comportamento dos profissionais de saúde, Magalhães (2009). A morte não surpreende toda a gente da mesma forma, podendo surpreender pelo inesperado e pela incongruência, havendo casos sem esta surpresa, pois por vezes é esperada quer por doentes quer por prestadores de cuidados, Mercadier (2004). Segundo Oliveira, C. S. C., Ferreira, F. M. A. S., Alfaiate, M. R. S. O., Silva, L. M. C. & Matos, T. M. L. F. (2008), o tabu, morte, permanece nos enfermeiros, embora de forma subtil, fazendo com que este não esteja imune ao mesmo, uma vez que o enfermeiro se sente melhor preparado para tratar a pessoa, do que encarar a morte como fase natural do ciclo vital.

CAPITULO II – ESTUDO EMPÍRICO

1 – METODOLOGIA

No decurso da aquisição de novos conhecimentos é fundamental proceder a um processo de investigação. A Ciência tanto se refere ao conjunto de informação acumulada de forma sistémica, como aos meios que foram utilizados para obter esse conhecimento. O meio utilizado para obter o conhecimento científico é o método científico, e o método científico refere-se a um conjunto de procedimentos objetivos, Ribeiro, J.L.P. (2010).

1.1. Tipo de estudo

Tendo em conta que a questão principal deste estudo, sobre as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros durante o transporte inter-hospitalar do doente crítico dos serviços de urgência de um centro hospitalar do Norte, optamos por um estudo transversal analítico.

1.2. População e amostra

Após elaborar a ferramenta de investigação é essencial delimitar a quem a vamos aplicar, mais precisamente, a população alvo. Neste estudo definiu-se como população alvo todos os enfermeiros dos serviços de urgência de um centro hospitalar do norte, perfazendo um total de 120 enfermeiros distribuídos por três tipos diferentes de urgência do respetivo centro hospitalar, sendo 50 da urgência polivalente, 40 da urgência médico-cirúrgica e 30 de uma urgência básica.

Para a obtenção da amostra definimos como critérios de inclusão: ser enfermeiro, realizar transporte inter-hospitalar do doente crítico, estar presente no serviço durante o período de recolha de dados e participar voluntariamente neste estudo. Foram excluídos 18 enfermeiros porque não realizavam transporte, 30 porque não se disponibilizaram a participar no estudo; 2 por se encontrarem ausentes no período de recolha de dados, obtendo-se assim uma amostra de 70 enfermeiros.

1.3. Instrumento de recolha de dados

Para a recolha de dados optou-se por utilizar um questionário de Mata (2014) (Anexo I), sobre as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros durante o transporte do doente

crítico, validado para a população portuguesa e autorizado pela autora para a realização deste estudo e adaptado ao estudo (Anexo II).

Este instrumento de recolha de dados é constituído por duas partes, a primeira parte é constituída por 10 perguntas que integram as variáveis sociodemográficas, variáveis independentes, tais como: sexo, idade, experiência profissional, categoria profissional, formação específica para o transporte inter-hospitalar do doente crítico, tipo de formação específica para o transporte inter-hospitalar do doente crítico, local onde o enfermeiro exerce funções. A segunda parte do questionário, inclui a um conjunto de 32 itens sobre dificuldades percebidas pelos enfermeiros durante o transporte do doente crítico e frequência com que ocorrem. Os referidos itens, estão mensurados numa escala tipo likert, em relação à “Frequência com que ocorre”, varia de 1 - Nunca a 5- Sempre e à “Dificuldade que me causa”, varia de 1 - Nenhuma a 5 – Muita.

Os 32 itens foram divididos em 4 fatores:

- Fator 1 – está associado aos itens 1,2,3,4,5,6,7,8,15,16,17,19,20,21,22,30,31,32, que estão relacionados com o planeamento do transporte inter-hospitalar do doente crítico e atribuí-lhe a designação **F1 – Planeamento do Transporte Inter-hospitalar.**
- Fator 2 – associa-se aos itens 9,10,11,18,23,24,25,26,27, que estão relacionados com as intercorrências relacionadas com os recursos humanos e materiais e por isso atribuí-lhe a designação **F2 – Recursos e Instabilidade do Doente.**
- Fator 3 – associado aos itens 12,13,14, que estão relacionados com os sintomas fisiológicos que os enfermeiros vivenciam durante o transporte inter-hospitalar do doente crítico e atribuí-lhe a designação de **F3 – Sintomas fisiológicos Vivenciados pelos Enfermeiros.**
- Fator F 4 – associado aos itens 28 e 29, que estão relacionados com a morte do doente durante o transporte designado de **F4 – Morte do Doente.**

1.4. Procedimentos da recolha de dados

O período de recolha de dados decorreu entre janeiro e abril 2020.

Os procedimentos utilizados foram de encontro a uma sistematização por forma a respeitar hierarquias. Inicialmente foi feito pedido ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar para realização do estudo (Anexo III). Após a autorização da Comissão

de Ética e do Conselho de Administração do Centro Hospitalar n.º 151/2020 (Anexo V). O investigador entrou em contacto com o/a Sr.(a) Enf.º(a) Chefe de cada serviço de urgência e solicitou a sua participação na distribuição do Instrumento de Recolha de Dados (IRD) aos enfermeiros do respetivo SU. Foram-lhe entregues os IRD e o consentimento informado (Anexo IV) em envelope individual e fechado para distribuir pelos enfermeiros da sua equipa. Após o seu preenchimento os senhores enfermeiros fechavam novamente o envelope e entregavam ao (à) Sr.(a) Enf.º(a) Chefe. Após três semanas da data de entrega e na última semana de abril o investigador marcou de novo reunião com os enfermeiros chefes para recolha dos IRD.

Aos participantes foi assegurada a participação voluntária no estudo, através do consentimento informado que cada enfermeiro preenchia no momento da entrega do IRD pelo enfermeiro chefe o qual os colocava num envelope próprio, a fim de não ser possível qualquer identificação garantindo a sua privacidade e confidencialidade dos dados recolhidos tendo como único objetivo a investigação a realizar.

Cada IRD foi numerado de forma aleatória e sequencial e os dados foram inseridos e analisados pelo número de identificação, em base de dados informática, de forma a garantir o sigilo e anonimato ao longo de todo o processo.

1.5. Variáveis do estudo

As variáveis são unidades de base da investigação. Com o intuito de facilitar a caracterização e descrição do fenómeno em estudo, procurou-se identificar as variáveis mais pertinentes e fundamentais em todo o processo, como sejam:

Variável dependente:

Dificuldades percecionadas pelos enfermeiros dos serviços de urgência durante o transporte inter-hospitalar do doente crítico;

Os 32 itens foram pontuados de 1 para a resposta nenhuma dificuldade e de 5 para a resposta muita dificuldade. Sendo que as pontuações mais elevadas correspondem a dificuldades percecionadas no transporte inter-hospitalar do doente crítico mais elevadas, pontuações próximas de 1 corresponde a dificuldades percecionadas menores.

Variáveis Independentes:

Idade – anos de vida;

Sexo – masculino, feminino;

Local de trabalho – SUB, SUMC, SUP;

Experiência profissional – tempo de exercício profissional em anos;

Frequência com que ocorre – número de vezes com que ocorrem as situações;

Categoria profissional - enfermeiro e enfermeiro especialista;

Existência ou não de formação na área – sim ou não.

1.6. Considerações éticas

Para o trabalho de investigação proposto decorrer de forma adequada e correta foi necessário ter em conta várias questões morais e éticas. A ética coloca problemas aos investigadores decorrentes das exigências morais que em determinadas situações podem entrar em conflito com o rigor da investigação. O que se pretende estudar, o método de colheita de dados e a divulgação dos resultados da investigação contribuem para o desenvolvimento do conhecimento científico, mas por outro lado pode lesar os direitos fundamentais das pessoas. Logo, ao longo da realização e do estudo, esteve sempre implícito o cumprimento dos princípios éticos inerentes a um estudo deste tipo, respeitando os princípios da Declaração de Helsínquia e da Convenção de Oviedo e também os princípios do Regulamento Geral de Proteção de Dados descritos na Lei n.º 58/2019 de 8 de agosto. Foi sempre garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes no estudo, assim como o seu tratamento com respeito e sigilo profissional. Assim sendo, este estudo desenvolveu-se em consideração ao facto de a World Medical Association ter desenvolvido e aplicado a Declaração de Helsínquia com base em princípios éticos para a investigação clínica em seres humanos, incluindo nessa proteção conceptual, a investigação dos dados e quaisquer materiais humanos identificáveis, nomeadamente os pedidos de autorização, o consentimento informado, a privacidade e confidencialidade, já explicado anteriormente. Foi assegurada pelo investigador a participação voluntária no estudo, através do consentimento informado (Anexo IV).

1.7. Procedimentos de análise dos dados

Para o tratamento dos dados utilizamos o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 20. Recorremos ao cálculo de frequências absolutas e relativas para as variáveis ordinais e cálculo de média e desvio padrão para as variáveis contínuas. O teste *Kolmogorov-Smirnov* permitiu-nos analisar a distribuição das variáveis. Para as variáveis que seguiam uma distribuição normal utilizamos testes paramétricos. Quando as variáveis não seguiam uma distribuição normal recorremos a testes não paramétricos como o *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*.

Recorreu-se ainda à rotação *varimax*, à correlação de *Pearson* e de *Rô de Spearman* para analisar a relação entre as variáveis quantitativas contínuas. Quanto à consistência da escala para os nossos resultados foi feita através do Alfa de *Cronback*.

Consideramos como nível de significância de 0,05.

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

De seguida fazemos a apresentação dos resultados, caracterização da amostra e posteriormente o tratamento estatístico das variáveis.

Características sociodemográficas da amostra

Verificamos que dos 70 participantes no estudo 65,7% (46) era do sexo feminino, a idade média foi de $43,6 \pm 8,64$ anos com uma variação entre os 27 e os 63 anos, com experiência profissional média de $19,86 \pm 8,95$. A maioria do transporte inter-hospitalar do doente crítico é feito pelo profissional com a categoria de enfermeiro 64,3% (45), seguindo-se o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica 22,9% (16), com formação específica para o transporte dos doentes críticos 71,4% (50), sendo a mais reportada o curso do transporte do doente crítico 45,71% (32), SAV 8,6% (6), curso viatura médica de emergência 4,2% (3), curso de trauma 1,49% (1), os restantes possuem formação não especificaram 40% (28). Exercem funções no serviço urgência médico-cirúrgica 44,3% (31), seguindo-se na urgência básica 30% (21) e por fim a urgência polivalente 25,7% (18) (Quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição dos participantes por sexo, idade, categoria profissional, formação específica para o transporte do doente crítico, tipo de formação, local de trabalho (n=70).

Variáveis sociodemográficas		n	%
Sexo	Masculino	24	34.3
	Feminino	46	65.7
Idade (anos)	Min- Máx / M; Dp	27 – 63; M= 43,6±8.64	
Experiência Profissional (anos)	Min- Máx / M; Dp	4 – 42; M=19.86 ±8.95	
Categoria Profissional	Enfermeiro	45	64.3
	Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica	16	22.9
	Enfermeiro Especialista em enfermagem saúde comunitária e saúde pública	2	2.9
	Enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação	4	5.7
	Enfermeiro especialista em enfermagem saúde Infantil e Pediátrica	2	2.9
	Não respondeu	1	1.4
Formação Especifica para o transporte inter-hospitalar do doente crítico	Sim	50	71.4
	Não	20	28.6
Que tipo de formação específica tem para o transporte inter-hospitalar do doente crítico	Curso do transporte do doente crítico	32	45.7
	SAV	6	8.6
	Curso viatura médica de emergência	3	4.2
	Curso de trauma	1	1.49

	Não especificado	28	40%
Local de trabalho	Serviço de urgência médico-cirúrgica	31	44.3
	Serviço de urgência polivalente	18	25.7
	Serviço de urgência básica	21	30

Na frequência da realização do transporte inter-hospitalar realizado pelos enfermeiros, nomeadamente “frequência do transporte do doente crítico” e “frequência da realização do transporte do doente crítico no último mês”, dos 70 enfermeiros que responderam à primeira questão, realizaram em média 6,94 vezes (DP±6,96) transportes. Na variável “frequência de realização do transporte inter-hospitalar do doente crítico nos últimos 2 a 6 meses”, de acordo com os dados do quadro 2, verificamos que 40% (28) dos enfermeiros realizam transporte inter-hospitalar do doente crítico menos de uma vez por mês, 35,7% (25) que realiza o transporte inter-hospitalar do doente crítico mais de uma vez por mês e uma vez por mês 21,4% (15).

Quadro 2 – Distribuição dos participantes por frequência com que realizou o transporte um último mês e nos últimos 2 a 6 meses

Variáveis de frequência da realização do transporte		n	%
Frequência do transporte inter-hospitalar do doente crítico no último mês:	Mín- Máx / Média D.Padrão	0 – 30 vezes / 6.94 ±6.96 vezes	
	Não respondeu	1	
Frequência da realização do transporte do doente crítico entre 2 e 6 meses:	1 vez por mês	15	21.4
	Mais de 1 vez por mês	25	35.7
	Menos de 1 vez por mês	28	40
	Não respondeu	2	2.9

Características psicométricas dos itens relativos às dificuldades no transporte inter-hospitalar do doente crítico percecionadas pelos enfermeiros.

A escala, das dificuldades no transporte Inter-hospitalar do doente crítico percecionadas pelos Enfermeiros (DTIPE), é constituída por 32 itens, pretendendo avaliar a perceção das dificuldades no transporte inter-hospitalar do doente crítico e relatadas pelos enfermeiros.

Para uma medição precisa é essencial que, primeiro, meça o que se pretende medir e não outro aspeto diferente ou parecido designando-se de *validade*. É também necessário que se a medição for repetida, nas mesmas condições e com os mesmos representantes, o resultado seja idêntico e esta característica designa-se *fidelidade* (HILL & HILL,2000).

O resultado do estudo de fiabilidade por aplicação do coeficiente de *Alfa de Cronbach* para a validação, quer para a globalidade dos itens quer para o conjunto da escala, revela que os 32 itens:

- Apresentam correlações com a escala total, excluindo os itens 14, 28 e 29, superiores a 0,200 pontos. Apesar dos resultados são itens que fazem todo o sentido pela sua pertinência teórica, e porque não aumenta substancialmente o *Alfa de Cronbach* (0,794);
- Baixam o Alfa de Cronbach quando são excluídos os seguintes itens, 13, 14 e 28, observando-se que ao se remover estes itens o Alfa de Cronbach (0,808) sobe ligeiramente, mas pela pertinência teórica dos mesmos mantiveram-se, pois não alterava substancialmente.

Assim, o quadro 3 mostra a fidelidade avaliada através da consistência interna de cada um dos itens e da escala total. Os valores são muito bons, de acordo com Mata (2014), tendo uma variação de 0,783 e 0,801 para os itens e 0,789 para o total da escala verificando-se na maioria dos casos que os valores descem quando se retiram itens, significando que mantendo estes itens os resultados de homogeneidade da escala melhoram.

Estão acima da média (2,5) os itens 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 31 e 32. Os restantes têm valores iguais e inferiores à média. Sendo o mais forte o item 25 (Há muita vibração e oscilação na ambulância, durante o transporte secundário) e o mais fraco o item 29 (Ocorre a morte do doente durante o transporte).

Quadro 3 – Distribuição média por item e Homogeneidade dos Itens DTIPE

Itens	Descrição do item	Limites	M	DP	r do total sem o item	Alfa de Cronbach quando o item é excluído
1	Realizo sozinho (a) (sem a presença do médico) transporte secundário inter-hospitalar do doente crítico	1-5	2,81	1,05	0,242	0,791
2	Não se preenche uma escala que defina o tipo de ambulância de acordo com o índice de gravidade do doente	1-5	2,50	1,28	0,395	0,784
3	Não se preenche uma escala que defina o tipo de recursos humanos, de acordo com o índice de gravidade do doente	1-5	2,54	1,19	0,330	0,787
4	Não se preenche uma escala que defina o tipo de equipamentos de transporte de acordo com o índice de gravidade do doente	1-5	2,64	1,23	0,340	0,787
5	Não se cumprem as exigências em termos de recursos humanos, de acordo com o índice de gravidade do doente	1-5	2,81	1,0	0,435	0,783
6	Preenche uma escala que defina o tipo de recursos humanos, de acordo com o índice de gravidade do doente	1-5	3,29	1,18	0,311	0,788

7	Preenche e cumpre uma escala que defina o tipo de recursos humanos, de acordo com o índice de gravidade do doente	1-5	3,09	1,20	0,233	0,792	
8	Preenche e não cumpre uma escala que defina o tipo de recursos humanos, de acordo com o índice de gravidade do doente	1-5	2,77	1,04	0,237	0,791	
9	Utiliza folha própria de registos de enfermagem durante o transporte do doente crítico	1-5	3,03	1,34	0,142	0,797	
10	Efetua registo de enfermagem em folha própria durante o transporte do doente crítico	1-5	3,03	1,33	0,117	0,799	
11	A equipa de enfermagem fica reduzida, quando eu acompanho o doente durante o transporte secundário (inter-hospitalar)	1-5	3,16	1,12	0,335	0,787	
12	Fico muito stressado (a) durante o transporte secundário (inter-hospitalar)	1-5	2,41	0,88	0,474	0,783	
13	Sinto náusea durante o transporte secundário (inter-hospitalar)	1-5	2,54	1,19	0,274	0,790	
14	Vomito durante o transporte secundário (inter-hospitalar)	1-5	1,56	0,90	0,406	0,785	
15	O planeamento do transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico é ineficaz	1-5	2,71	0,87	0,260	0,790	
16	Surgem intercorrências inesperadas durante o transporte	1-5	2,86	0,77	0,513	0,783	
17	O tempo existente para a realização de um planeamento eficaz do transporte é pouco	1-5	2,94	0,96	0,537	0,780	
18	A comunicação entre os diferentes profissionais da equipa de transporte é ineficaz	1-5	2,67	0,93	0,423	0,784	
19	Estão implementados protocolos que orientam todo o processo de planeamento do transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico	1-5	2,67	1,16	0,281	0,790	
20	Os protocolos que orientam todo o processo de planeamento do transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico não são claros	1-5	2,91	0,97	0,158	0,794	
21	Não existe formação em serviço para o transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico	1-5	2,83	1,20	0,049	0,801	
22	Não é o profissional mais bem preparado (que revele melhor competência) aquele que realiza o transporte	1-5	2,69	0,97	0,325	0,788	
23	Ocorrem falhas no equipamento e material durante o transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico	1-5	2,57	0,77	0,244	0,791	
24	Há muitos ruídos na ambulância, durante o transporte secundário (inter-hospitalar)	1-5	3,23	1,07	0,436	0,783	
25	Há muita vibração e oscilação na ambulância, durante o transporte secundário (inter-hospitalar)	1-5	3,47	0,97	0,426	0,784	
26	Há falta de espaço da ambulância durante o transporte secundário (inter-hospitalar)	1-5	3,19	0,97	0,336	0,787	
27	O doente encontra-se instável quando se inicia o transporte	1-5	2,24	0,84	0,311	0,789	
28	Abordo a família para comunicar a ocorrência da morte do doente durante o transporte	1-5	1,84	1,17	0,063	0,800	
29	Ocorre a morte do doente durante o transporte	1-5	1,45	0,61	0,189	0,793	
30	Não é o profissional rotinado que realiza o transporte	1-5	2,47	1,10	0,182	0,794	
31	Durante o transporte secundário (inter-hospitalar) decido autonomamente em áreas habitualmente interdependentes	1-5	2,76	0,94	0,233	0,791	
32	O meu juízo clínico não é tido em consideração na alocação dos recursos humanos necessários ao transporte secundário (inter-hospitalar)	1-5	2,80	0,96	0,490	0,782	
Escala Total DTIPE			1-160	86,48	33,16	-	0,789

De seguida procedeu-se à análise fatorial exploratória pelo método de condensação em componentes principais, forçando 4 fatores e seguida rotação ortogonal do tipo *varimax*, e inspeção da correlação entre fatores (ver Anexo VI). Mantiveram-se os 32 itens na escala, porque:

- Apenas num fator existe saturação (diferenças superiores a 0,1 ponto) com exceção do item 31.
- Apresentam saturação, no fator, superior a 0,350 pontos com exceção do 11.

Do resultado do estudo tipo *varimax*, os itens resultaram divididos em 4 fatores:

Fator 1 (F1) (itens 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,15,16,17,19,20,21,22,30,31 e 32), está associada 16,66% da valência total, sendo estes itens relacionados e saturados sobretudo como planeamento do transporte inter-hospitalar do doente crítico, atribuindo-lhe a designação de **F1 – Planeamento do Transporte Inter-hospitalar.**

O fator 2 (F2) (itens 11,18,23,24,25,26 e 27), está associada 11,18% da variância total, sendo saturada pelos itens relatados com intercorrências relacionadas com os recursos humanos e materiais, atribuindo-lhe a designação de **F2 – Recursos e instabilidade do doente.**

Correspondem ao fator 3 (F3) (itens 12,13 e 14), estando associada 9,78% da variância total, sendo saturada principalmente pelos itens relacionados com os sintomas fisiológicos que os enfermeiros vivenciam durante o transporte inter-hospitalar do doente crítico e por foi atribuída a designação **F3 – Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros.**

Ao fator 4 (F4) (itens 28 e 29), está associada 7,69% da variância total, é saturado sobretudo pelos itens relacionados com a morte do doente durante o transporte, atribuindo-lhe assim a designação de **F4 – Morte do Doente.**

De seguida aplicou-se a correlação de *Rô Spearman* entre os 4 fatores e o total dos itens. O resultado desta correlação, representado no quadro 4, demonstra que as correlações entre os diferentes fatores e o total da escala são todas moderadas, positivas e significativas.

Quadro 4. Correlação de *Rô Spearman* entre os quatro fatores e o total da DTIPE

	Fatores	F1	F2	F3	F4
F1	Planeamento do transporte secundário	1,00			
F2	Recursos e instabilidade do doente	0,36*	1,00		
F3	Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros	0,32*	0,20*	1,00	
F4	Morte do doente	0,35*	0,24*	0,29	1,00
DTIPE Total		0,78*	0,57*	0,41*	0,35*

*significativo para $p < 0,01$

Obtém-se assim, para o total da escala, valores das correlações razoáveis (entre 0,78 e 0,35), permitindo afirmar que tendem a medir o mesmo constructo, possibilitando interpretações unidimensionais. As correlações entre fatores são muito significativas ($p < 0,01$). Estes resultados apontam para a utilização quer dos resultados globais da escala, quer dos subtotais dos fatores.

Perceções das dificuldades em função do fator

A dificuldade percecionada pelos enfermeiros em função dos fatores apresentada no quadro 5, revela que os enfermeiros percecionam dificuldades no transporte inter-hospitalar do doente crítico ($M = 2,69$; $Dp \pm 0,65$) considerando que a ponderação das médias para fatores e para o total da escala fazem situar os valores entre, 1 – *Nenhuma dificuldade* e 5 – *Muita dificuldade*. É no fator F2 – Recursos e instabilidade do doente onde os valores da média apresentam maior valor aproximando-se de 3 ($M = 2,90$; $Dp \pm 0,75$) revelando assim “*alguma dificuldade*”. O mesmo se pode dizer em relação ao fator F1 – Planeamento do transporte Inter-hospitalar onde a média apresenta praticamente os mesmos valores ($M = 2,78$, $Dp \pm 0,65$). Onde relatam vivenciar menos dificuldades é em F3 – Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros ($M = 2,11$; $DP \pm 0,86$).

Quadro 5 – Distribuição das médias das dificuldades percecionadas por fator da escala.

	Fatores	Nt	M	Dp
F1	Planeamento do transporte secundário	70	2,78	$\pm 0,65$
F2	Recursos e instabilidade do doente	70	2,90	$\pm 0,75$
F3	Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros	70	2,11	$\pm 0,86$
F4	Morte do doente	70	2,61	$\pm 0,76$
DTIPE Total		70	2,69	$\pm 0,65$

Nt – Numero total; M – Média; DP – Desvio Padrão

Em relação à frequência com que ocorrem, o fator F2 – Recursos e instabilidade do doente é aquele que apresenta maior média ($M = 2,90$; $Dp \pm 0,75$) revelando que os enfermeiros apresentam com maior frequência esta dificuldade. Já o F3 – Sintomas Fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros, é o fator apontado com menor frequência ($M = 2,11$; $Dp \pm 0,86$) (Quadro 6).

Quadro 6 – Distribuição das médias ponderadas da frequência em cada fator

	Frequência com que ocorrem dificuldades	N	M	DP
F1	Planeamento do transporte secundário	70	2,78	$\pm 0,65$
F2	Recursos e instabilidade do doente	70	2,90	$\pm 0,75$
F3	Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros	70	2,11	$\pm 0,86$
F4	Morte do doente	70	2,61	$\pm 0,76$

Não se verificaram diferenças, estatisticamente significativas, entre as dificuldades encontradas pelos enfermeiros e o sexo. No fator F1 – Planeamento do transporte secundário (38,29) e no fator F2 – Recursos e instabilidade do doente (38,15) os enfermeiros do sexo masculino apresentam maior dificuldade, nos fatores F3 – Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros (36,02) e F4 – Morte do doente (37,45) os enfermeiros do sexo feminino registaram médias maiores de dificuldades (Quadro 7).

Quadro 7 – Relação entre o sexo e as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros no transporte inter-hospitalar do doente crítico por fator da escala.

Dificuldades	Sexo	N	Ordem das Médias	Mann-Whitney U/p
F1 - Planeamento do transporte secundário	Feminino	46	34,04	485/0,33
	Masculino	24	38,29	
F2 - Recursos e instabilidade do doente	Feminino	46	34,12	488,5/0,38
	Masculino	24	38,15	
F3 - Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros	Feminino	46	36,02	528/0,75
	Masculino	24	34,50	
F4 - Morte do doente	Feminino	46	37,45	462,5/0,25
	Masculino	24	31,77	
DTIPE Total	Feminino	46	34,50	506/0,51
	Masculino	24	37,42	

Não se verificaram diferenças, estatisticamente significativas, entre a formação e perceção das dificuldades. Os enfermeiros com formação registaram, em todos os fatores, maior ordem das médias na dificuldade percecionada. Entre os enfermeiros sem formação, observaram-se maior ordem das médias, no fator F3 e no F2 (Quadro 8).

Quadro 8 – Relação entre as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros por fator e formação.

Dificuldades	Formação	N	Ordem das Médias	Mann-Whitney U/p
F1 - Planeamento do transporte secundário	Sim	50	36,68	441/0,37
	Não	20	32,55	
F2 - Recursos e instabilidade do doente	Sim	50	36,33	458,5/0,55
	Não	20	33,43	
F3 - Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros	Sim	50	35,83	483,5/0,82
	Não	20	34,68	
F4 - Morte do doente	Sim	50	36,54	448/0,49
	Não	20	32,90	
DTIPE Total	Sim	50	36,57	446,5/0,43
	Não	20	32,83	

No quadro 9, verificamos, ordens de médias mais baixas em todos os fatores para a idade inferior a 35 anos, com valores estatisticamente não significativos, mas com uma diferença mais acentuada em F3 - Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros ($p = 0,08$), O que quer dizer que os enfermeiros mais jovens tende a perceber menos dificuldades no transporte do doente crítico.

Quadro 9- Relação entre as dificuldades percebidas pelos enfermeiros e a idade.

Dificuldades	Idade	N	Ordem das Médias	Mann-Whitney
				U/p
F1 - Planeamento do transporte secundário	<35	15	30,13	332/0,18
	>=35	55	36,96	
F2 - Recursos e instabilidade do doente	<35	15	34,43	396,5/0,80
	>=35	55	35,79	
F3 - Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros	<35	15	27,83	297,5/0,08
	>=35	55	37,59	
F4 - Morte do doente	<35	15	30,47	337/0,27
	>=35	55	36,87	
DTIPE Total	<35	15	30,03	330,5/0,18
	>= 35	55	36,99	

Quando correlacionamos a experiência profissional e as dificuldades percebidas pelos enfermeiros não se verificam diferenças, estatisticamente significativas ($p > 0,05$), na correlação das variáveis (Quadro 10). Mas podemos verificar que, em F2 – Recursos e instabilidade do doente, à medida que a experiência diminui a dificuldade aumenta.

Quadro 10 – Relação das dificuldades percebidas pelos enfermeiros e a experiência profissional (correlação de *Rô Spearman*)

Dificuldades	Experiência Profissional	
	r	p
F1-Planeamento do transporte secundário	r	0,21
	p	0,08
F2-Recursos e instabilidade do doente	r	-0,07
	p	0,54
F3-Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros	r	0,04
	p	0,77
F4-Morte do doente	r	0,12
	p	0,31
DTIPE Total	r	0,20
	p	0,10

Nas dificuldades em função do local de trabalho, verifica-se que o local de trabalho influencia as dificuldades percebidas pelos enfermeiros, com diferenças, estatisticamente significativas, entre a dificuldade e o local de trabalho para o F4 – Morte do doente ($p = 0,01$). Os enfermeiros do SUP percebem mais dificuldades no

Planeamento do transporte secundário (43,11), nos Recursos e instabilidade do doente (41,83) e para o total da escala, (41,42). Já nos Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros (36,52) e a Morte do doente (43,48), são os enfermeiros da SUB que mais dificuldades percecionam durante o transporte do doente crítico (Quadro 11).

Quadro 11 – Relação das dificuldades percecionadas pelos enfermeiros em função do local de trabalho.

Dificuldades	Local de trabalho	N	Ordem das Médias	Kruskal-Wallis p
F1 - Planeamento do transporte secundário	SUMC	31	35,77	255,5/0,14
	SUP	18	43,11	
	SUB	21	28,57	
F2 - Recursos e instabilidade do doente	SUMC	31	36,56	246/0,09
	SUP	18	41,83	
	SUB	21	28,50	
F3 - Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros	SUMC	31	36,35	322/0,95
	SUP	18	32,83	
	SUB	21	36,52	
F4 - Morte do doente	SUMC	31	27,03	181/0,01
	SUP	18	40,89	
	SUB	21	43,38	
DTIPE Total	SMUC	31	34,48	297,5/0,56
	SUP	18	41,42	
	SUB	21	31,93	

Existe uma correlação fraca e negativa entre as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros e a frequência de realização do transporte no último mês, estatisticamente significativas, ($r = -0,26$; $p = 0,04$), ou seja, quanto menor a frequência de realização de transporte no último mês maior são as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros (Quadro 12).

Quadro 12 – Relação entre as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros e a frequência do transporte nos últimos 6 meses e a frequência da realização (correlação de *Rô Spearman*)

Dificuldade	Frequência do transporte nos últimos 6 meses		Frequência da realização do transporte	
	r	p	r	p
F1-Planeamento do transporte secundário	r	0,01	r	-0,19
	p	0,93	p	0,13
F2-Recursos e instabilidade do doente	r	0,10	r	-0,22
	p	0,42	p	0,07
F3-Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros	r	-0,21	r	-0,02
	p	0,09	p	0,87
F4-Morte do doente	r	-0,11	r	-0,05
	p	0,36	p	0,67
DTIPE Total	r	0,03	r	-0,26
	p	0,81	p	0,04

Não existem diferenças, estatisticamente significativas, entre os fatores e a categoria profissional. Podemos verificar que em F1- Planeamento do transporte secundário são os

enfermeiros com outras especialidades que mais dificuldades percecionam ($M = 37,61$). Em F2 – Recursos e Instabilidade do Doente mantêm-se estes enfermeiros especialistas com mais dificuldade ($M = 46,33$) tal como em F3 - Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros ($M = 40,28$) e total da escala, DTIPE ($M = 37,83$). Os enfermeiros com a categoria de enfermeiro são os que percecionam mais dificuldades em F4 – Morte do Doente ($M = 36,58$). Os enfermeiros são os que percecionam menos dificuldades no transporte do doente crítico, no total da escala (Quadro 13).

Quadro 13 – Relação das dificuldades percecionadas pelos enfermeiros em função da categoria profissional

Dificuldades	Categoria profissional	N	Ordem das Médias	Kruskal-Wallis p
F1 - Planeamento do transporte secundário	Enfermeiro	45	36,20	194,5/0,82
	EEMC*	19	32,34	
	EEOE**	9	37,61	
F2 - Recursos e instabilidade do doente	Enfermeiro	45	34,44	135/0,08
	EEMC	19	32,38	
	EEOE	9	46,33	
F3 - Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros	Enfermeiro	45	34,67	171/0,44
	EEMC	19	35,16	
	EEOE	9	40,28	
F4 - Morte do doente	Enfermeiro	45	36,58	166/0,39
	EEMC	19	35,41	
	EEOE	9	30,28	
Total DTIPE	Enfermeiro	45	34,74	185/0,64
	EEMC	19	36,31	
	EEOE	9	37,83	

*EEMC – Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgica; **EEOE – Enfermeiro Especialista com Outras Especialidades

Existe uma correlação positiva moderada, estatisticamente significativa, entre todos os fatores e a frequência com que ocorrem, ou seja, quando aumenta a frequência de um fator aumenta a dificuldade desse mesmo fator, e com o total da escala, as dificuldades aumentam à medida que aumenta a frequência ($r = 0,95$; $p = 0,00$).

Quadro 14 – Relação entre as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros e a Frequência com que ocorrem todos os fatores e a Frequência do total da escala (correlação de *Rô Spearman*)

Dificuldade	Frequência com que ocorrem todos os fatores		Frequência do total da escala	
	r	p	r	p
F1-Planeamento do transporte secundário	0,67	0,00	0,83	0,00
F2-Recursos e instabilidade do doente	0,59	0,00	0,61	0,00
F3-Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros	0,62	0,00	0,44	0,00
F4-Morte do doente	0,63	0,00	0,42	0,00
DTSPE Total	0,76	0,00	0,95	0,00

3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados exige uma reflexão sobre os resultados obtidos, as limitações encontradas e as sugestões que podem advir para a prática e para investigações futuras, Polit & Beck (2018). Assim, a discussão dos mesmos inclui um departamento relacionado com a revisão da literatura e principais conclusões daí emergentes, refletindo acerca dos resultados obtidos. Uma primeira constatação está relacionada com o número reduzido de estudos, encontrados, dedicados às perceções dos enfermeiros no transporte do doente crítico nos serviços de urgência ao qual foi aplicado o estudo, pelo que o investigador se limitou à discussão e interpretação dos dados colhidos.

O estudo foi realizado num centro hospitalar do norte de Portugal do qual resultou uma amostra de 70 enfermeiros, distribuídos por 3 serviços de urgência que integram o centro hospitalar, sendo 31 (44,3%) da urgência médico-cirúrgica, 21 (30%) da urgência básica e 18 (25,7%) da urgência polivalente que realizavam transporte inter-hospitalar do doente crítico e que colaboraram nesta investigação. O perfil do enfermeiro, dos referidos serviços de urgência a estudar que efetua o transporte inter-hospitalar do doente crítico, é maioritariamente do sexo feminino (65,7%), dados que poderão estar relacionados com a profissão de enfermagem ser uma profissão maioritariamente feminina como nos relatam os dados publicados pela OE (2018) que nos mostram que 82,17% (60737) dos enfermeiros são do sexo feminino e apenas 17,82% (13175) são do sexo masculino. A média de idades dos participantes é de 43,6 anos ($Dp = 8,64$) situando-se entre os 27 – 63 anos. Podemos considerar uma média um pouco elevada para um serviço de urgência, mas poderá estar relacionada com a não contratação de enfermeiros desde 2009 até 2014 devido à crise financeira e à contenção de custos por parte do governo, retomando a contratação a partir de 2015, Instituto Nacional de Estatística (2020). A experiência profissional dos inquiridos é de aproximadamente 20 anos ($M = 19,86$), 71,4% dos enfermeiros possuem formação específica para o transporte inter-hospitalar do doente crítico, 64,3% possui categoria profissional de enfermeiro seguindo-se o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica com 22,9%, o que contraria o emanado pela OE, que refere através do Regulamento n.º 743/2019, relativamente aos enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem dos serviços de urgência, recomenda-se que 50% sejam enfermeiros especialistas em EMC, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, com formação em Suporte Avançado de Vida e Transporte do Doente Crítico, em

permanência nas 24 horas, e no caso em concreto deveria ser este a realizar o transporte do doente crítico.

A frequência de execução do transporte inter-hospitalar do doente crítico, nomeadamente “frequência do transporte do doente crítico” e “frequência da realização do transporte do doente crítico no último mês”, influencia as dificuldades percebidas pelos enfermeiros. A frequência de realização de transporte nos últimos 6 meses foi de aproximadamente 7 por enfermeiro e no último mês uma parte significativa (35,7%) realizou o transporte inter-hospitalar do doente crítico mais de uma vez por mês. Estes resultados mostram o significativo número de transportes efetuados por mês no centro hospitalar.

Seguindo a análise dos dados e um pensamento crítico somos capazes de comparar a relação entre as dificuldades percebidas pelos enfermeiros e os fatores que as podem influenciar. Verifica-se, em termos gerais que os enfermeiros reportam dificuldades no transporte inter-hospitalar do doente crítico, indo ao encontro ao defendido por Gustafsson, Wennerholm e Fridlund (2010), que argumentam que os enfermeiros que realizam transporte inter-hospitalar de doentes críticos relatam preocupações no que se refere à incapacidade de solucionar os problemas que poderão surgir durante o transporte. Esta ideia também sai reforçada por Rodrigues e Martins (2012), defendendo que o transporte secundário do doente crítico é suscetível de proporcionar diversas vivências, exigindo dos enfermeiros elevados níveis de conhecimento e confiança. Assim, os enfermeiros dos diferentes serviços de urgência percebem de diferente forma as dificuldades em relação aos fatores. Os dados revelam que o fator F2 - Recursos e instabilidade do doente, é o que apresenta maior dificuldade ($M = 2,90$; $Dp \pm 0,75$), indo de encontro de Parmentier-Decrucq et al. (2013), que focam a instabilidade do doente durante o transporte ao constatarem que o doente se sente inseguro com a sedação, administração de catecolaminas e as alterações dos parâmetros ventilatórios; assim como percepções de medo relacionadas com as falhas do equipamento, Graça (2017); Papsen et al. (2017). Estes resultados também vão ao encontro de Martins e Martins (2010) e Rodrigues e Martins (2012), em que a instabilidade do doente e a possibilidade de avarias do equipamento durante o transporte constituem fatores dificultadores do transporte secundário. O segundo fator que revelou maiores dificuldades é F1 - Planeamento do transporte secundário ($M = 2,78$; $Dp \pm 0,65$) tal como defendem Ligtenberg et al. (2005) e Machado (2010), a falta de planeamento, organização, comunicação, coordenação e

documentação constitui um stress no transporte de doentes críticos. Mais ainda, no seu estudo Machado (2010) constatou que aquando da necessidade de transporte secundário do doente crítico, a equipa de enfermagem fica reduzida porque um enfermeiro terá que assegurar a prestação de cuidados ao doente transportado, também, corrobora da mesma ideia Martins e Martins (2010) que afirmam que a falta de planeamento e organização do processo de transferência inter-hospitalar são percecionados pelos enfermeiros como fator dificultador do transporte secundário. O terceiro fator apontado é F4 - Morte do doente ($M = 2,61$; $Dp \pm 0,76$) contrariando um pouco a literatura, pois no seu estudo Gustafsson, Wennerholm e Fridlund (2010), verificaram que o lidar com situações inesperadas, utilizando todos os recursos disponíveis e a dificuldade em responder às necessidades da família em caso de morte do doente, são preocupações evidentes dos enfermeiros. Por fim aparece F3 - Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros ($M = 2,11$; $Dp \pm 0,86$) contrariando de certa forma o defendido por Machado (2010), que verificou que a indisposição gastrointestinal foi referida pelos enfermeiros como fator constrangedor do transporte secundário do doente.

Na relação do **sexo** influenciar as dificuldades percecionadas, os resultados revelam que entre as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros no transporte inter-hospitalar do doente crítico e o sexo, não existem diferenças, estatisticamente significativas, entre os enfermeiros e as enfermeiras, são resultados muito próximos entre eles, corroborando o estudo de Mata (2014), que no seu estudo também verificou resultados semelhantes. Estes resultados poderão estar relacionados com o tipo de formação idêntica que ambos os sexos têm e a experiência. Mas podemos constatar que as enfermeiras percecionam menos dificuldades nos fatores F1 - Planeamento do Transporte secundário e F2 – Recursos e Instabilidade do doente, já para os fatores F3 – Sintomas Fisiológicos vivenciados pelos Enfermeiros e F4 – Morte do doente, elas revelam mais dificuldades. Estes resultados podem estar relacionados com a condição fisiológica e física que existe entre as mulheres e os homens, unanimemente reconhecidas e documentadas na literatura, Pereira (2018).

Os resultados obtidos na relação entre as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros e a **formação** específica na área mostram-nos que não existem diferenças, estatisticamente significativas, apresentando resultados muito semelhantes. Este resultado vai de encontro aos resultados obtidos por Mata (2014) com a obtenção de resultados semelhantes. Corrobora em certa forma o defendido por Whetzel et al. (2013) que revelam, que apesar

da maioria dos enfermeiros considerarem estar preparados para a atuação em acidentes e desastres (terrorismo, acidentes de aviação, desastres ambientais, entre outros), contudo, eles consideram que é necessária uma formação profissional anual para o planeamento deste tipo de ações. Mas contrariam Gonçalves (2017) que argumenta que a formação e experiência são duas competências que se complementam e devem caminhar em conjunto. São imprescindíveis para uma prestação de cuidados de qualidade ao doente crítico durante o transporte inter-hospitalar e é através da ligação de ambas que o enfermeiro vai conseguir responder às exigências do transporte inter-hospitalar e otimizar os resultados do mesmo. Os resultados, também, contrariam o estudo realizado por Rodrigues e Martins (2012), dizem que os enfermeiros inquiridos referem que a falta de formação em urgência/emergência é um fator que influencia as vivências no transporte secundário do doente crítico. Também, contrariam Martins e Martins (2010), ao constatarem no seu estudo que a falta de formação se apresenta como fator dificultador do processo de transferência inter-hospitalar. Estes resultados poderão estar relacionados à maioria dos inquiridos ter formação na área.

Ao caracterizarmos a amostra do estudo no que se refere ao tipo de **formação específica** para o transporte inter-hospitalar do doente crítico, verificamos que entre a formação mais reportada se destacaram os cursos de transporte do doente crítico (45,7%), curso de SAV (8,6%), o curso de emergência médica pré-hospitalar (4,2%) e como especialidade predomina a especialidade de médico-cirúrgica. Os resultados poderão estar relacionados pelo primeiro fazer parte do plano de formação anual do respetivo centro hospitalar. Quanto à especialidade também se entende por ser o serviço ideal para esta especialidade como evidência o Regulamento n.º 743 e 429, OE (2019). Este achado vai de encontro a McLennon (2004) que defende que a equipa que realiza este tipo de transporte deve ser detentora de formação teórica e habilidades práticas, nomeadamente em matéria de suporte avançado de vida e trauma.

Na relação da **idade** influenciar as perceções dos enfermeiros relativamente às dificuldades com o transporte de doente em estado crítico, e ainda, “quanto maior é a experiência profissional menor é a dificuldade percecionada com o transporte do doente crítico”, os resultados mostram que em ambas as situações não existem diferenças, estatisticamente significativas. Os resultados mostram que com o aumento da idade aumentam as dificuldades. Na experiência no transporte inter-hospitalar do doente crítico os enfermeiros relatam dificuldades em F2 - “Recursos e instabilidade do doente”,

mostrando que à medida que aumenta a experiência diminui a dificuldade. Estes resultados vão de encontro com o sustentado por Martins e Martins (2010), que no seu estudo constataram que a falta de experiência profissional é descrita pelos enfermeiros como fator dificultador da transferência inter-hospitalar. Também reforçam esta ideia Gustafsson, Wennerholm e Fridlund (2010), pois concluíram no seu estudo que a realização de poucos transportes inter-hospitalares é uma preocupação vivida pelos enfermeiros.

Relativamente ao **local de trabalho**, podemos constatar, pelos resultados, que o local de trabalho influencia as dificuldades percebidas pelos enfermeiros em F4 – Morte do doente ($p < 0,05$), sendo os enfermeiros da SUB os que mais dificuldade apresentam. Os resultados obtidos são estatisticamente significativos para este fator, podendo estar relacionados com a tipologia de urgência onde ocorrem menos situações destas, corroborando com Barbosa & Neto (2010) que dizem que, podem apresentar dificuldades pessoais de adaptação ao processo da morte, e na relação com os doentes em fase final de vida, as quais condicionam a interação com estes. Estas dificuldades podem estar associadas a três aspetos: a falta de formação, a incapacidade para lidar com os seus próprios medos e a instabilidade emocional da equipa de saúde. Nos restantes fatores são os enfermeiros da SUP que mais dificuldades percebem no transporte inter-hospitalar do doente crítico, podendo estar, estes resultados, relacionados pelo número reduzido de respostas obtidas no estudo e por estes estarem mais vezes na presença do doente crítico e a morte.

Relativamente à análise dos resultados obtidos na relação entre as dificuldades percebidas e a **frequência da realização do transporte**, constatamos que, apenas existem diferenças estatisticamente significativas, para o total da escala (DTIPE) ($r = -0,26$; $p = 0,04$), mostrando-nos que à medida que aumenta a frequência da realização do transporte menor é a dificuldade percebida pelos enfermeiros, com correlações negativas e fracas, indo ao encontro da ideia Gustafsson, Wennerholm e Fridlund (2010), pois concluíram no seu estudo que a realização de poucos transportes inter-hospitalares é uma preocupação vivida pelos enfermeiros. Estes resultados referem que vários eventos ao mesmo tempo criam mais dificuldades corroborando a ideia de Parmentier-Decrucq et al. (2013) que afirmam que a maior parte dos eventos adversos verificados durante o transporte de doentes críticos estão relacionados com o equipamento, seguidos de eventos relacionados com o doente, e destacam a hipoxia e a instabilidade hemodinâmica. Resultados compreensíveis uma vez que o ser humano se vai adaptando às situações, mas

que quando ocorrem várias ao mesmo tempo tem mais dificuldade em resolvê-las. Contraria o estudo de Mata (2014), que relatou que era nos recursos e instabilidade do doente que maior diferença era reportada relativamente a esta variável.

Na relação das dificuldades percebidas pelos enfermeiros e a **categoria profissional** não existem diferenças estatisticamente significativas entre os fatores e a categoria profissional. Podemos verificar que em todos os fatores são os enfermeiros com outras especialidades aqueles que relatam mais dificuldades, à exceção de F4 – Morte do Doente (M = 36,58) que são os enfermeiros com a categoria de enfermeiro os que percebem mais dificuldades. Estes resultados poderão estar relacionados com o tipo de formação que estes enfermeiros têm e o número de transportes executados, como relatado anteriormente. Pois os enfermeiros com outras especialidades para além de terem feito uma formação específica numa área que não a do doente crítico, também são aqueles que menos transportes executam, estando mesmo assim mais preparados para lidar com a morte devido aos conhecimentos adquiridos. Já os enfermeiros com a categoria de enfermeiro como têm formação na área do transporte do doente crítico, dá-lhes mais conhecimentos para enfrentar dificuldades com o transporte, indo de encontro à OE (2018), os Conselhos de Administração devem promover competências e capacidades às equipas de transporte definindo a titulação, formação e creditação. Desta formação, devem fazer parte os “Cursos de Suporte Avançado de Vida”, “Suporte Avançado de Vida em Trauma”, “Ventilação e Controlo Hemodinâmico”, “Transporte do Doente Crítico”, “Vias Verdes e comunicação em equipa e de más notícias”, devendo os enfermeiros da rede de Serviços de Urgência ter conhecimentos específicos do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, não lhes dá a experiência necessária para lidar com a morte indo ao encontro da ideia. Também partilham da mesma ideia no seu estudo Gustafsson, Wennerholm e Fridlund (2010), verificaram que o lidar com situações inesperadas, utilizando todos os recursos disponíveis e a dificuldade em responder às necessidades da família em caso de morte do doente, são preocupações evidentes dos enfermeiros. Droogh et al. (2015) referem que não existem estudos que avaliem o efeito do treino específico em transportes nos resultados dos mesmos em determinadas situações. Nota importante na apresentação dos resultados o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica ser o enfermeiro que menos dificuldades percebe, indo de encontro à OE (2018) e à OM & SPCI (2008), que destacam a necessidade de

promover-se formação específica em transporte do doente crítico para uma melhor preparação e segurança.

Na relação da **frequência com que ocorrem os fatores** e o total da escala verificamos pelos resultados, estatisticamente significativos, em todos os fatores e o total da escala com uma correlação positiva verificando-se que à medida que aumentam a frequência dos fatores também aumentam as dificuldades, o que se torna compreensível, pois quanto maior é o risco e a gravidade do doente maior será a dificuldade do enfermeiro cuidar do mesmo e executar o transporte, necessitando de maior formação e atenção, indo de encontro ao emanado pela OE (2017) que refere que o enfermeiro, enquanto elemento da equipa de transporte, deverá ser capaz de mobilizar um conjunto de competências necessárias, de modo a garantir cuidados de qualidade ao doente crítico e segurança durante o transporte. Também OM e SPCI (2008) destacam a necessidade de promover-se formação específica em transporte de doentes críticos para todos os profissionais envolvidos, mesmo para aqueles que habitualmente têm experiência com este tipo de doentes. Corroboram com estes resultados a ideia de Rodrigues e Martins (2012), pois defendem que o transporte secundário do doente crítico é suscetível de proporcionar diversas vivências, exigindo dos enfermeiros elevados níveis de conhecimento e confiança.

CONCLUSÃO

Chegado o término da investigação e após a análise, tratamento de dados e discussão dos mesmos, é o momento de partilhar as principais conclusões.

A enfermagem é uma profissão em constante mudança e evolução, exigindo dos enfermeiros a aquisição de novos conhecimentos teóricos e práticos com vista a excelência dos cuidados. A prestação de cuidados com qualidade e segurança requerem a aquisição de novas competências e o aprofundamento de conhecimentos uniformizando assim os procedimentos.

A abordagem ao doente crítico constitui desafios cada vez mais complexos e exigentes, daí ser necessário por parte dos enfermeiros estar em constante evolução, tendo um papel de extrema importância no transporte inter-hospitalar do doente crítico, desde a abordagem inicial até à sua estabilização passando por todas as fases do transporte; decisão, planeamento e efetivação. Todo o processo do transporte exige do enfermeiro o desenvolvimento de um conjunto de competências específicas de modo a garantir o máximo de qualidade dos cuidados prestados reduzindo o mais possível os riscos para o doente e para si próprio tendo em vista a segurança.

Tendo em conta as dificuldades na realização do referido estudo, desde logo, a mudança da comissão de ética, que atrasou o pedido de autorização do estudo, inexperiência neste tipo de investigação por parte do investigador, e a situação de pandemia que estamos a viver dificultando o incentivo no preenchimento e na recolha do IRD, o investigador procurou analisar quais as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros dos serviços de urgência de um centro hospitalar do norte de Portugal, com diferente tipologia de urgência, durante o transporte inter-hospitalar do doente crítico.

Caraterizando a nossa amostra podemos verificar que dos 70 participantes no estudo 65,7% (46) era do sexo feminino, a idade média foi de $43,6 \pm 8,64$ anos com uma variação entre os 27 e os 63 anos, com experiência profissional média de $19,86 \pm 8,95$. A maioria do transporte inter-hospitalar do doente crítico é feito pelo profissional com a categoria de enfermeiro 64.3% (45), seguindo-se o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica 22,9% (16), com formação específica para o transporte dos doentes críticos 71,4% (50), sendo a mais reportada o curso do transporte do doente crítico

45,71% (32). Exercem funções no serviço de médico-cirúrgica 44,3% (31), seguindo-se na urgência básica 30% (21) e por fim na urgência polivalente 25,7% (18). Todos percecionaram dificuldades no transporte inter-hospitalar do doente crítico, mas onde mais relataram dificuldades foi em F2 – Recursos e Instabilidade do Doente ($M = 2,90$; $DP \pm 0,75$), seguido de F1 – Planeamento do transporte secundário, dando assim resposta ao objetivo geral e específico, dando assim resposta a um dos objetivos específicos.

Concluimos que os enfermeiros do sexo feminino sentem mais dificuldade em F3 – Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros e em F4 – Morte do doente, enquanto os enfermeiros do sexo masculino é nos restantes.

Relativamente à idade não se verificaram resultados significativos, mas podemos concluir que os mais novos sentem menos dificuldade. Relativamente à experiência concluimos que à medida que diminui a dificuldade aumenta principalmente em F2 – Recursos e Instabilidade do Doente.

Relativamente à categoria profissional podemos verificar que são os enfermeiros com outras especialidades que mais dificuldades percecionam podendo concluir que estes enfermeiros também podem necessitar de mais formação ou talvez por serem os que menos transportes executam. Já os enfermeiros com a especialidade médico-cirúrgica são os que menos dificuldades auto relataram, podendo concluir que este tipo de doente se apropria à formação que eles detêm e se justifica a sua presença nestes serviços e na realização do transporte inter-hospitalar do doente crítico.

Quanto ao local de trabalho podemos constatar que são os enfermeiros do serviço de urgência polivalente que mais dificuldade percecionam à exceção de F4 - A Morte do Doente, que foram os enfermeiros da urgência básica que mais dificuldades percecionaram, podendo haver assim a necessidade de formação na área. Já os enfermeiros da urgência médico-cirúrgica foram os que menos dificuldades relataram.

Quanto às dificuldades percecionadas e a frequência com que ocorrem concluimos que existem dificuldades por parte dos enfermeiros, verificando-se que à medida que aumenta a frequência aumentam também as dificuldades ($r = 0,95$; $p = 0,00$).

Pelo exposto sugerimos a formação na área, em especial na Morte do Doente para os enfermeiros do serviço de urgência básica.

Os resultados serão dados a conhecer ao Conselho de Administração por forma a sensibilizar o mesmo para a necessidade de melhorar as condições do transporte, no que

a eles diz respeito, bem como a necessidade de dotar a constituição da equipa de enfermagem de 50% de Enfermeiros Especialistas em enfermagem Médico-Cirúrgica na pessoa em Situação Crítica, conforme o exige e defende a OE (2019) no seu Regulamento n.º 743. Sugerimos ainda a realização de outros estudos com amostras maiores e noutras instituições, por forma, a permitir generalizações e consequentemente evidências científicas, que alavanquem a melhoria dos cuidados a estes doentes e a promovam a valorização dos enfermeiros e da enfermagem em geral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, M., Ramos, FRS. & Penna, CMM. (2005). O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. *Texto Contexto Enferm* 14 (3), 323-331. Acedido em 23 de dezembro 2019 em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a02.pdf>
- Almeida, ACG., Neves, ALD., Souza, CLB., Garcia, JH., Lopes, JL., & Barros, ALBL. (2012). Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. *Acta Paul Enferm*, 25 (3), 471-479
- Australian and New Zealand College of Anaesthetists (2015). *Guidelines for Transport of Critically Ill Patients*. Victoria: Australasian College for Emergency Medicine, Australian and New Zealand College of Anaesthetics, and College of Intensive Care Medicine of Australia and New Zealand. Retirado de: http://www.anzca.edu.au/documents/ps52-2015_guidelines_for-transport-of-critically-i
- Barbosa, MST. (2012). *Tomada de Decisão em Enfermagem Relatório de Estágio*. Relatório apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Acedido em dezembro 2019.
- Barbosa, A. & Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos (2a ed.)* Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Cerqueira, I.V. (2013) - O Enfermeiro e a Morte de um Doente em Cuidados Continuados. CRRNEU - Comissão de Reavaliação da rede Nacional de Emergência/Urgência. (2012). *-Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*. Portal da Saúde. Acedido em dezembro 2019. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf> .
- Cristina, JA., Dalri, MCB., Cyrillo, RMZ., Saeki, T. & Veiga, EV. (2008). Vivências de uma equipe multiprofissional de atendimento pré-hospitalar móvel em suporte avançado de vida na assistência ao adulto em situação de paragem cardiorrespiratória. *Ciencia y Enfermeria XIV* (2), 97-105. Acedido em 10 fevereiro 2014 em http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532008000200012&script=sci_arttext 23

- Coelho, J. F. S. (2015). *Transporte inter-hospitalar do doente crítico com patologia cardíaca*. Relatório de Trabalho de Projeto, Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal. Acedido em 11 de junho de 2017 em <http://Users/sylviepereira/Downloads/Relat%C3%B3rio%20MEMC%20-%20Joana%20Filipa%20da%20Silva%20Coelho%20-%20nr%20estudante%20110519013.pdf>
- Diário da República n.º 151/2019, Série I de 2019-08-08, Lei n.º 58/2019 de 8 de agosto <https://data.dre.pt/eli/lei/58/2019/08/08/p/dre>
- Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto. Diário da República, 2.ª série – N.º153.
- De Almeida, A. C. G., Neves, A. L. D., De Souza, C. L. B., Garcia, J. H., De Lima, L. J., & De Barros, A. L. B. L. (2012). Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 25(3), 471–476. Acedido em dezembro 2019 em <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000300024>
- DROOGH, Joep [et al.] – Transferring the critically ill patient: are we there yet?. *Critical Care*. United Kingdom. ISSN 1364-8535. Vol. 19, nº 62 (2015).
- DROOGH, Joep [et al.] – Inter-hospital transport of critically ill patients; expect surprises. *Critical Care*. United Kingdom. ISSN 1364-8535. Vol 16, nº 1 (2012)
- Etxebarria, MJ., Serrano,S., Ruiz R.,Cía, M., Olaz,F. & López J.(1998). Prospective application of risk scores in the interhospital transport of patients. *Eur J Emerg Med*. Mar. 5(1).13-7.
- Fanara, B., Manzon, C., Barbot, O., Desmettre, T., & Capellier, G. (2010). Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients. *BioMed Central*, 14(3). Acedido em 12 de outubro de 2020 em <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc9018>
- Fortin, MF, Côté, J. & Fillion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.
- Franco, NJM. (2012). *Acompanhamento da pessoa em situação crítica na transferência inter-hospitalar - competências necessárias auto-percebidas pelos enfermeiros*. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- GärblingT.,Golledge R.G. (1989) Environmental Perception and Cognition. In: Zube E.H., Moore G.T. (eds) *Advnce in Environment,Behavior, and Design*. *Advances in Environment, Behavior, and Design*, vol. 2. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-0717-4_7

- Graça, A.C.G. (2017). *Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Bragança, Portugal. Acedido em 19 novembro 2019 em <http://dx.doi.org/10.12707/RIV17042>
- Graça, Silva, Correia & Martins (2017). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal. *Revista de Enfermagem de Referência*. Serie 4 (15), 133-144. ISSN: 2182.2883 | ISSNp: 0874.0283
- Gonçalves, A. C. S. (2017). *Competências do Enfermeiro no Transporte Inter-hospitalar de Doentes Críticos*. Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Instituto Nacional de Estatística, 06 de abril de 2020, Enfermeiros ao serviço nos hospitais entre 2008 e 2018, segundo a natureza institucional, acedido em 12 de outubro 2020 https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=411264201&DESTAQUESmodo=2
- Intensive Care Society (2011). *Guidelines for the transport of the critically ill adult* (3rd ed.) London: Intensive Care Society.
- Lacerda, M., Cruvinel, M. & Silva, W. (2011). Transporte de Pacientes: Intra-Hospitalar e Inter-Hospitalar. Acedido em dezembro 15, 2019. Disponível em, <http://www.pilotopolicial.com.br/transporte-de-pacientes-intra-hospitalar-e-inter-hospitalar/>.
- Ligtenberg, JJM., Arnold, LG., Stienstra, Y., van der Werf, TS., Meertens, JHJM., Tulleken J. & Zijlstra JG. (2005). Quality of interhospital transport of critically ill patients: a prospective audit. *Critical Care* 9 (4), 446-451.
- Lopes, H. & Frias, A. (2014). Eventos adversos no transporte do doente crítico: Percepção dos enfermeiros de um hospital central. Repositório da Universidade de Evora. Acedido em 10 novembro de 2019 em <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/13491>
- Lopes, H. & Frias, A. (2014). Eventos adversos no transporte do doente crítico: Percepção dos enfermeiros de um hospital central. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2.^a Série, n.º 6 (Fevereiro), p. 55 – 58 ISSN 2182 – 9764, acedido em 10 outubro de 2020 em <https://hdl.handle.net/10174/13491>
- McLenon, M. (2004). Use of a Specialized Transport Team for Intrahospital Transport of Critically Ill Patients. *Dimensions of Critical Care Nursing* 23 (5), 225 -229.
- Marcelino, D., Figueiras, M., J. & Claudino, A. (2012). Impacto da exposição a

- incidentes críticos na saúde e bem-estar psicológicos dos tripulantes de ambulância. *Psic., Saúde & Doenças* 13 (1). Acedido em 14 de maio 2020 em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S164500862012000100010&script=sci_arttext
- Magalhães, J. C. (2009). Cuidar em fim de vida- Experiência durante a formação inicial de enfermeiros. Lisboa.
- Mata, E. S. F. (2014). *Dificuldades do enfermeiro no transporte secundário do doente crítico*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Leiria, Portugal. Acedido em 10 de novembro de 2019 em <https://www.iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2264/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Ema%20Mata.pdf>
- Martins, R.; Martins, J. – Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos. *Revista de Enfermagem Referência*. Coimbra. ISSN 0874-0283. Vol. 3, nº 2 (2010), p. 111-120.
- Machado, PMF. (2010). *Transportes de doentes críticos: Vivências dos enfermeiros do serviço de urgência*. Monografia para obtenção do grau de Licenciado em Enfermagem. Universidade Fernando Pessoa, Ponte de Lima. Acedido em 3 de janeiro 2020 em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1524/2/Mono_16609.pdf.
- Mercadier, C. (2004). O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar: o corpo, âmago da interação prestador de cuidados-doente. Loures: Lusociência.
- Ministério da Saúde (2006). Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes. In: Grupo de trabalho de urgências 2006. Ministério da Saúde. Acedido em novembro de 2019 em http://www.hospitalsepe.minsaude.pt/Downloads_HEPE/producao_qualidade/livro%20urgencias%202006.pdf
- Mohr, N. M., Wong, T. S., Faine, B., Schlichting, A., Noack, J., & Ahmed, A. (2016). Discordance Between Patient and Clinician Experiences and Priorities in Rural Interhospital Transfer: A Mixed Methods Study. *The Journal of Rural Health: Official Journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*, 32(1), 25–34. <https://doi.org/10.1111/jrh.12125>
- Nunes, FMF. (2009). Tomada de decisão do enfermeiro no transporte do doente crítico. *Nursing*, 246. Acedido em 10 de dezembro 2019 em

http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3526tomadade-decisao-do-enfermeiro-no-transporte-do-doente-critico#.UxmBiT9_tDo

Oliveira, C. S. C., Ferreira, F. M. A. S., Alfaiate, M. R. S. O., Silva, L. M. C. & Matos, T. M. L. F. (2008). Os enfermeiros perante a morte: Nurses and Death (p. 20-56). Revista Nursing. Lisboa: Serra Pinto.

Ordem dos Enfermeiros, parecer n.º 87 Conselho Enfermagem - 12.02.2018_Transferência de doentes Inter-hospitalares_EDOC_2017_22613 (1), acessado a 10 de novembro de 2019 em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_09_2017_MCEEMC_TransportePessoaSituacaCritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros, parecer n.º 07 Conselho Enfermagem - 2020_Transferência de doentes Inter-hospitalares_EDOC_2020, acessado a 10 de março de 2020 em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_07_2020

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Parecer n.º 09/2017: Transporte da pessoa em situação crítica*. Lisboa: Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Acessado a 10 de novembro de 2019 em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_09_2017_MCEEMC_TransportePessoaSituacaCritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros, pareceres 09/2017 e 69/2005 do Conselho Jurisdicional da OE (2006, p.14): Acompanhamento de doentes nas transferências inter-hospitalares e administração de medicação não prescrita em situação de emergência.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Coleção Divulgar. Acessado em dezembro 2019 em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2019) Regulamento das competências comuns do Enfermeiro

Especialista, Lisboa. Acedido em 3 de outubro 2020
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Nova redação conferida pela Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro).

Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (OM&SPCI) (2008). Transporte de doentes críticos: recomendações. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, acedido em dezembro 2019 em http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010) Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, Lisboa. Acedido em 10 de novembro 2019 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento conceptual, Enunciados Descritivos. Divulgar. Lisboa. Acedido em 10 dezembro, 2020. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf> .

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

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

Parmentier- Decrucq, EP., Poissy, J., Favory, R., Nseir, S., Onimus, T. Guerry, MJ., Durocher, A. & Mathieu, D. (2013). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients: incidence and risk factors. *Annals of Intensive Care* 3 (10), 1-10.

Papson, JPN., Russell, KL. & Taylor, D. (2007). Unexpected Events during the Intrahospital Transport of Critically Ill Patients. *Academic Emergency Medicine* 14 (6), 574-577

- Pereira, S.B. (2018). *O transporte inter-hospitalar do doente crítico: documentação e continuidade de cuidados*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde – Universidade do Minho, Portugal. Acedido em 10 de novembro de 2019.
- Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio. Diário da Republica, 1.ª série – N.º97.
- Papson, JPN., Russell, KL. & Taylor, D. (2007). Unexpected Events during the Intrahospital Transport of Critically Ill Patients. *Academic Emergency Medicine* 14 (6), 574-577.
- Regulamento n.º 743/2019 – Ordem dos Enfermeiros - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.
- Regulamento n.º 429/2018 – Ordem dos Enfermeiros – Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Peri-operatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.
- Ribeiro, J.L.P. (2010) *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*, 2ª Edição, ISBN: 978-989-8463-01-2, Placebo Editora, acedido em dezembro 2019
- Ringdal, M., Chaboyer, W., & Warrén Stomberg, M. (2015). Intrahospital transports of critically ill patients: critical care nurses' perceptions. *Nursing in Critical Care*, 21(3), 178–184. doi:10.1111/nicc.12229
- Rodrigues, L. & Martins, J. (2012). Vivências dos enfermeiros ao cuidar do doente crítico durante o transporte marítimo. *Revista Pensar Enfermagem*. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol. 16, nº 1, 26-41.
- Sarid, O., Berger, R., & Segal-Engelchin, D. (2010). *The impact of cognitive behavioral interventions on SOC, perceived stress and mood states of nurses*. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 928–932. doi:10.1016/j.sbspro.2010.03.128
- SCUISSIATO, Dayane [et al.] – Compreensão de enfermeiros de bordo sobre seu papel na equipe multiprofissional de transporte aeromédico. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. ISSN 0034-7167. Vol. 65, nº 4 (2012), p. 614-620.
- SETHI, Dyvia; SUBRAMANIAN, Shalini - When place and time matter: how to conduct safe inter-hospital transfer of patients. *Saudi Journal of Anaesthesia*. Riyadh. ISSN 1658- 354X. Nº. 8 (2014), p. 104-113.
- Silva, IMBPS. (2006). *A relação conflituosa entre médicos e enfermeiras em contexto hospitalar*. Tese para a obtenção do título de doutor. Universidade Católica de

São Paulo, São Paulo. Acedido em 15 de novembro 2020 em

<http://www.cerelepe.faced.ufba.br/arquivos/fotos/19/arelacaoconflituosaentremedicoseenfermeirasnocontextohospitalar.pdf>

Sobreiro, J.R. (2017). *Perfil de competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica*. Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Leiria, Portugal. Acedido em 17 fevereiro de 2020 em <http://hdl.handle.net.8/2655>

Sampaio, RF. & Mancini, MC. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista brasileira de fisioterapia 11 (1)*, 83-89
Silva, A. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir, 55 (1)*, 11-20.

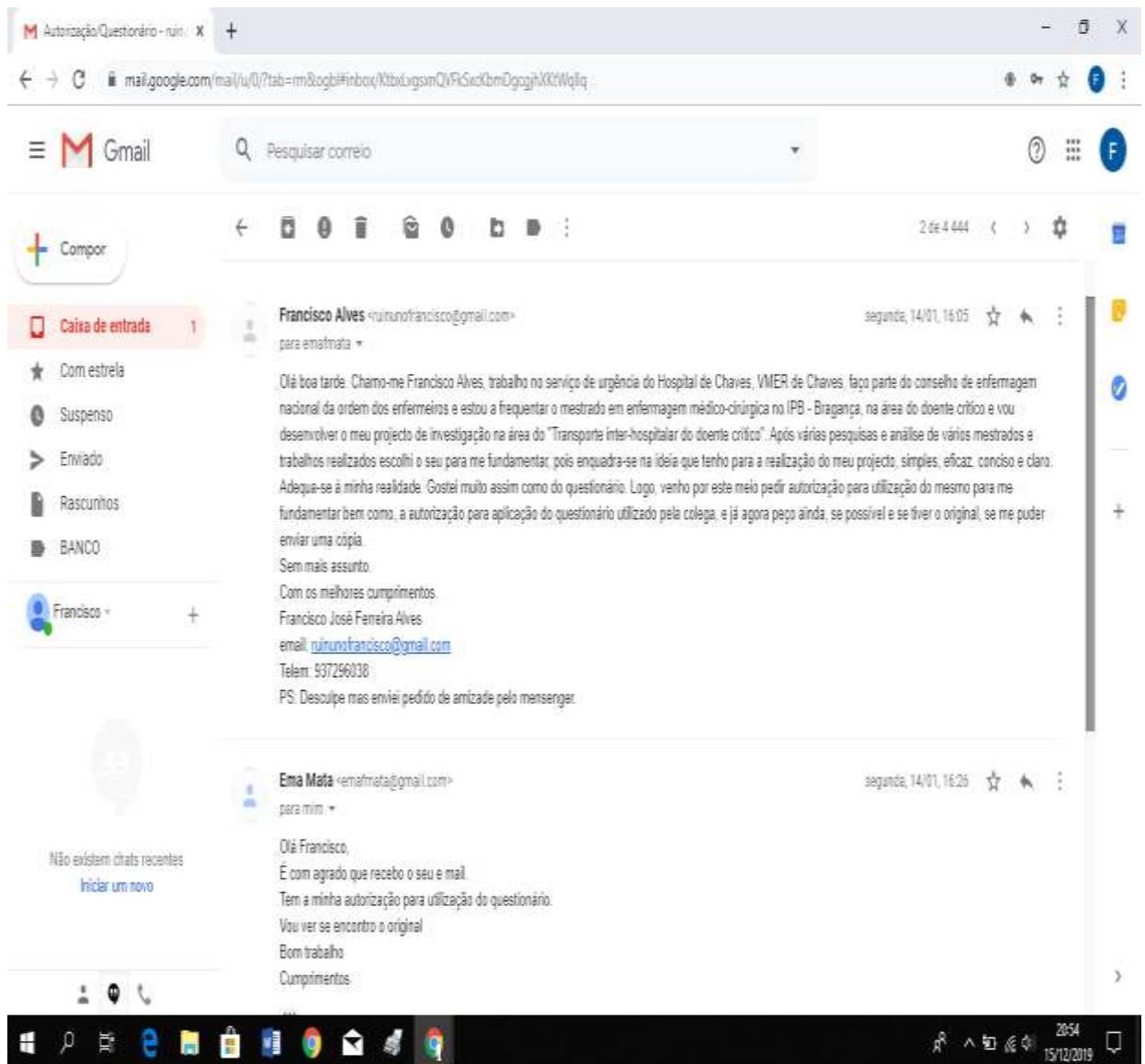
Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos – Recomendações*. Acedido em 12 de outubro 2019 em http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf

Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento (1ª edição)*. Lisboa: Edições Sílabo

Whetzel, E., Walker-Cillo, G., Chan, G. K., & Trivett, J. (2013). *Emergency Nurse Perceptions of Individual and Facility Emergency Preparedness. Journal of Emergency Nursing, 39(1)*, 46–52. doi:10.1016/j.jen.2011.08.005

ANEXOS

ANEXO II - AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO



ANEXO III – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CHTMAD

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração do Centro
Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD),
EPE

Francisco José Ferreira Alves, cartão de cidadão número 11236171, válido até 14/03/2022, enfermeiro a exercer funções no CHTMAD - Serviço de Urgência (SU) da Unidade Hospitalar de Chaves, vem por este meio requerer que autorize a realização de um estudo de investigação, com o tema "Transporte inter-hospitalar do doente crítico – Dificuldades percebidas pelos enfermeiros durante o transporte do doente crítico", destinado à elaboração de um estudo de investigação integrado no curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Bragança (e posterior título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, de acordo o Aviso n.º 13571/2014, publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 235 — 4 de dezembro de 2014).

Os objetivos deste estudo são, em relação aos enfermeiros dos serviços de urgência do CHTMAD:

- Analisar as dificuldades percebidas pelos enfermeiros dos serviços de urgência do CHTMAD, durante o transporte inter-hospitalar do doente crítico.

Objetivos específicos:

- Identificar as principais dificuldades percebidas pelos enfermeiros durante o transporte do doente crítico;

- Relacionar as variáveis sociodemográficas com dificuldades percebidas pelos enfermeiros durante o transporte do doente crítico;

- Analisar se existem diferenças na perceção dos enfermeiros durante o transporte do doente crítico nas diferentes unidades de urgência;

- Propor medidas de melhoria em função dos resultados encontrados.

A escolha do CHTMAD como instituição para recolha de dados deve-se ao facto do investigador exercer funções no mesmo e deste modo querer contribuir para o estudo do tema em questão, contribuindo, em última análise, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

A metodologia de recolha de informação será através estudo de natureza quantitativa, descritiva, analítica e correlacional que integra aplicação de um questionário já testado Mata (2014), aos enfermeiros do Serviço de Urgência do CHTMAD.

O coordenador científico do trabalho é a Professora Matilde Delmina da Silva Martins, Professora Coordenadora da ESSA, Instituto Politécnico de Bragança.

Anexa declaração de responsabilidade do coordenador científico do estudo em papel timbrado, exemplar do modelo de questionário a aplicar e consentimento informado com a indicação de que compreende ser sempre livre de desistir a qualquer momento, sem que ocorra nenhum prejuízo assistencial ou outro.

De referir que em nenhum ponto da investigação será pedido qualquer dado que implique a identificação dos respondentes, sendo pedidos apenas dados de caracterização sociodemográfica, para efeitos de investigação.

Pede deferimento,

Chave 27 de Dezembro de 2019


Francisco José Ferreira Alves

ANEXO IV – CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

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

Título do estudo: Dificuldades Percecionadas pelos Enfermeiros durante o Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico.

Enquadramento: A unidade de saúde implicada é o Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro. Trata-se de um projeto de investigação enquadrado no curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Bragança, o coordenador científico do trabalho é a Professora Matilde Delmina da Silva Martins, Professora Coordenadora da E558, Instituto Politécnico de Bragança.

Explicação do estudo: Estudo de natureza quantitativa, transversal e correlacional que integra aplicação de um questionário já testado Mata (2014), que permitirá responder a questões que dão corpo e operacionalidade às variáveis em estudo. Para tal serão respeitados os princípios da Declaração de Helsínquia, será submetido à Comissão de Ética do CHTMAD e a aplicação do IRD decorrerá nos serviços de urgência do CHTMAD. A recolha de dados decorrerá durante o período de estágio no serviço de urgência do hospital de Chaves. A amostra será constituída pelos enfermeiros dos Serviços de urgência das três unidades do CHTMAD e que realizam transporte inter-hospitalar do doente crítico via terrestre.

Condições e financiamento: A investigação não acarreta qualquer custo quer para a instituição quer para os participantes. A participação é de carácter voluntário, salvaguardando-se o direito à recusa, a qualquer momento, sem que daí advinha qualquer prejuízo.

Confidencialidade e anonimato: Todos os dados recolhidos durante este estudo serão tratados de forma confidencial. Todos os resultados alcançados pelo presente estudo poderão ser apresentados, mantendo desde sempre o anonimato quer dos participantes quer da instituição abrangida. Comprometo-me a manter absoluta confidencialidade e anonimato dos dados em questão e respeitar as regras da Declaração de Helsínquia e legislação nacional em vigor. Agradeço a participação no referido estudo.

Francisco José Ferreira Alves, estudante do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Bragança Contacto Telefónico: 937296038.

Assinatura/s:

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

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

Nome:

Assinatura: Data:

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

BI/CD N.º: DATA DE VALIDADE:

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA:

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE ... PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

¹ http://portal.unnorte.mik-saude.pt/portal/page/portal/WFSNotas/Comite%20de%20Etica/Declara%20de%20Helsinqia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sup/2001/01/00240/00140036.pdf>

ANEXO V – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Exm^o(a). Senhor(a):

Diretora do Instituto Politécnico de Bragança
Escola Superior de Saúde
Prof. Dr^a Olívia Pereira
Av. D. Afonso V

5300-121 Bragança

ASSUNTO: *Ensaio Clínico/Projeto de Investigação*

V/ REFERÊNCIA

Após Parecer emitido pela Comissão de Ética em reunião de 27.05.2020, o Conselho de Administração em 28.05.2020, aprovou o projeto de investigação sobre o tema "Dificuldades percecionadas pelos Enfermeiros durante o transporte inter-hospitalar do doente crítico" do aluno de Mestrado - Francisco José Ferreira Alves, na Unidade de Chaves.

Com os melhores cumprimentos,

Via Resol. 04.05.2020

Doc n.º 151/2020 -P. C.A.

A PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO


Rita Castanheira

IV

ANEXO VI- Análise da escala DTIPE pelo método de condensação em componentes principais. Solução após rotação *varimax* ($n.^{\circ} = 70$)

	Descrição do item	h2	F1	F2	F3	F4
1	Realizo sozinho (a) (sem a presença do médico) transporte secundário inter-hospitalar do doente crítico	0,45	0,66	0,47	0,35	-0,33
2	Não se preenche uma escala que defina o tipo de ambulância de acordo com o índice de gravidade do doente	0,71	0,84	-0,04	0,64	0,15
3	Não se preenche uma escala que defina o tipo de recursos humanos, de acordo com o índice de gravidade do doente	0,63	0,77	-0,03	-0,40	0,18
4	Não se preenche uma escala que defina o tipo de equipamentos de transporte de acordo com o índice de gravidade do doente	0,63	0,75	0,01	-0,25	0,02
5	Não se cumprem as exigências em termos de recursos humanos, de acordo com o índice de gravidade do doente	0,52	0,62	0,14	-0,04	0,38
6	Preenche uma escala que defina o tipo de recursos humanos, de acordo como índice de gravidade do doente	0,28	0,71	0,24	0,41	0,34
7	Preenche e cumpre uma escala que defina o tipo de recursos humanos, de acordo como índice de gravidade do doente	0,65	0,65	-0,37	0,42	0,28
8	Preenche e não cumpre uma escala que defina o tipo de recursos humanos, de acordo como índice de gravidade do doente	0,6	0,47	-0,47	0,20	0,37
9	Utiliza folha própria de registos de enfermagem durante o transporte do doente crítico	0,63	0,77	0,31	0,52	-0,16
10	Efetua registo de enfermagem em folha própria durante o transporte do doente crítico	0,75	0,85	0,38	0,47	-0,18
15	O planeamento do transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico é ineficaz	0,15	0,66	0,25	0,19	0,21
16	Surgem intercorrências inesperadas durante o transporte	0,50	0,59	0,13	0,34	0,37
17	O tempo existente para a realização de um planeamento eficaz do transporte é pouco	0,49	0,57	0,22	0,33	0,11
19	Estão implementados protocolos que orientam todo o processo de planeamento do transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico	0,20	0,34	0,18	0,24	-0,14
20	Os protocolos que orientam todo o processo de planeamento do transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico não são claros	0,15	0,64	0,10	0,37	0,13
21	Não existe formação em serviço para o transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico	0,14	0,34	0,23	0,10	0,15
22	Não é o profissional mais bem preparado (que revele melhor competência) aquele que realiza o transporte	0,21	0,51	0,10	0,22	0,34
30	Não é o profissional rotinado que realiza o transporte	0,55	0,60	0,23	0,16	0,43
31	Durante o transporte secundário (inter-hospitalar) decido autonomamente em áreas habitualmente interdependentes	0,11	0,39	0,20	0,10	-0,08
32	O meu juízo clínico não é tido em consideração na alocação dos recursos humanos necessários ao transporte secundário (inter-hospitalar)	0,34	0,40	0,25	0,29	0,18
11	A equipa de enfermagem fica reduzida, quando eu acompanho o doente durante o transporte secundário (inter-hospitalar)	0,36	0,20	0,58	0,23	-0,13
18	A comunicação entre os diferentes profissionais da equipa de transporte é ineficaz	0,47	0,26	0,63	0,24	-0,05
23	Ocorrem falhas no equipamento e material durante o transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico	0,29	0,09	0,50	-0,32	-0,16
24	Há muitos ruídos na ambulância, durante o transporte secundário (inter-hospitalar)	0,70	0,13	0,81	0,09	-0,02

25	Há muita vibração e oscilação na ambulância, durante o transporte secundário (inter-hospitalar)	0,71	0,16	0,82	0,12	0,03
26	Há falta de espaço da ambulância durante o transporte secundário (inter-hospitalar)	0,60	0,01	0,73	0,02	0,25
27	O doente encontra-se instável quando se inicia o transporte	0,99	0,19	0,41	0,20	-0,12
					0,66	0,15
12	Fico muito stressado (a) durante o transporte secundário (inter-hospitalar)	0,47	0,28	0,24		
13	Sinto náusea durante o transporte secundário (inter-hospitalar)	0,41	-0,14	0,29	0,53	-0,16
14	Vomito durante o transporte secundário (inter-hospitalar)	0,52	0,19	-0,21	0,65	0,15
28	Abordo a família para comunicar a ocorrência da morte do doente durante o transporte	0,36	-0,39	0,14	0,08	0,46
29	Ocorre a morte do doente durante o transporte	0,23	0,17	-0,20	-0,42	0,62
	Eigenvalues		12,13	3,90	1,84	1,08
			16,66	11,18	9,78	7,69
	Variância Explicada = 45,31%		20	7	3	2
	Número de Itens					
	Alfa do fator		0,69	0,66	0,53	0,79
	KMO = 0,618					
	Teste da esfericidade de Bartlett - $X^2= 1055,55$; $p<0,0001$					



Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Relatório de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Nome do Aluno: Francisco José Ferreira Alves
Nº a41337

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

setembro/fevereiro 2019/20



Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Relatório de Estágio do Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Serviço de Medicina Intensiva da Unidade Local de Saúde do Nordeste – Bragança; Unidade de Queimados do Centro Hospitalar Universitário São João; Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro -Unidade de Chaves.

Nome do Aluno: Francisco José Ferreira Alves Nº a41337

Orientadores:

Cesar Aníbal Barrosa e Luísa Maria Moura Nunes, Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Unidade Local de Saúde Nordeste serviço de Medicina Intensiva.

Eula Karina Vieira Pinto e Bruno José Teixeira da Costa – Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Unidade de Queimados do Centro Hospitalar Universitário São João.

Elisabete Calejo e Jorge Helder Cunha - Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica no serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro – Unidade de Chaves.

AGRADECIMENTOS

Não podia começar este relatório de estágio sem fazer um sincero agradecimento a todos aqueles que me ajudaram a ultrapassar mais uma etapa da minha vida, difícil, mas concretizada graças a estas pessoas.

Agradeço aos meus orientadores de estágio, Enfermeiros/as Cesar Barrosa, Luísa Nunes, Eula Pinto, Bruno Costa, Elisabete Calejo e Jorge Cunha.

Agradeço aos orientadores/coordenadores de estágio, Enfermeiro Norberto Aníbal Pires da Silva e à Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins.

Agradeço a todos os elementos das equipas dos serviços de SMI, UQCHSJ, serviço de urgência do CHTMAD – Unidade de Chaves.

Aos Colegas do serviço de urgência do CHTMAD – Unidade de Chaves, pela colaboração e apoio para a realização deste estágio e do estudo científico por mim realizado.

Agradeço ao meu colega de curso e companheiro desta viagem, Vasco Pereira, pois sem ele seria certamente muito mais difícil.

Em especial aos meus filhos, Rui e Nuno, e à Olga, minha esposa, pela compreensão, encorajamento e apoio condicional. Foram a minha verdadeira fonte de energia, coragem e inspiração.

E a todos aqueles que, ainda que omissos, de alguma forma contribuíram para levar a bom porto este trabalho.

Um sincero obrigado a todos

ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

APA – American Psychological Association

DRC – Doença Renal Crónica

HD – Hemodiálise

OE – Ordem dos Enfermeiros

TSFR – Terapia de Substituição da Função Renal

SNS – Sistema Nacional de saúde

ULSNE – Unidade Local de Saúde do Nordeste

HTA – Hipertensão Arterial

SUMC – Serviço de Urgência Médico Cirúrgica

SU – Serviço de Urgência

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

UQCHUSJ – Unidade de Queimados do Centro Hospitalar Universitário do São João

CHTMAD – Centro Hospitalar Trás os Montes e Alto Douro

CVC – Cateter Venoso Central

CA – Cateter Arterial.

ÍNDICE

0 - INTRODUÇÃO	6
1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	9
2 - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	14
3 - SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
ANEXOS.....	25

0 - INTRODUÇÃO

No âmbito do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, aprovado em Diário da República, 2.^a série — N.º 57 — 22 de março de 2016, despacho n.º 4155/2016, IV Curso de Mestrado em enfermagem Médico-Cirúrgica, lecionado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, prevê no 2º ano, uma Unidade Curricular Semestral, Estágio com Relatório/Trabalho de Projeto, sendo proposto desenvolver competências que permitam cuidar do doente em situação crítica, do adulto com doença crónica e a sua família em contexto hospitalar na área específica de intervenção, cuja componente é dedicada à prática clínica e à investigação.

A Unidade Curricular está estruturada de forma a assegurar a aquisição de competências comuns e estabelecidas pela OE para os Enfermeiros Especialistas e competências específicas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica, conforme os regulamentos n.º 122 e n.º 429/2018 da OE.

Daí surgir a realização de um conjunto de estágios articulados entre si, tendo como objetivo principal o de proporcionar um espaço de aprendizagem que conduza à aquisição destas competências acima descritas. Aprendizagem ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação em procedimentos associados à Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, melhorando assim as boas práticas e a qualidade dos cuidados prestados em contexto de trabalho.

De acordo com a coordenadora do Curso de Mestrado e regente da unidade curricular e previamente planeado sobre regência dos estágios, os três campos desenvolveram-se no serviço de Medicina Intensiva da ULS do Nordeste, na UQCHUSJ e Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do CHTMAD – Unidade de Chaves, respetivamente:

- 1º Serviço de Medicina Intensiva da ULS - Bragança;
- 2º Serviço de Unidade de Queimados do Centro Hospitalar Universitário São João;
- 3º Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do CHTMAD – Unidade de Chaves.

Todos estes campos são destinados ao atendimento e tratamento do doente crítico.

Tendo já uma vasta experiência como enfermeiro e principalmente como enfermeiro na área do extra-hospitalar e urgência Médico-Cirúrgica decidi agora complementar esta experiência com formação académica através da componente de especialização e mestrado do respetivo ciclo de

estudos, dando assim, continuidade ao meu projecto de desenvolvimento pessoal e profissional. Cada bloco específico de estágio correspondeu a 168 horas de contacto, sendo que, este semestre de prática clínica com 540 horas de contacto, contou em todos os campos de estágio, com orientação e supervisão tutorial por um Enfermeiro Especialista em EMC, em exercício de funções nesse serviço e, em articulação com a docente da Escola Superior de Saúde de Bragança também especialista em EMC.

Ao longo dos vários campos de estágio adoptei uma metodologia de análise crítico-reflexiva dos objectivos definidos, ajustando-os em função das oportunidades e necessidades que foram surgindo.

Empenhei-me sempre em participar ativamente no processo ensino/aprendizagem com vista ao desenvolvimento das competências preconizadas para os estágios, à prestação de cuidados de Enfermagem especializados de excelência à pessoa em situação crítica, por mim prestados enquanto trabalhador/estudante, de forma a enriquecer as boas práticas e a qualidade dos cuidados.

A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.

Os Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa, com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua total recuperação.

Consideramos cuidados enfermagem aqueles que exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prevendo e detetando precocemente as complicações e de forma a assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

A avaliação diagnóstica e a monitorização constantes à pessoa em situação crítica, são de importância máxima, mas, não menos importante é, o cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, o que representa uma competência das competências clínicas especializadas - considerando-se igualmente a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da conceção à ação, bem como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação.

Este relatório escrito tem como objetivos:

- Descrever as etapas do estágio;
- Descrever as competências adquiridas, ao longo dos estágios, comuns do Enfermeiro Especialista e as específicas para o Enfermeiro Especialista da área da Médico-Cirúrgica, concretamente no cuidado especializado da pessoa em situação crítica, seguindo as regras definidas pela comissão científica, conforme layout e normas APA;

1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O estágio constitui uma componente prática que promove a aquisição de conhecimentos e experiências adequadas à formação do enfermeiro especialista quer ao nível das competências comuns quer a nível das competências específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica.

A prática clínica foi definida por dois campos de estágio obrigatórios, SUMC e SMI, e um campo de estágio opcional. As minhas componentes obrigatórias decorreram no SMI da ULS Nordeste – Bragança e SMUC do CHTMAD – Unidade de Chaves. Enquanto a opcional decorreu na UQCHSJ (Anexo 1).

O Primeiro estágio foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente/Serviço de Medicina Intensiva da ULSNE da Unidade de Bragança, entre os dias 16 de setembro e 30 de outubro de 2019.

Num espaço completamente renovado de cerca de 600m² de área global com uma equipe de seis médicos intensivistas, dez assistentes operacionais e 26 elementos de enfermagem, (5 dos quais especialistas em EMC), em laboração contínua com turnos de 8 horas:

Manhã – 8h/16h; Tarde – 16h / 24h; Noite – 0h /8h. Em cada turno há quatro enfermeiros, sendo que nos dias úteis, turno da manhã, se encontra sempre a enfermeira responsável em supranumerário.

Este serviço é constituído por dez camas/unidades, mas apenas oito autorizadas e a funcionar, e sendo uma delas de isolamento. Cada unidade tem capacidade para dez seringas elétricas e bombas perfusoras, ventilador, monitor, cama articulada com colchão elétrico anti-escaras, caixotes de recolha e triagem de lixos e carro de apoio.

O SMI atua de forma integrada, recebendo doentes adultos referenciados da sala de emergência, das vias verdes, sépsis, AVC e Trauma, do Bloco Operatório, de serviços de internamento hospitalar, assim como de outras unidades, quer da ULSNE (através da emergência interna), quer do SNS (referenciação de emergência extra-hospitalar).

Atualmente o SMI recebe em média mais de 200 doentes por ano, garantindo-se assim a evidência do relatório de Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos

- de aumentar a capacidade de resposta de ULSNE, para estes cuidados, com elevado grau de diferenciação, pudessem ser prestados na região, com igual garantia de segurança e de confiança à de outros hospitais dos grandes centros, mas mantendo os doentes na área de residência e junto das suas famílias, numa ótica de proximidade.

O meu objetivo principal neste campo de estágio foi adquirir as competências necessárias relacionadas com o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem, face á complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, mobilizando conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.

Como objetivos específicos uma vez que exerço funções no serviço de Urgência, área do doente crítico, tive o cuidado de aprofundar conhecimentos sobre:

➤ Ventilação assistida, nomeadamente:

- Perceber o funcionamento dos vários tipos de ventiladores;
- Perceber os diferentes modos ventilatórios mais utilizados no serviço;
- Identificar necessidades alteradas nos doentes ventilados;
- Identificar os diferentes tipos de ventilação mecânica utilizados no serviço;
- Vigiar parâmetros hemodinâmicos do doente ventilado.

➤ Controle de infeção - aquisição de competências para responder eficazmente na prevenção e controlo da infeção considerando o risco especial de infeção, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas técnicas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção da vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

A realização deste estágio na Unidade de Cuidados Intensivos de Bragança, vai de encontro aos meus objetivos e às minhas expectativas para a conclusão deste mestrado com especialidade, pois permite-me assegurar novas experiências, até então escassas, quer nas áreas acima descritas quer com doentes em Terapia de Substituição da Função Renal. Experiência muito

enriquecedora.

O segundo estágio realizado foi o de opção. Este foi realizado na Unidade de Queimados do Hospital de São João no período entre 04 de novembro e 20 de dezembro.

E porquê esta escolha?

Por ser um objetivo pessoal já há alguns anos, pois tinha a curiosidade de conhecer um serviço como este quer pelo grau de complexidade dos doentes, quer pelo reconhecimento deste serviço a nível nacional pela qualidade prestada aos doentes, quer por ser uma área em que a minha experiência apenas era de passagem dos doentes pelo serviço de urgência, ou seja, primeira estabilização, e depois a curiosidade de quais os cuidados clínicos que recebem a seguir. O principal objetivo atingido durante este estágio de 168 horas, foi a aquisição de conhecimentos específicos na área do doente queimado evidenciando o papel do Enfermeiro Especialista em EMC na área do doente crítico, inserido numa equipa multidisciplinar na prestação de Cuidados de Enfermagem.

A distância geográfica não constituiu obstáculo pois pelo contrário foi uma motivação pois iria realizar um desejo pessoal de longa data.

O serviço localiza-se no sétimo piso do hospital. É dividido por 5 unidades individualizadas, com uma cama cada unidade e com todo o equipamento necessário para atender este tipo de doentes, desde ventilador a colunas com várias seringas e bombas infusoras, caixotes de lixo para triagem do lixo, oxigénio, televisão, wc e carro de apoio. Estas unidades são isoladas e as visitas apenas têm acesso através de um vidro de isolamento para manter o doente o menos vulnerável possível à infeção. O serviço é ainda dotado de um quarto para o médico de urgência, vestiário próprio (os profissionais têm fardamento próprio incluindo calçado e cada vez que se ausentam do serviço são obrigados a mudar de fardamento), sala de stock, sala de passagem de turno e de trabalho, gabinete do chefe de enfermagem, copa, sala de reuniões, sala de balneoterapia, bloco operatório próprio e circuito de sujos de lixos bem definidos. O Bloco operatório é dotado de luz natural e possibilita uma visão paisagística muito agradável. O ambiente do serviço é adaptado a este tipo de doentes.

Para prestação de cuidados aos doentes aqui internados, esta unidade dispõe de 21 enfermeiros (o chefe é o mesmo do serviço de plástica), 7 médicos anestesistas, 1 médico cirurgião plástico, 8 assistentes operacionais, 1 administrativo e o serviço ainda é apoiado por assistente social e psicóloga.

O funcionamento da Unidade é assegurado pelas respetivas equipas multiprofissionais distribuídos da seguinte forma:

Turno da manhã: 7 enfermeiros (1 para cada unidade, 1 para o bloco, 1 para a balneoterapia), 1 médico anestesista, 1 cirurgião plástico, 3 assistentes operacionais, 1 administrativo distribuídos com o horário das 8H às 15h30;

Turno da Tarde – 3 enfermeiros, 1 médico anestesista, 1 cirurgião plástico e 2 assistentes operacionais com o horário das 15 às 22h30

Turno da Noite – 3 enfermeiros, 1 médico anestesista e 1 assistente operacional com o horário das 22h às 8h30.

Os objetivos para este campo de estágio vêm de encontro aos anteriores delineados para o estágio anterior e seguinte e que vão de encontro aos domínios e unidades de competências estabelecidos pela OE para ao Enfermeiros Especialistas em EMC Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, conforme regulamentos nº 122 e nº 422/2018 e que foram os seguintes:

- Aquisição de conhecimentos relativamente ao doente queimado a fim de maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade do processo de doença e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas em situação de emergência, da conceção à ação;
- Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro na entrada, permanência e alta dos doentes na unidade;
- Estimular o meu crescimento pessoal e profissional, gerindo os cuidados e otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional;
- Basear a minha praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos na área da balneoterapia, bloco operatório e unidade de queimados desenvolvendo o autoconhecimento e a assertividade nestas áreas.

O terceiro estágio, desenvolveu-se no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do CHTMAD – Unidade de Chaves de 06 de janeiro a 20 de fevereiro de 2020. Este serviço abrange toda área de influência do alto Tâmega e Barroso e está inserido no centro hospitalar de trás os Montes e Alto Douro, sendo a Diretora de Serviço a Doutora Sandra Tavares e a Enfermeira Chefe

Fernanda Queiroga.

Possui uma equipe com 40 enfermeiros, mais a enfermeira chefe, em laboração contínua, que de acordo com o plano de trabalho, cumprem e asseguram os seguintes postos de trabalho: Triagem de adultos, triagem pediátrica, Sala de medicina e clínica, Sala Ortopedia e Cirurgia (dando apoio à sala de emergência) e SO com 11 camas. Neste serviço os turnos são: Manhã – 8h/15h15; Tarde – 15h/22h15; Noite – 22h/8h15.

A sua estrutura física inclui: Área de admissão e registo, sala de triagem de prioridades adultos, sala de triagem de prioridades pediátrica, salas de espera, gabinetes de avaliação clínica, zona de curta permanência, área de emergência/críticos (1 maca adultos e 1 maca pediátrica) com condições para suporte avançado de vida, área de orto-traumatologia e cirurgia, e o Serviço de Observações com 11 camas de internamento. Possui um circuito de Urgência pediátrico com área completamente independente da urgência de adultos.

Existem ainda fluxos de doentes pré-estabelecidos e absolutamente claros, diferenciados por tipo de patologias e/ou prioridade de avaliação/observação, definindo-se claramente que atividades se realizam em cada uma das áreas e como se relacionam com as restantes, favorecendo a organização e alocação de recursos materiais e a sua sinergia com os recursos humanos com grande defeito e já comunicado para o atendimento dos verdes, amarelos e laranjas que são todos vistos e tratados no mesmo local, que segundo as normas da DGS não devia acontecer.

O SU da Unidade de Chaves integra ainda a Viatura Médica de Emergência e Reanimação cuja equipe é constituída por colaboradores da urgência da unidade de Chaves. Existem em funcionamento 4 Vias Verdes: Sépsis, AVC, Trauma e Coronária, as quais permitem que doentes com determinada patologia possam ser prontamente tratados.

Este estágio decorreu com objetivos muito clarificados, dada a minha experiência de Urgência (Anexo 2):

- Refletir sobre as competências do Enfermeiro Especialista em EMC na dinâmica organizacional deste Serviço de Urgência;

- Perspetivar o papel do Enfermeiro Especialista em EMC, na formação da equipa de Enfermagem do SU;
- Promover a troca de experiências nos diferentes contextos laborais objetivando a especialidade na área do doente crítico, de acordo com os meus objetivos;

2 - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Ao longo desta fase de aprendizagem, os estágios, deste mestrado serviu para adquirir novos conhecimentos e realidades que irão enriquecer os cuidados de enfermagem por mim prestados refletindo e analisando todos os processos nos quais estive envolvido. Procurei adquirir uma maior responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Quer no primeiro estágio, realizado na unidade de medicina intensiva de Bragança, quer no segundo, realizado na unidade de queimados do hospital de São João, a integração no serviço foi feita através do contato prévio com os Enfermeiros chefe/responsáveis, bem como a interação, diálogo e cooperação com toda a equipa multidisciplinar. Para o desenvolvimento de competências nestes estágios, tive acesso às normas técnicas, procedimentos e protocolos das respetivas unidades, entre os quais destaco:

- Cateterização venosa periférica (arterial/venosa);
- Apoio no tratamento da pessoa com DRC em programa de Hemodiálise;
- Ligar e desligar o doente portador de CVC e CA ao dialisador, para HD;
- Execução de pensos (cuidados de enfermagem ao local de inserção do cateter);
- Utilização e manutenção do carro de emergência;
- Administração da terapêutica oral e endovenosa prescrita para cada sessão de diálise;
- Colheita de sangue para análises;
- Cuidados ao doente em situação crítica em cuidados intensivos;
- Cuidados ao doente queimado;
- Controle de infecção, etc.

Cada técnica efetuada nas Unidades, foi de encontro à promoção e desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, tão importantes nesta área de cuidados, de acordo com

as normas de prevenção, designadamente das Infecções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica.

Todos os cuidados aplicados foram de encontro ao estado clínico do doente sempre visando os cuidados ao doente crítico.

No terceiro estágio a integração não foi obstáculo uma vez que é o serviço onde trabalho e já está ultrapassada.

Quanto aos cuidados, esses foram sempre de encontro ao doente em situação crítica e respeitando as funções do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, por forma a prestar os melhores cuidados possíveis.

Ao longo de todo o estágio colaborei na prestação de cuidados de acordo com as responsabilidades e competências da Enfermeira Especialista e orientadores, que em dupla, pudemos maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil respeitando e participando com os protocolos existentes nos vários serviços de acordo com os objectivos de estágio.

Como análise a estes estágios, quero relembrar que os objetivos foram alcançados percebendo as dinâmicas dos serviços bem como a complexidade dos doentes sempre com a visão de prestar os melhores cuidados e aprender.

Sabemos que há doenças irreversíveis e o tratamento tem como objetivos corrigir os desequilíbrios hidro-electrolíticos, bem como atenuar/eliminar os sinais e sintomas que possam retirar qualidade de vida à pessoa.

Percebi a dinâmica e o funcionamento dos serviços e a prestação de cuidados de Enfermagem gerais e específicos, tendo oportunidade de:

- Aprofundar conhecimentos relativamente ao doente crítico a fim de cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Desenvolver uma prática profissional e ética no campo de intervenção, a par de um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica.

Tive sempre em mente as competências estabelecidas pela OE para os Enfermeiros Especialistas em EMC Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, conforme regulamentos nº 122 e nº 422/2018 e que foram de encontro aos meus objetivos, e assentaram num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do doente crítico, nomeadamente:

- Fazer o acolhimento do doente crítico, desempenhando um papel dinamizador e promovendo o diálogo e a empatia numa prática profissional e ética no meu campo de intervenção;
- Entender quais as alterações sociais, psicológicas e físicas do doente submetido a tratamentos específicos, promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, analisando e interpretando cada situação específica de cuidados especializados, assumindo assim a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os doentes;
- Perceber quais as rotinas dos turnos, de modo a colaborar com os enfermeiros nos cuidados de enfermagem e em programas de melhoria contínua de qualidade, reconhecendo sobretudo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados e avaliar a qualidade da Unidade;
- Pesquisar normas e protocolos das Unidades, visando a sua compreensão e aquisição a fim de adaptar a liderança e a gestão dos recursos face às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados;
- Perceber o funcionamento/manuseamento do material e equipamento indispensáveis na monitorização do doente crítico, considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atuando proactivamente e promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco;
- Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos;
- Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas;

- Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica;
- Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e ainda, gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica.
- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta a situações de emergência em doentes internados no serviço e no transporte até, e desde o Bloco Operatório, serviço de hemodiálise, imagiologia e outros serviços;
- Desenvolver uma prática profissional e ética adequada ao meu campo de intervenção;
- Promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Juntamente com a minha orientadora de estágio, desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais;
- Colaborar dentro do possível com a equipe, em programas de melhoria contínua de qualidade;
- Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro não só na unidade do doente como no serviço como um todo;
- Observação na gestão dos cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- Adaptar a liderança e a gestão dos recursos face às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;
- Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade nesta área tão específica;
- Basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos adquiridos ao longo do percurso profissional e do Curso de Mestrado.

Ao longo dos estágios nos vários Serviços pude desenvolver a capacidade em:

- Identificar prontamente focos de instabilidade no doente, responder de forma pronta e

antecipatória a focos de instabilidade detetados e executar cuidados técnicos de alta complexidade;

- Identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, pondo em prática conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades dos doentes em atendimento, garantindo a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor de acordo com os meus conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor;
- Estabelecer uma comunicação eficaz perante a pessoa/família em situação crítica que recorreram a este tipo de serviços, aplicando técnicas e estratégias facilitadoras da comunicação às pessoas/família com “barreiras à comunicação”, como estrangeiros e doentes com muita baixa acuidade auditiva, adaptando a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa.

O estágio neste Serviço de Urgência permitiu-me aprofundar o conhecimento do Plano Distrital e Nacional para catástrofe e emergência e o modo como ocorre a sua sistematização, no sentido de responder eficaz e prontamente em situação de múltiplas vítimas e em situação crítica.

Estabeleci sempre uma relação de interajuda com a equipa de saúde no atendimento ao doente crítico que recorre a estes serviços.

Empenhei-me sempre por aprender cada vez mais por formar e aprofundar os meus conhecimentos prestando assim agora e no futuro melhores cuidados de enfermagem.

Todos os estágios foram enriquecedores, na medida em que me permitiu um leque muito variado de experiências na área da pessoa em situação crítica, operacionalizando:

- um plano de prevenção e controlo da infeção, existentes nos serviços, para dar resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, conhecendo o Plano Nacional de Controlo de Infeção e das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção da ULSNE, CHTMAD e Unidade de Queimados do Hospital de São João permitindo diagnosticar as necessidades dos serviços em matéria de prevenção e controlo de infeção;
- a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em

tempo útil e adequadas;

- estratégias pró-ativas implementadas no serviço visando a prevenção e controlo da infeção do serviço, verificando e auditando com regularidade o Plano de Prevenção e Controlo de Infeção do Serviço com base na evidência;
- o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas dos serviços, de prevenção das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica, que nos serviços de medicina intensiva de bragança e na unidade de queimados do hospital de São João são criteriosamente cumpridas por todos os profissionais.

Adorei ter estagiado nos vários serviços, Medicina Intensiva de Bragança, na unidade de queimados do São João e Urgência de Chaves, mas aquele que mais me realizou, talvez por ser uma ambição antiga, foi o da unidade de queimados. Era uma experiência que à muito desejava e tinha curiosidade e que correspondeu às minhas expectativas, embora também os outros dois estágios me realizassem, mas como já conhecia um pouco a realidade pela minha experiência não me tocaram tanto. Pelo que levo o sentimento de dever cumprido e satisfação pessoal. Vou mais rico nos meus conhecimentos para uma melhor qualidade dos cuidados de enfermagem por mim prestados.

Não posso deixar de referir que a Medicina Intensiva é uma área multidisciplinar e diferenciada que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda grave potencialmente reversível, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s), representando uma percentagem cada vez mais importante das camas de cuidados agudos e um dos pilares fundamentais da estrutura de avaliação e tratamento do doente agudo grave, quer dentro dos seus espaços físicos quer através da colaboração em outro tipo de atividades tais como vias de acesso preferencial. Tem ainda um papel cada vez mais importante nas Equipas de Emergência Intra-Hospitalares (Ministério da Saúde, 2013).

Assim sendo, no final deste estágio adquiri plenas capacidades para poder exercer a minha profissão como Enfermeiro Especialista de acordo com as seguintes competências:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Gestão da qualidade;
- Gestão dos cuidados;

- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais;
- Competências específicas na área Médico-Cirúrgica.

3 - SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

Concluída esta etapa de prática clínica, admito que as expectativas e objectivos iniciais foram superadas. Todos os estágios foram muito particulares dada a especificidade e complexidade dos doentes na área do doente crítico. Tive necessidade de recorrer a pesquisa bibliográfica para aprofundar os meus conhecimentos principalmente e relativamente a técnicas dialíticas. Foram estágios onde aprendi muito e pude colocar em prática novos conhecimentos e competências adquiridas que até então estavam pouco clarificados, pois a minha experiência principalmente na área do doente renal era muito escassa.

Sensibilizou-me os doentes da unidade de queimados pelos tratamentos a que são sujeitos e pela forma como estão expostos. Tive a oportunidade de falar com um doente que tinha saído desta unidade e que deu entrevistas recentes na televisão e que me referiu que via toda a equipa como a sua família e a sua vida, pois agradece-lhe a todos eles o ainda estar entre nós.

Foram estágios muito gratificantes a nível pessoal e profissional pois permitiu-me desenvolver o autoconhecimento e a assertividade em doentes com necessidades tão específicas.

Assentar esta praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos, tornou-se o mais importante dos objetivos, sabendo que estes, assentam nos processos de tomada de decisão e nas intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos da minha aprendizagem.

Contribuí de alguma forma para promover uma melhor qualidade de vida aos doentes aos quais prestei cuidados.

O diálogo com os diferentes elementos das equipas dos campos de estágio, permitiu esclarecer dúvidas, especificamente na área do doente crítico, bem como a partilha de experiências, quer da minha prática profissional quer da elevada experiência destes profissionais, sobre os diferentes domínios das unidades e do doente com necessidades de cuidados especializados.

Os conhecimentos adquiridos ao longo deste período englobam saberes recolhidos da pesquisa bibliográfica decorrente da necessidade de informação, bem como pela partilha de experiências com os pares e esclarecimentos de dúvidas.

Os recursos utilizados foram os protocolos e normas existentes em cada serviço.

Uma das ferramentas importantes que utilizei foi o trabalho em equipa e a participação/observação ativa e atenta nas rotinas, o que me permitiu compreender os papéis e funções de todos os membros das equipas, promovendo um ambiente positivo e favorável à minha prática especializada.

Como referi anteriormente, todas as experiências foram enriquecedoras para a prática clínica mas da que mais gostei foi na área dos cuidados ao doente queimado, onde a formação específica e especializada é justificada pela crescente complexidade dos equipamentos, técnicas e procedimentos disponibilizados por este serviço/unidade podendo ver a realidade do bloco operatório e como é tratado este tipo de doente. Também a unidade de Medicina é idêntica mas como já tinha algum conhecimento pela minha experiência profissional, a unidade de queimados foi aquela que, a par das outras, me fez dizer que valeu a pena este esforço e dedicação.

Daí resulta que a capacidade para abordar, de forma global, integrada e multidisciplinar, doentes complexos e graves é cada vez mais importante num mundo de crescente fragmentação e especialização de conhecimento.

Durante estes estágios participei ativamente no processo ensino/aprendizagem com vista ao desenvolvimento das competências inicialmente preconizadas; desenvolvi as devidas competências que visaram a prestação de cuidados de enfermagem especializados de excelência ao doente em situação crítica ou falência orgânica;

Para finalizar, considero que os objetivos delineados foram atingidos com sucesso, devido à evolução gradual dos conhecimentos e prática clínica especializada ao longo desta prática, elevando positivamente a minha realização pessoal e profissional. O meu desempenho foi essencial para alargar e estimular novos conhecimentos, bem como práticas seguras dentro da equipa, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. A partilha de experiências e de conhecimentos em diversas situações vivenciadas permitiram uma parceria

com o doente e família durante a prestação de cuidados.

É uma etapa que contribuiu para o meu crescimento profissional e pessoal. Muitos foram os esforços realizados durante este período para que pudesse conciliar os estágios com o meu horário de trabalho e também com a minha vida pessoal e familiar num período difícil da minha vida. Foi um período de grande exigência e dedicação pessoal, mas todo o esforço valeu a pena pois teve uma compensação positiva em termos de desenvolvimento pessoal e profissional de forma a ter conseguido dar resposta à sua exigência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSS. (2011). Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos. Ministério da Saúde. 2 a Ed. 285.

DGS (2011). Norma nº 017/2011 de 28/09/2011 (atualizado a 14/06/2012): Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. Departamento da Qualidade na saúde.

Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril, alterado e republicado pelo anexo II à Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro.

Intranet ULSNE; Microsites; Gestão da Qualidade.

Intranet Hospital de São João.

Intranet CHTMAD

Ministério da Saúde. (2013). Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos. Governo de Portugal.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION - Diabetes e Insuficiência Renal Crónica, Nova Iorque. [Consulta 02 fev. 2015]

OE. (2011). Regulamento n.º 122/2011. Diário da República, 2.ª série, n.º 35, de 18 de fevereiro de 2011, 8648-8653. Acedido a 17/10/2015.

Disponível:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. – Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceito e Prática clínica. Vol. II 6ª ed. Loures: Lusociência. 2003. 1283-1346 p. ISBN 972-8383-65-7.

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) – Decreto-Lei n.º161/96, de 4 de setembro.

Regulamento 429/2018, Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16 – Ordem dos enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

ULCHAKER M. – Enfermagem Médico-Cirúrgica. 6ªed. Lisboa: Lusociência, 2003. 2700 p.

GID- Gestão integrada da Doença – [. Em linha]. Portugal. [Consulta 9 fev. 2015]. Disponível em: <http://gid.min-saude.pt>

ANEXOS

Anexo 1: Cronograma de Estágio



4º CURSO DO Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

2º ANO 1º SEMESTRE

CRONOGRAMA DOS ESTÁGIOS 2019-2020

Meses		setembro		outubro				novembro				dezembro				janeiro				fevereiro				
Número de semanas		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		15	16	17	18	19	20	21	
Dia da semana		16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	6	13	20	27	3	10	17	
		20	27	4	11	18	25	31	8	15	22	29	6	13	20	4	10	17	24	31	7	14	21	
Nº Mec.	Nome dos Alunos	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		3	3	3	3	3	3	3	
41339	Abel Alves Botelho	Nordial						SMI Bragança						FÉRIAS DE NATAL										
24462	Gil Fernando Costa Alves Angélico	SU Bragança						SU Bragança						SU Vila Real										
22029	Andreia Filipa Fidalgo Fernandes	SU Bragança						SU Bragança						BO Bragança										
11294	Andreia Cristina Pimparel Guerreiro	BO Bragança						SU Bragança						SMI Bragança										
21809	Daniela Filipa Pereira Pires	SMI Bragança						Nordial						SU Vila Real										
13566	Susana Raquel Pinto Garcia	SU Chaves						UAVC Macedo						SMI Bragança										
41350	Diana Raquel Rodrigues Parente	BO Bragança						SU Bragança						BO Penafiel										
41362	Emiliana Rogao Uvaldo	SU Bragança						BO Bragança						SU Chaves										
41507	Eramilde Santos Lima	SU Bragança						SU Bragança						SU Bragança										
41513	Nilton dos Santos Miranda	SU Penafiel						UCIP Penafiel						BO Vila Real										
41347	Lúcia Filomena Macedo Amorim	SMI Bragança						U. Queimados S. João						SMI Bragança										
41337	Francisco José Ferreira Alves	SMI Bragança						Hemodiálise Bragança						SU Bragança										
41336	Vasco Costa Pereira	SU Bragança						SU Bragança						BO Vila Real										
17984	Ricardo Francisco Martins Neves	SU Bragança						BO Bragança						SMI Bragança										
17313	Daniela Rosa da Silva Pires	SMI Bragança						SU Chaves						Nordial										
26790	Tânia Martins Pais	SMI Bragança						UCIP Viseu						UCIP Viseu										
41334	Anabela Martins Ferreira	SU Vila Real						UCIP Viseu						U. Queimados Coimbra										
41391	Teresa Augusta Jaime Meireles	SU Vila Real						UCIP Viseu						Hemodiálise Régua										
43183	João Carlos Bastos Pina	Hospital da Luz - Aveiro BO						Hospital da Luz - Aveiro UCIP						Centro Hospitalar do Baixo Vouga - Aveiro SU										
41344	Nuno Duarte Pinto	Hospital da Luz - Aveiro BO						Hospital da Luz - Aveiro UCIP						Centro Hospitalar do Baixo Vouga - Aveiro SU										
43191	Vitor Hugo Nunes Valente Alves	Hospital da Luz - Aveiro BO						Hospital da Luz - Aveiro UCIP						Centro Hospitalar do Baixo Vouga - Aveiro SU										
	João Lindo Simões	Hospital da Luz - Aveiro BO						Hospital da Luz - Aveiro UCIP						Centro Hospitalar do Baixo Vouga - Aveiro SU										

A Diretora do Curso

A Coordenadora de Departamento

Anexo 2: Declaração de tempo de serviço no SU

 **REPÚBLICA PORTUGUESA**
SAÚDE

 **SNS** SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

 **CHTMAD**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos efeitos que **Francisco Alves Ferreira Alves**, exerce a sua atividade profissional, neste Centro Hospitalar, como Enfermeiro e em regime de Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Tempo Indeterminado (LTFP).

Mais se declara que tem vindo a desempenhar a sua atividade no Serviço de Urgência desde 2011-09-01 até à presente data.

Por ser verdade e me ter sido pedido, passo a presente que assino e autentico com o carimbo em uso nesta Instituição.

CHTMAD em 24 de setembro 2018

A Coordenadora Técnica


Isilda Maio

Serviço de Saúde
de Recursos Humanos
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro E.P.E.
Av. Dr. Tróvão, 5 28

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro E.P.E.
Estrada Nacional 102/103 | 5000-000 Vila Real
TEL. + 351 234 300 000 FAX + 351 234 344 500 EMAIL geral@chtmad.pt www.chtmad.pt

30-09-2018

1/1

CHTMAD-PTZELIB

CHTMAD

ANEXO VIII – Submissão de artigo

The screenshot shows a web browser window with the URL web.esenfc.pt/pa/. The page title is "Ficheiro - Revista Referência". The user is logged in as Francisco José Ferreira Alves, with the date and time 2021-05-03 20:56. The page displays the submission status for an article titled "Dificuldades Percecionadas Pelos Enfermeiros no Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica".

The submission status is shown in a table with the following columns: "Estado atual", "Ficheiro do artigo", "Ficheiro Termo Único", "Checklist geral", "Checklist - Artigo de Investigação", and "Fase de revisão".

Estado atual	Ficheiro do artigo	Ficheiro Termo Único	Checklist geral	Checklist - Artigo de Investigação	Fase de revisão
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Submetido

Below the table, there is a section for "Pagamento" with the text "Submissão de artigo científico Estado: Isento".

The browser's address bar shows the URL <https://web.esenfc.pt/pa/#tab4>.