



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica -Pessoa em situação Crítica

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

PREVENTION OF ADVERSE EVENTS IN THE INTRA-HOSPITAL TRANSPORT OF PERSONS IN CRITICAL SITUATIONS

Por
Mónica Guerreiro

Lisboa, novembro 2023



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica -Pessoa em situação Crítica

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

PREVENTION OF ADVERSE EVENTS IN THE INTRA-HOSPITAL TRANSPORT OF PERSONS IN CRITICAL SITUATIONS

Por
Mónica Guerreiro

Sob a orientação do Professor Doutor Sérgio Deodato

Lisboa, novembro 2023

“Conhecimento sem transformação não é sabedoria”

Paulo Coelho

AGRADECIMENTOS

A realização deste relatório de mestrado contou com importantes apoios e incentivos sem os quais não se teria tornado uma realidade e aos quais estarei eternamente grata.

Ao Professor Doutor Sérgio Deodato, pela sua orientação, total apoio, disponibilidade, pelo saber que me transmitiu, pelas suas opiniões, pelas críticas, total colaboração a solucionar dúvidas e problemas que foram surgindo ao longo da realização deste trabalho e por todas as palavras de incentivo.

À enfermeira Sandra, enfermeira orientadora, muito obrigada pela recetividade e por me acolher neste tempo difícil... obrigada por me pegar o “bichinho” dos Cuidados Intensivos.

Ao enfermeiro Filipe Órfão, pela orientação e paciência em toda a minha aprendizagem profissional, obrigada!

Ao enfermeiro chefe, colegas de equipa e amigos, pelo incentivo que me deram nos momentos de maior cansaço e de desânimo.

Aos colegas do curso, pela partilha, parceria e apoio.

À minha família pelo seu incentivo e apoio nesta demanda e por terem compreendido o tempo que me ocupou. Obrigada por acreditarem em mim, naquilo que faço e por todos os ensinamentos de vida. Por serem um apoio incondicional, incentivo e paciência demonstrada, assim como total ajuda na superação de obstáculos que ao longo da caminhada foram surgindo.

Nesta minha aventura académica, eu e muitos ficamos privados de momentos irrecuperáveis entre NÓS, só posso pedir desculpa e agradecer a paciência, o incentivo, a confiança, a incondicionalidade e amor permanente esperando que outros momentos surjam para desfrutarmos até porque não fazemos nada sozinhos no cumprimento dos desafios da vida, a ti Diogo o meu obrigado especial!

Aos meus amigos, por todo o apoio incondicional e pela reestruturação de aventuras gastronómicas e planos em prol da minha aventura académica.

A todos...

Muito Obrigada!

RESUMO

O presente relatório pretende demonstrar o percurso na aquisição e desenvolvimento de competências clínicas especializadas no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde - Lisboa, da Universidade Católica Portuguesa.

A teorização de enfermagem com recurso à Teoria da Incerteza de Merle Mischel, foi integrada como guia do pensamento em Enfermagem no desenvolvimento do cuidado de excelência.

No decurso do meu percurso clínico, dinamizei os resultados de investigação do cuidado, abordando o fenómeno da melhoria contínua da qualidade e segurança da pessoa em situação crítica durante o transporte intra-hospitalar, identificando fatores que propiciem a ocorrência de eventos adversos, de modo a implementar medidas que antecipem e corrijam estes. Deste modo, foi realizada uma *scoping review*, com o intuito de mapear a literatura, com base no modelo preconizado pelo *Joanna Briggs Institute* para extração de dados.

A segurança é um elemento fundamental para a qualidade dos cuidados e saúde em qualquer parte do mundo e, é considerada uma prioridade. Para garantir a segurança no cuidado é importante implementar intervenções que evitem, previnam e melhorem a ocorrência de eventos adversos que possam prejudicar a saúde da pessoa em diversas dimensões. Estes eventos adversos podem ser irreversíveis, acarretar custos socioeconómicos e aumentar a morbilidade e mortalidade da pessoa. Situações complexas como o transporte de pessoas em situação crítica, há uma tendência, maior, para a ocorrência de eventos adversos que, se devidamente previstos, podem ser evitados e/ou corrigidos. Assim, torna-se crucial a adoção de medidas preventivas e corretivas para garantir a segurança das pessoas submetidas ao transporte e profissionais envolvidos no mesmo.

De modo a integrar o saber teórico no cuidado especializado, encontra-se, no presente relatório, a análise fundamentada e reflexão crítica do processo de aquisição, desenvolvimento e aprofundamento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica e as necessárias à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem desenvolvidas nos dois contextos clínicos: Unidade de Cuidados Intensivos e na área da emergência pré-hospitalar.

Palavras-Chave: Enfermagem, Pessoa em Situação Crítica, Competências, Segurança

ABSTRACT

This report aims to demonstrate the path towards acquiring and developing specialized clinical skills within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the specialization area of Person in Critical Condition, at the Institute of Health Sciences - Lisbon, of the Portuguese Catholic University.

Nursing theorization using Merle Mischel's Uncertainty Theory was integrated as a guide to Nursing thinking in the development of excellent care.

Throughout my clinical journey, I promoted the research results of care, addressing the phenomenon of continuous improvement in the quality and safety of the person in critical condition during intra-hospital transport, identifying factors that contribute to adverse events, in order to implement measures that anticipate and correct them. Thus, a scoping review was conducted to map the literature, based on the model recommended by the Joanna Briggs Institute for data extraction.

Safety is a fundamental element for the quality of care and health anywhere in the world and is considered a priority. To ensure safety in care, it is important to implement interventions that avoid, prevent, and improve the occurrence of adverse events that may harm the person's health in various dimensions. These adverse events can be irreversible, entail socio-economic costs, and increase the morbidity and mortality of the person. In complex situations such as the transport of people in critical condition, there is a greater tendency for adverse events to occur that, if properly anticipated, can be avoided and/or corrected. Thus, the adoption of preventive and corrective measures is crucial to ensure the safety of people undergoing transport and professionals involved in it.

In order to integrate theoretical knowledge into specialized care, this report presents a grounded analysis and critical reflection of the process of acquiring, developing, and deepening common and specific competencies of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing, the Person in Critical Condition, and those necessary for obtaining a Master's degree in Nursing developed in two clinical contexts: Intensive Care Unit and in the pre-hospital emergency area.

Keywords: Nursing, Critically ill; Skills; Safety

ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – *American Psychological Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CODU – Centros de Orientação de Doentes Urgentes

ECMO – *Extra Corporeal Membrane Oxygenation*

IACS – Infecções Associadas Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR - *Identity, Situation, Background, Assesment e Recommendation*

PAI – Pneumonia Associada Intubação

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PIA – Pressão intra-abdominal

PVC – Pressão Venosa Central

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SU – Serviço de Urgência

TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1 REVISÃO DA LITERATURA SOBRE O TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	19
1.1 Enquadramento da temática	20
1.2 Questão de investigação e Critérios de Inclusão	23
1.3 Método	24
1.4 Resultados e Discussão	25
2 ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO	29
2.1 Unidade de Cuidados Intensivos	30
2.2 Serviço de Urgência	47
2.3 Emergência Pré-hospitalar	49
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
4 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
5 APÊNDICES	77
5.1 APÊNDICE I	79
5.2 APÊNDICE II	80
5.3 APÊNDICE III	81
5.4 APÊNDICE IV	82
5.5 APÊNDICE V	83
5.6 APÊNDICE VI	84
5.7 APÊNDICE VII	87
6 ANEXOS	89
6.1 ANEXO I	91
6.2 ANEXO II	92
6.3 ANEXO III	93
6.4 ANEXO IV	94
6.5 ANEXO V	95

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” da 15ª edição do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde – Lisboa, da Universidade Católica Portuguesa.

O enfermeiro aquando da sua prática clínica tem o dever de exercer a sua profissão com os conhecimentos científicos e técnicos apropriados, respeitando a vida, a dignidade humana, a saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem aprimorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

O enfermeiro especialista demonstra um conhecimento aprofundado numa área específica de enfermagem, tendo em atenção as respostas humanas resultantes dos processos de vida e problemas de saúde que, solicitam níveis elevados e distintos de decisão clínica, refletidos num conjunto de competências especializadas inerentes a um determinado campo de atuação (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

É esperado que o enfermeiro especialista mobilize as competências específicas (em tempo útil) à pessoa em situação crítica, sendo referenciada como aquela pessoa cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica “são altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Esta particularidade do cuidado faz com que me desafie diariamente, agindo sob pressão de modo a manter as funções básicas de vida da pessoa, a prevenir complicações e/ou limitar incapacidades, com a finalidade da sua recuperação total, pelo que sinto que o cuidado neste âmbito é uma componente fulcral enquanto enfermeira.

O mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação crítica, surge no meu percurso profissional e académico como uma resposta a essa necessidade de melhorar diariamente os cuidados prestados à pessoa em situação crítica bem como a sua família.

Centrado numa metodologia descritiva, crítica e reflexiva, tendo em atenção a capacidade de síntese, o presente trabalho tem como objetivo espelhar o percurso formativo da aquisição

e desenvolvimento de competências provenientes da intervenção especializada à pessoa e família/pessoas significativas a vivenciar processos complexos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica, através do relato crítico-reflexivo das atividades desenvolvidas em cada contexto formativo, de modo a obter reconhecimento científico e acadêmico do saber especializado em enfermagem médico-cirúrgica e que me habilite para a defesa pública do grau de mestre na mesma área.

Deste modo, no seguimento da unidade curricular: relatório final e estágio, a componente relativa ao estágio final, perfazendo um total de 30ECTS, correspondendo a um total de 360 horas de contacto direto, como previstas no plano de estudos do curso, foi dividido por dois módulos, correspondendo a cada 180 horas a cada um. Tracei um percurso que englobou um conjunto de competências desenvolvidas e resultados de aprendizagem alcançados em cada estágio, decorrentes da assistência de enfermagem à pessoa e família em situação crítica. Neste sentido, o primeiro estágio decorreu num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de uma unidade local, no período de 5 de setembro a 26 de outubro de 2022. O segundo estágio decorreu numa delegação do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) no período compreendido entre 27 de outubro a 29 de dezembro de 2022, com a distribuição ponderada das horas de atividade nos meios e serviços, de acordo com o seu Guia orientador de estágios de enfermagem, da seguinte forma: 2 turnos de 4 horas no Centro de Coordenação de Doentes Urgentes (CODU) (atendimento/acompanhamento/regulação); entre 60-70% da carga horária no meio Suporte Imediato de Vida (SIV); entre 30-40% da carga horária na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

Os estágios clínicos são oportunidades únicas e privilegiadas de aprendizagem através do contato com novas realidades de intervenção, permitindo desenvolver, mobilizar e integrar o conhecimento por meio da reflexão sobre a ação, baseada em evidências científicas e resultante das atividades realizadas na conceção de cuidados em diferentes áreas de atuação. Possibilita assim, melhorar o cuidado especializado na enfermagem médico-cirúrgica, visando a aquisição de competências de especialista.

A seleção dos locais para a realização de cada estágio, foi considerada consoante os objetivos individuais de aprendizagem, para o desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais como enfermeira especialista na área de enfermagem médico-cirúrgica, bem como a facilidade de acessibilidade e proximidade com a instituição onde exerço a minha atividade profissional.

A escolha do SMI surgiu, por esta ser uma unidade de referência no cuidar da pessoa em contexto de cuidados intensivos. A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em

ambiente de cuidados intensivos, constitui um enorme desafio a cada minuto, alicerçado na perspicácia e conhecimento contínuo, inerente a este contexto especial de cuidados, de forma a garantir a excelência dos cuidados prestados pelo enfermeiro (Silva & Lage, 2010).

No que diz respeito à opção de estágio na emergência pré-hospitalar, no INEM, esta teve por base o desenvolvimento de saberes e conhecimentos teórico-práticos nesta área e aquisição de competências específicas. Neste sentido, propus-me a vivenciar a experiência de prestar cuidados à pessoa em situação de doença súbita e/ou acidental e família em meio pré-hospitalar, de modo a complementar o meu percurso de formação académica, profissional e pessoal. Assim, a aprendizagem experiencial e o conhecimento obtido neste contexto, permitiu-me abranger a totalidade de cuidados prestados pelo enfermeiro à pessoa em situação crítica e família, desde o seu socorro em ambiente pré-hospitalar até à admissão no meio intra-hospitalar, mais especificamente, no Serviço de Urgência (SU), bem como, acompanhar a continuidade desses mesmos cuidados pelo seu, subsequente, internamento na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Em cada contexto clínico, os estágios decorreram sob tutoria de um enfermeiro especialista enfermagem médico-cirúrgica e perito na área, escolhido pelos enfermeiros chefes de cada campo de estágio, e a orientação de um professor designado pela escola.

Para fundamentação de todo o trabalho desenvolvido, de modo a nortear a prática clínica de forma clara, objetiva e concreta em situações agudas, foi utilizado como referencial teórico a Teoria de médio alcance de Merle Mishel, a Teoria da Incerteza na Doença. Considerando ser esta a que melhor se adapta à pessoa em situação crítica, alvo dos cuidados prestados, uma vez que esta vive o fenómeno da incerteza devido à incapacidade em atribuir significado ao evento de doença. O conhecimento da incerteza, permitirá ao enfermeiro compreender e analisar os dados para poder tomar decisões sobre as intervenções a realizar. Este tem a capacidade de intervir no processo, ajudando a pessoa a determinar o significado dos acontecimentos relacionados com a doença, atribuindo valor e prevendo os resultados (Mishel, 2014).

De forma a sistematizar e organizar a estrutura do presente relatório, este foi dividido em 3 capítulos: o primeiro e presente capítulo é referente à introdução; o segundo capítulo diz respeito às competências de investigação, onde é realizada uma contextualização do tema bem como a estratégia de pesquisa realizada; No terceiro capítulo contempla o processo de desenvolvimento de competências desenvolvidas em estágio, sendo subdividido nos campos de estagio realizados; em último e quarto capítulo dou lugar às considerações finais, salientando os principais desafios e o impacto que este percurso representa na concretização

da minha prática diária. Em apêndice apresento a documentação referente às atividades realizadas, que considero pertinente para o leitor complementar a leitura do meu relatório; anexando informação adicional que complementa os dados apresentados no corpo do trabalho.

As citações e referências bibliográficas utilizadas ao longo deste relatório foram realizadas de acordo com a norma da *American Psychological Association* (APA)- 7ª edição, operacionalizada pelo programa informático “*Mendley*”. Será realizada a omissão de algumas fontes bibliográficas, nomeadamente na caracterização de cada estágio, de forma a salvaguardar o anonimato das instituições envolvidas no meu processo de aprendizagem.

Faço ainda referência que ao longo do relatório aquando da descrição das situações vividas apenas se descreve o indispensável para a devida situação problema identificada, de modo a ter em conta a proteção de dados pessoais.

1 REVISÃO DA LITERATURA SOBRE O TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Neste capítulo será apresentada a *scoping review* que realizei de forma a mapear e avaliar a extensão da literatura sobre a temática proposta.

A prática baseada em evidência é essencial para aprimorar a qualidade da prática em enfermagem, sendo a implementação dos resultados de pesquisas na prática um dos seus principais pilares (Torres, 2019).

O enfermeiro, pela excelência do exercício deve “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

O domínio da investigação encontra-se diretamente relacionado com outras áreas de atuação da enfermagem. É fundamental na prestação de cuidados, permitindo a sua adequação, quer em áreas gerais ou especializadas. Além disso, na área da gestão, facilita a adoção de estratégias inovadoras de gestão e de liderança, e na formação e educação, proporciona treino e desenvolvimento de competências (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2019). O enfermeiro especialista deve ser um agente ativo na pesquisa, baseando sempre a sua prática clínica na evidência científica mais recente (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No sentido do desenvolvimento e aquisição da competência de investigação, procurei fortalecer as implicações da investigação na prática baseada na evidência. O processo de tomar uma decisão fundamentada, não se limita a utilizar informações referenciadas, é fundamental integrar a melhor pesquisa e evidência científica disponível, considerando os recursos disponíveis, a experiência clínica do enfermeiro, bem como a cultura e necessidades da população-alvo (Maughan & Yonkaitis, 2017). Sendo que o enfermeiro especialista deve demonstrar habilidades na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes, com objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados, otimizar os resultados obtidos em saúde, procurei direcionar a minha prática em conhecimentos sólidos e atualizados (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Nesse sentido, ao longo do meu percurso no curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização: pessoa em situação crítica, de modo a fundamentar a minha atuação nos vários contextos, utilizando plataformas e bases de dados, realizei pesquisa bibliográficas. A pesquisa de informação atualizada sobre uma temática específica, utilizando tecnologia de informação e métodos de pesquisa adequados, exige a consulta de várias fontes, resultando em melhores resultados (Rodrigues & Blattmann, 2014).

De acordo com o regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, ao enfermeiro especialista compete um papel ativo perante a investigação, com a responsabilidade de promover, descodificar, disseminar e implementar trabalhos de investigação relevantes e pertinentes para a prática (Ordem dos Enfermeiros, 2019). O desenvolvimento desta competência revelou-se uma prioridade no meu processo de aprendizagem, sendo que durante a realização dos estágios, empenhei-me na aplicação dos conhecimentos obtidos com base em evidência científica, na prática clínica e, com o objetivo de promover uma cultura de pesquisa, compartilhá-los, nomeadamente com a equipa do serviço onde é a minha prática diária.

1.1 Enquadramento da temática

O Conselho Europeu define o transporte urgente como toda a deslocação da pessoa, ferida ou parturiente, num veículo adaptado e tripulado por pessoal especializado (Vasconcelos et al., 2019).

A pessoa em situação crítica é definida como aquela que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Esta não se encontra apenas em UCI ou salas de emergência dos SU, poderá estar em qualquer sítio: uma pessoa que descompensa num serviço de internamento, num centro de saúde ou numa clínica de diálise (Vasconcelos et al., 2019). Pode ainda encontrar-se no seu domicílio ou na via pública, como consequência de trauma, doença súbita ou agudização da doença crónica. Por este motivo, o transporte da pessoa em situação crítica é uma realidade diária não apenas para quem presta cuidados na área da emergência ou dos cuidados intensivos, mas também para os operacionais da rede de emergência pré-hospitalar e para os médicos e enfermeiros que desenvolvem a sua atividade em qualquer serviço hospitalar (Melo et al., 2020).

O transporte da pessoa em situação crítica pode ser definido como primário (correspondendo este ao transporte da pessoa do local da ocorrência de doença súbita ou acidente - sendo o mesmo, em Portugal Continental, da responsabilidade do INEM enquadrado nas responsabilidades do Sistema de Integração de Emergência Médica-SIEM) ou secundário (sendo este da responsabilidade da instituição de saúde onde se encontra a pessoa, ficando a cargo da mesma o pedido de vaga na unidade recetora, requerimento do meio de transporte, dos equipamentos e da equipa médica que acompanhará a pessoa) (Vasconcelos et al., 2019). O terciário é focado no transporte dentro da mesma unidade hospitalar tendo como principais indicações a transferência temporária ou definitiva (Pimenta,2020).

O transporte da pessoa em situação crítica pode ainda ser definido de acordo com as seguintes três circunstâncias, nomeadamente: pré-hospitalar, intra-hospitalar e inter-hospitalar (Australian and New Zealand College of Anaesthetists, 2015).

Dentro das unidades de saúde, o transporte da pessoa em situação crítica, quer dizer-se, o transporte intra-hospitalar, muitas vezes é necessário e até mesmo imprescindível, seja para transferência para a realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica considerados essenciais para o tratamento da pessoa, seja para transferência para unidades/serviços especializados do mesmo hospital, de modo a conceder um nível assistencial de cuidados mais elevado (Veiga et al., 2019).

Tendo em conta a promoção de um transporte seguro, o transporte da pessoa em situação crítica pode ser dividido em três fases distintas: Decisão – ato médico, que responsabiliza o médico assistente e médico chefe de equipa/diretor de serviço. Devem ser equacionados os riscos inerentes à pessoa e respetivo processo de transporte para benefício do primeiro; Planeamento – em simbiose entre equipa médica e de enfermagem, devendo ser considerados a coordenação, comunicação, estabilização, equipa de transporte, equipamento, transporte e documentação. Deverão ser equacionados a escolha e o contacto com o serviço de destino pela avaliação do percurso, distância e tempo de transporte. A equipa de transporte deverá ter conhecimento das necessidades da pessoa, assim como o equipamento e o meio de transporte. Deverão ser delineados os objetivos fisiológicos durante o transporte, assim como a previsão de potenciais complicações/eventos adversos; Efetivação – a cargo da equipa de transporte, cuja responsabilidade técnica e legal só cessam no momento da entrega da pessoa em situação crítica no serviço destinatário ou no regresso ao serviço de origem (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008; Ordem dos Enfermeiros, 2020)

Durante o transporte o nível de cuidados nunca deverá ser inferior ao serviço de origem e, deverá até ser equacionada a necessidade de ser escalada (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008; Ordem dos Enfermeiros, 2020).

A fase de Efetivação subdivide-se em três fases: Pré-transporte – fase de preparação de toda a logística envolvida no transporte da pessoa, incluindo a transferência da mesma para a maca e equipamento de transporte, bem como a transferência de responsabilidades para a equipa responsável na execução do transporte; Transporte – corresponde à efetivação do mesmo, ou seja, quando é iniciada a marcha e ocorre a evacuação do serviço/instituição por maca/ambulância; Pós-transporte – corresponde à chegada à unidade hospitalar ou serviço de destino, incluindo a entrega da pessoa e toda a documentação relevante. Esta etapa apenas

é concluída definitivamente após o retorno seguro da equipa de transporte e/ou pessoa ao serviço/hospital de origem, tal como a correta reposição de todo o equipamento e realização de registos apropriados (Netto et al., 2015).

A decisão do transporte deverá ter por base a díade risco-benefício no transporte da pessoa em situação crítica, uma vez que esta é suscetível a grandes instabilidades, à mínima ocorrência, pois têm uma capacidade de adaptação e reservas fisiológicas para alterações súbitas praticamente nulas, resultando na deterioração clínica ou morte (Pimenta, 2020; Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008; Ordem dos Enfermeiros, 2020).

O transporte intra-hospitalar é uma extensão de cuidados prestados, mas que apresenta riscos à pessoa no que se refere à ocorrência de eventos adversos (Nespereira García et al., 2020; Veiga, Postalli, Alvarisa, Travassos, Vale, et al., 2019). Eventos adversos é definido como sendo todo e qualquer evento, previsível ou não, que pode influenciar a estabilidade da pessoa (Gimenez et al., 2017). Cerca de 20% e os 79,8% de transportes intra-hospitalares em que ocorreram eventos adversos, 4,2% e 8,9% foram eventos adversos graves com necessidade de intervenção terapêutica (Kwack et al., 2018b). Eventos adversos clínicos, hemodinâmicos e respiratórios são os mais frequentes (Nespereira García et al., 2020), seguindo-se os eventos adversos relacionados com as falhas de comunicação e ou conflitos entre a equipa (Bergman et al., 2020).

Para a realização do transporte da pessoa em situação crítica é necessário além da conscientização da equipa, pré-requisitos organizacionais, tais como: coordenação do processo de transporte, disponibilidade de recursos, ambiente e equipamentos adequados para o transporte (Bergman et al., 2020). É necessária uma abordagem multifacetada para realizar o transporte em segurança (Bergman et al., 2020), bem como a elaboração e cumprimento de planos e diretrizes para a promoção da segurança da pessoa durante o transporte intra-hospitalar, precisam ser elaboradas e seguidas (Alizadeh Sharafi et al., 2021; Parveez et al., 2020).

O papel do enfermeiro durante todo este processo, da melhoria da qualidade do cuidado, é vital. Após a tomada de decisão, o planeamento e efetivação do transporte são peças vitais às quais este representa parte (Pimenta, 2020). Durante estas fases o enfermeiro, antes de iniciar o transporte deve providenciar todo o equipamento necessário para o mesmo, assim como verificar a sua operacionalidade (Melo et al., 2020). O hospital deverá promover a existência de equipamentos prontos a serem usados no transporte, garantido o nível de monitorização e assistência em uso no serviço, por forma a que a continuidade e qualidade de cuidados não seja comprometida (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Corroborando Alizadeh et al. (2021) “juntamente com a aquisição e desenvolvimento de competências técnicas e táticas, recursos humanos adequados e equipamentos adequados, podem melhorar a qualidade do transporte intra-hospitalar. Os enfermeiros são membros-chave da equipa de transporte e lideram-na. São responsáveis por manter os pacientes seguros durante o transporte. Ao identificar eventos adversos e tentar modificar os fatores de risco, os enfermeiros podem melhorar a segurança dos pacientes” (Alizadeh Sharafi et al., 2021)

Como primeiro dever dos enfermeiros é apontado “o exercício da profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visam melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Sendo a segurança a chave essencial à qualidade dos cuidados, é essencial que o transporte seja realizado com o menor risco possível e com a maior segurança que se possa oferecer. O enfermeiro, durante o processo de decisão, deve avaliar todos os fatores envolvidos e, caso necessário, recusar o acompanhamento da pessoa até as condições mínimas e desejáveis para um transporte seguro, tanto para a pessoa quanto para os profissionais envolvidos no processo (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Neste sentido, foi elaborada uma *scoping review*, em conjunto com uma colega do curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização: pessoa em situação crítica, do Instituto de Ciências da Saúde - Lisboa, da Universidade Católica Portuguesa. O objetivo desta é mapear o conhecimento atual sobre os fatores que predispõem a ocorrência de eventos adversos no transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica.

1.2 Questão de investigação e Critérios de Inclusão

A questão formulada para a realização desta revisão foi: “Qual o conhecimento sobre os fatores que predispõem para a ocorrência de eventos adversos no transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica?”

Para nortear a pergunta da revisão e a colheita de dados, a estratégia de pesquisa orientou-se pela mnemónica PCC, em que “P” é a população, que neste caso é população adulta e idosa em situação crítica. Em Portugal adulto toda a pessoa idade igual ou superior a 18 anos e idoso toda a pessoa com idade igual ou superior 65 anos; “C” é o “conceito”, neste caso

“fenómeno de interesse”, são os fatores que predisõem “eventos adversos”; o “C” de “contexto”, corresponde ao transporte intra-hospitalar.

Esta *scoping review* considera estudos primários (investigações originais) e secundários (revisões sistemáticas da literatura e revisões narrativas), estudos quantitativo, qualitativo e com métodos mistos, bem como estudos observacionais (com desenhos descritivos, exploratórios e analíticos) e experimentais (incluindo estudos clínicos controlados randomizados, estudos clínicos não randomizados ou outros estudos quase-experimentais) que respondem à questão de investigação formulada.

1.3 Método

Trata-se de um estudo de *scoping review*, conforme as recomendações metodológicas de revisão propostas pelo *Joanna Briggs Institute*, 2020 (Peters et al., 2020). Esta modalidade objetiva mapear os principais conceitos que apoiam determinada área de conhecimento sobre as práticas de cuidados de saúde, políticas e investigação e, identificar as lacunas de conhecimento existentes, como também fornece uma visão geral da evidência existente (Peters et al., 2020). A revisão foi realizada em cinco etapas: identificação da questão de pesquisa, investigação de estudos relevantes, seleção de estudos, extração de dados e apresentação e discussão dos resultados (Peters et al., 2020). Esta revisão foi conduzida por um protocolo previamente elaborado de acordo com a metodologia preconizada pelo The Joanna Briggs Institute (JBI) para análises de *scoping*.

A estratégia de pesquisa realizada tem como objetivo mapear estudos publicados. Foi realizada uma pesquisa inicial limitada às bases de dados: CINAHL complete, MEDLINE complete, Nursing&allied health collection comprehensive, MedicLatina e Cochrane central register of controlled trials através da EBSCO, via Ordem dos Enfermeiros, para identificar artigos relacionados com o tema. As palavras do texto contidas nos títulos e resumos dos artigos relevantes e os termos de indexação usados para descrever os artigos foram utilizados para desenvolver uma estratégia de pesquisa completa.

Foi realizada a limitação ao período temporal compreendida entre 2017 e 2022, de forma a mapear a evidência mais recente sobre o tema, nos idiomas em inglês, português e espanhol, recorrendo às seguintes plataformas de base de dados eletrónicas: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE®) via PubMed; Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL®) via EBSCO e Scopus Content Selection and Advisory Board (CSAB), via website UCP. Optou-se ainda por utilizar esta última, por

esta ser uma ferramenta indispensável para a realização de uma revisão bibliográfica num determinado tema, devido à sua abrangência internacional e ao controlo de qualidade dos conteúdos incluídos. Para a revisão da literatura, partiu-se das palavras-chave: Pessoa em situação crítica; Eventos adversos; Segurança; Transporte intra-hospitalar. Após definição destes definimos os termos MeSH e CINHALL para a realização da nossa pesquisa, sendo que as estratégias completas de pesquisa são fornecidas no Apêndice I, II, III e IV. A pesquisa bibliográfica foi realizada em novembro de 2022.

Após a pesquisa, todos os artigos identificados foram reunidos e carregados para o software informático *rayyan* com a remoção de artigos duplicados. Desta pesquisa, foram identificados 498 artigos, sendo destes 17 duplicados. Após este processo foi realizada a leitura dos seus títulos e resumos e a eliminação daqueles que cumpriam os critérios de inclusão, definidos e acima mencionados, obtendo um total de 10 artigos, sendo destes eliminados 3 artigos após a leitura integral dos artigos selecionados (Apêndice V). As discordâncias que existiram, foram resolvidas por consenso. A seleção dos artigos relevantes foi baseada principalmente na questão de investigação, e não num processo de avaliação da sua qualidade metodológica, pois uma *scoping review*, procura abranger toda a literatura disponível (Arksey & O'Malley, 2005; Peters et al., 2020). Da análise do texto integral, extraímos os dados para uma tabela para melhor clarificar os resultados encontrados (Apêndice VI).

1.4 Resultados e Discussão

Da revisão dos artigos selecionados constatamos que o transporte intra-hospitalar é justificado quando o nível de cuidados prestados à pessoa em situação crítica necessita de otimização dos cuidados e vigilância ou existe défice de recursos no local onde se encontra (Carneiro et al., 2017; Kwack et al., 2018). Kwack (2018), evidência que a realização de exames complementares de diagnóstico ou procedimentos terapêuticos deve ser ponderada e adequada, visando o risco de ocorrência de eventos adversos durante o transporte (Kwack et al., 2018). Estudos selecionados concluem que é necessário um planeamento efetivo, com a garantia de número suficiente de profissionais e recursos materiais que consigam garantir o mesmo ou um nível superior de cuidados (Carneiro et al., 2017; Song et al., 2022).

Associado ao transporte e conseqüentemente ao seu planeamento, a condição clínica pré-transporte da pessoa em situação crítica é um dos fatores de risco na ocorrência de complicações (Veiga et al., 2019). Neste mesmo estudo, Veiga (2019) refere que a decisão de transportar a pessoa deve ser baseada na avaliação clínica da pessoa, na capacitação da

equipa de transporte e na existência de recursos tecnológicos de forma a garantir uma monitorização contínua e condições de segurança (Veiga et al., 2019).

Como se conclui no estudo de Zhang (2022), a preparação do transporte intra-hospitalar, através do uso de *checklists*, está descrito como um fator associado à redução dos riscos durante o transporte, resultando numa melhoria da segurança dos cuidados (Zhang et al., 2022). Através da análise do estudo de Song (2022), a avaliação do risco e a aplicação das *checklists* simples e de fácil uso, estão associadas a uma identificação de fatores de risco modificáveis antes do transporte e na implementação de medidas preventivas, bem como na melhoria da comunicação entre equipas (Song et al., 2022).

Veiga (2019) conclui que tempos de transporte superiores ao planeado foram identificados como fator de risco, sendo que transportes superiores a 36,5 minutos estando relacionados com uma maior incidência de complicações (Veiga et al., 2019).

Dos estudos selecionados compreendeu-se que a equipa que acompanha a pessoa durante o transporte é a base de decisão para a antecipação e/ou resolução de intercorrências, contribuindo para um transporte bem sucedido (Carneiro et al., 2017; Veiga et al., 2019). No estudo de Melo (2020), é recomendada uma equipa com qualificação técnica, formação e experiência clínica (Melo et al., 2020). A atuação em equipa, é descrita como essencial para que o cuidado seja prestado com qualidade, diminuído a probabilidade de ocorrência de eventos adversos (Melo et al., 2020).

Kwack (2018) e Zhang (2022) corroboram, concluindo que o Enfermeiro deverá ter experiência na abordagem à pessoa em situação crítica, com enfoque na formação diferenciada e especialidade nessa área (Kwack et al., 2018; Zhang et al., 2022). Carneiro (2017) adiciona que durante o transporte intra-hospitalar, nomeadamente na realização de exames o isolamento físico entre a pessoa e a equipa é limitativo na prestação de cuidados. Neste contexto, a equipa, particularmente o Enfermeiro, está dependente dos monitores e alarmes e da sua sensibilidade para detetar alterações que possam ocorrer (Carneiro et al., 2017). Deve assegurar durante todo o processo a prevenção de eventos adversos através da avaliação criteriosa dos riscos e das complicações, e ser detentor de conhecimento necessário para implementação de intervenções (Melo et al., 2020). A avaliação da pessoa antes, durante e após o transporte devem ser uma constante (Silva et al., 2017). Nessa mesma linha de pensamento, Silva (2017) refere que a equipa responsável pelo transporte deverá ter formação específica, nomeadamente nas intervenções de suporte avançado de vida,

transporte da pessoa e manuseamento do material em uso, não devendo sofrer alterações na sua constituição (Silva et al., 2017).

Carneiro (2017) termina, mencionando que o acompanhamento diferenciado aliado a uma comunicação entre e dentro das equipas é dos fatores mais decisivos durante o transporte, sendo referenciado em vários estudos. A comunicação inadequada tem uma relação direta entre a ocorrência de fatores que predisõem a ocorrência de eventos adversos e a segurança da pessoa (Carneiro et al., 2017). Os estudos de Silva (2017) e Song (2022) referem que as falhas de comunicação estão relacionadas com a perda de materiais e com o planeamento insuficiente, ineficaz ou inexistente antes e durante o transporte intra-hospitalar. Este último ponto tem especial importância, uma vez que, ao transportar a pessoa em situação crítica para o serviço de destino, se este não estiver devidamente preparado, resultará num processo mais longo e, conseqüentemente, com maior risco de complicações (Silva et al., 2017; Song et al., 2022).

Através da análise dos estudos selecionados percebe-se também que apesar dos avanços tecnológicos em cuidados de saúde, fatores relacionados com as infraestruturas inadequadas, impõem limitações à segurança do transporte (Melo et al., 2020; Silva et al., 2017). A presença de salas de reduzida dimensão e portas estreitas entre serviços aliadas ao tamanho das camas incompatíveis com o tamanho da porta no destino final são uma das dificuldades mais frequentemente encontradas (Carneiro et al., 2017). A estrutura física hospitalar nomeadamente a longa distância entre serviços, a avaria dos elevadores bem como a sua dimensão inadequada para o transporte das macas/camas e o piso irregular estão também descritos como fatores de riscos acrescidos durante o transporte que afetam a segurança da pessoa em situação crítica (Silva et al., 2017).

2 ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO

O enfermeiro especialista, segundo a ordem dos enfermeiros, é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade de enfermagem (...) que partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados (...) que envolvam as dimensões de educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Num campo de atuação bem definido por cada especialidade, surgem as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas, sendo estas as competências específicas do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2018):

É esperado que o enfermeiro especialista mobilize as competências específicas (em tempo útil) à pessoa em situação crítica, alvo dos seus cuidados, sendo esta definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são altamente qualificados, assumindo uma importância vital para a sobrevivência, com o objetivo de assegurar a preservação de uma ou mais funções vitais e detetar eventuais complicações (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Assim, a aquisição de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, e são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, encontrando-se expressas através da capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, fornecendo uma base ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O processo de desenvolvimento de competências ocorre gradualmente e envolve vários aspetos pessoais, além do percurso de aprendizagem e aquisição de conhecimentos e competências (Sousa Guedes et al., 2019).

Os percursos de estágio em diferentes contextos clínicos na área de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, visaram, a aquisição e

desenvolvimento de competências com base nos diferentes domínios de atuação, conforme previstos no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Ministério da Saúde, 1996). Deste modo, no presente capítulo encontra-se descrito o percurso de o desenvolvimento e aquisição de competências, durante o percurso formativo do curso de mestrado, nos diferentes estágios.

2.1 Unidade de Cuidados Intensivos

O SMI é considerado uma unidade polivalente, articulando-se com vários serviços do hospital (urgência, medicina e cirurgia), sendo as patologias mais frequentes do foro médico, cirúrgico e traumatológico. Dotada de uma equipa médica e enfermagem e, classificada de nível III, de acordo com a Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, esta designação é atribuída quando constituída por equipas funcionalmente dedicadas, assistência médica qualificada por intensivista, e em presença física 24 horas, com meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários para o cuidado à pessoa em ambiente intensivo e em situação crítica (Paiva et al., 2017).

Este serviço tem a gestão e coordenação global do programa de *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO) do centro hospitalar a que pertence e mantém programas de atividade de referência como o programa de reanimação cardiopulmonar extracorporeal, bem como a responsabilidade no âmbito do programa de expansão da capacidade nacional de doação.

Relativamente ao espaço físico, o SMI é uma unidade aberta, em formato U, composta por 11 unidades de internamento nas quais não existe nenhuma divisória entre as camas, permitindo assim o contacto visual permanente com as pessoas, conferindo maior monitorização e vigilância clínica. O *open space* permite aos enfermeiros manter uma vigilância de todas as pessoas internadas, conferindo menor privacidade, maior perceção de ruído e maior probabilidade de infeção cruzada (Silveira, 2021).

É um serviço multidisciplinar e multiprofissional, composto por 40 enfermeiros distribuídos por seis equipas, em horário rotativo. Para além da equipa de enfermagem, fazem parte da equipa multidisciplinar os assistentes operacionais, médicos e administrativos. Existem ainda dois fisioterapeutas e uma dietista que colaboram em permanência com UCI.

A sobrecarga de trabalho está diretamente relacionada com a qualidade e segurança do cuidado uma vez que é necessário despender parte do tempo no manuseamento da tecnologia diferenciada existente (Macedo et al., 2019) por exemplo, na hemodiafiltração veno-venosa contínua e na técnica ECMO.

A dotação adequada de enfermeiros e o seu nível de qualificação e competência são aspetos cruciais para alcançar a segurança e qualidade do cuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2014). Segundo a ordem dos enfermeiros o rácio adequado enfermeiro/pessoa numa UCI polivalente nível III é de 1:1 (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

No SMI, no início de cada turno, o enfermeiro responsável pelo mesmo, realiza o planeamento da distribuição de trabalho entre os enfermeiros com base no número de pessoas internadas na unidade, estabelecendo um rácio máximo de 1 enfermeiro para cada 2 pessoas. É ainda este o elemento de referência, no que concerne à gestão, requisições do serviço e na liderança de decisões ao longo do turno. Devido à complexidade da pessoa internada em contexto de UCI e as intervenções a esta prestadas, ao final de 24 horas, é realizado o preenchimento da escala *Therapeutic Intervention Scoring System* ou *TISS-28*. A aplicação desta escala permite categorizar a gravidade da pessoa, calculando as intervenções terapêuticas relacionadas com procedimentos médicos e de enfermagem aplicados a cada pessoa internada (Galbiatti et al., 2006). Tive a oportunidade de realizar o seu preenchimento, em parceria com a enfermeira orientadora, o que me possibilitou perceber que a mesma permite a gestão de recursos necessários para a prática de enfermagem, contudo, percebi também que, atividades como suporte à família não estão contempladas nesta escala (Gonçalves & Padilha, 2007).

Através de uma pesquisa autónoma, e como oportunidade de melhoria para o serviço evidenciei que foi desenvolvida a escala *Nursing Activities Score – NAS*, e poderá servir de complemento à escala anteriormente mencionada, uma vez que esta complementa intervenções de enfermagem como procedimentos de higiene, monitorização e avaliação de sinais vitais, posicionamento e mobilizações bem como atividades de gestão e de cuidado à família (Miranda et al., 2003).

Este estágio para além de me permitir aprofundar e desenvolver os conhecimentos obtidos ao longo do curso de mestrado, percurso pessoal e profissional, proporcionou-me oportunidades de desenvolvimento da prática clínica, numa perspetiva académica e profissional avançadas, direcionada por objetivos de aprendizagem baseados em competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica e objetivos pessoais específicos, discutidos com o professor e a enfermeira orientada.

Para este estágio, como objetivo geral defini: desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados enquanto

enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na prestação de cuidados à pessoa e família em situação crítica. Como objetivos específicos defini:

- Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais à pessoa em situação crítica e sua família, em contexto de cuidados intensivos, submetida a suporte ventilatório;
- Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas à pessoa em situação crítica submetido a Transporte intra-hospitalar e inter-hospitalar.

O início deste percurso foi marcado por um período de conhecimento e integração ao serviço. Adquiri conhecimento de todo o material existente na unidade bem como onde se armazenava, disposição dos carros de reanimação e material que o continha, o que facilitou a minha intervenção de forma atempada em situações em que era necessário a sua utilização. Compreendi as suas dinâmicas, rotinas, tipologia, protocolos e normas existentes no serviço, que viria a aplicar na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Protocolos como a aspiração de secreções em sistema aberto/fechado, administração de medicação/solução intravenosa, monitorização do potássio sérico, monitorização da glicémia e insulino-terapia, administração de nutrição entérica, cateterização de veia central, cateterismo vesical, drenagem torácica, prevenção da transmissão da infeção cruzada da colonização/infeção por *Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus* (MRSA). Este período de adaptação e de integração ao serviço foi de extrema importância, proporcionando-me o acolhimento por parte da equipa de enfermagem, o conhecimento de normas e protocolos do serviço permitiram-me uma maior autonomia nas intervenções a realizar de modo a gerir o tempo e os cuidados prestados à pessoa, promovendo a melhoria contínua da qualidade de cuidados e gestão de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O internamento em UCI é um acontecimento inesperado na vida de qualquer pessoa. Este ambiente de prestação de cuidados pode desencadear uma resposta de stress, não só na pessoa em situação crítica como na sua família/cuidador (Urden et al., 2009). Não obstante, este internamento pode desencadear ansiedade e medo, associados ao manifesto medo da morte (Anjos Araújo et al., 2018).

Tal foi percecionado por Merle Mishel que desenvolveu a sua Teoria da Incerteza na Doença. Para esta a incerteza, é entendida como a incapacidade demonstrada pela pessoa em determinar o significado dos factos, das pistas e dos eventos relacionados com a doença, bem como a incapacidade de avaliar ou prever os resultados decorrentes da nova condição de saúde, em consequência da falta de informação ou de conhecimento (Mishel, 2014). Para

a compreensão do fenómeno à luz desta teoria há que atender ao que precede e caracteriza a incerteza, ao processo da sua avaliação e às estratégias utilizadas para lidar com a mesma (Mishel, 2014). A pessoa aprecia a incerteza como oportunidade ou como ameaça e, na fase final, a pessoa utiliza estratégias de *coping*, isto é, estratégias para “gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico” (Ordem dos Enfermeiros, 2011), visando a sua adaptação (Miller, 2015).

Durante a realização deste estágio pude participar na admissão de uma pessoa em contexto de UCI. Preparei a unidade para a receber, verificando todo o material de ventilação, certificando-me da sua operacionalidade, material de monitorização invasiva bem como material necessário à administração de terapêutica. Existe evidência de que a experiência de internamento numa UCI, devido às suas características e rotinas, compromete o conforto da pessoa consciente devido à exposição do seu corpo, sentindo-se invadida na sua intimidade (Pupulim & Sawada, 2005). Portanto, a perda de privacidade é uma condição de *stress* e sofrimento durante o internamento numa UCI (Gomes, 2020).

A preservação da privacidade é um direito da pessoa e um compromisso ético do profissional, que confere dignidade à pessoa internada numa UCI (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Mishel (1984) conseguiu definir quatro classes de eventos que predizem alterações no nível de incerteza, nomeadamente: o desconforto, a incapacidade e os sintomas relacionados com a doença; a gestão de tratamentos e dos seus efeitos secundários; os ambientes tecnológicos relacionados com os cuidados de saúde; a avaliação acerca do futuro e da autonomia (Mishel, 1984).

À chegada da pessoa à unidade de internamento, desde logo promovi um ambiente acolhedor, baseado na relação de ajuda e nos princípios éticos, segundo o código deontológico inerente à profissão de Enfermagem, respeitando sempre a sua dignidade, vontade, valores, crenças, cultura, religião e protegendo a sua intimidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Observei que, para além da UCI ser *open space*, era um local onde geralmente a pessoa estava despida e protegida apenas com um lençol, devido à necessidade de cuidados em situações de emergência. O respeito pela privacidade, intimidade e dignidade da pessoa foram valorizados, pois tive o cuidado de colocar biombos entre as unidades antes de qualquer intervenção que compromettesse a privacidade da pessoa, como nos cuidados de higiene no leito e, aquando a sua abordagem, tentei expor apenas a região necessária à realização de procedimentos/técnicas. Através desta experiência demonstrei que a minha capacidade de decisão foi orientada segundo os princípios, valores e normas deontológicas,

e garanti práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, nomeadamente fomentei o respeito pelo direito da pessoa à privacidade, alcançando o cuidado humanizado (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O internamento da pessoa deve ser visto pelo enfermeiro como um processo personalizado, visando a promoção da adaptação da pessoa ao ambiente hospitalar bem como da sua família/cuidador, dado que o mesmo implica uma transição, ou seja, uma passagem de estado de condição para outro, que acarreta mudanças no ciclo familiar, alterações de papéis e implica adaptação (Meleis et al., 2000). O resultado da transição é influenciado, de forma positiva ou negativa, pelo significado que cada pessoa atribui ao evento, pelo seu contexto sociocultural, estatuto socioeconómico, conhecimento prévio, mas também pelos recursos comunitários e sociais (Meleis, 2010).

Neste seguimento, ao realizar o acolhimento da pessoa, e após estabilização da mesma na unidade de internamento, dediquei parte do meu tempo à intervenção com a família da mesma. A família é crucial em todo este processo, pois muitas vezes é uma fonte para o enfermeiro obter informações mais pessoais sobre preferências e desejos da pessoa, de modo a reduzir barreiras culturais e linguísticas, proporcionando um cuidado humanizado (Mendes, 2015).

Percebi que esta família, pelo fato do seu familiar se encontrar num ambiente estranho, rodeado de tecnologia com ruídos constrangedores, o disparo de alarmes, a natureza imprevisível do estado da pessoa em situação crítica, o receio da possibilidade iminente da morte, viriam a ser geradores de stress, de ansiedade e angústia por parte da família (Gomes, 2020).

A constante preocupação pela ameaça à vida conduz à incerteza que é descrita como stressante e como um fardo. Conduz à perturbação do senso de controlo da pessoa e prejudica as suas estruturas de equilíbrio e a sua direção de vida. Este sentimento de incerteza, por sua vez, também desencadeia preocupação, medo e solidão. Existe, efetivamente, um equilíbrio delicado e sustentadas incertezas perante a consciência do risco de vida. Este fenómeno surge, assim, como uma presença constante na pessoa em situação crítica, alertando-a para a sua vulnerabilidade (Mishel, 2014; Sheilds et al., 2015).

A incerteza é um determinante do *stress* para as pessoas que sofrem de doenças que ameaçam a vida, bem como para os seus cuidadores, sejam estes os pais ou outros familiares (Checton et al., 2012; Kerr & Haas, 2014; Knight et al., 2016) é promotora da ansiedade e da depressão (Checton et al., 2012); reduz a adesão ao regime terapêutico (Brouwers & Sorrentino, 1993); e afeta negativamente a qualidade de vida das pessoas afetadas (Bailey et al., 2009).

Desta forma, em conjunto com a enfermeira orientadora, encaminhei a família para uma sala à parte, com maior privacidade, ausência de ruídos perturbadores ao diálogo. Promovi uma escuta atenta, tentando perceber os medos e preocupações desta família. Estabeleci uma relação/comunicação terapêutica, desenvolvendo estratégias de comunicação verbal e não-verbal, como: promovendo empatia/confiança, incentivei ao diálogo, comunicando com discurso calmo, juntamente com tom de voz e uma linguagem adequada, transmitindo clareza e coerência na informação prestada, perceber se foi compreendida a mensagem, evitando barreiras à comunicação, demonstrei compreensão, não realizando juízos de valor, tendo em atenção a minha postura corporal (expressão facial e gestos) (Fachada, 2010).

No cuidado de qualidade são considerados como primordiais, o enfermeiro ao realizar o acolhimento da pessoa e família, promover a escuta atenta dos seus medos e preocupações, assim como a disponibilidade e criatividade demonstradas por este profissional, somando ao conhecimento científico e às suas competências técnicas (Hesbeen, 2001). Ao estabelecer uma relação de confiança entre a família, o enfermeiro e restante equipa de prestação de cuidados facilitei a comunicação bidirecional, possibilitando a transmissão de informação e esclarecimento de dúvidas à pessoa e família, como elos ativos no processo de cuidados de saúde (Mendes, 2015; Mishel, 2014). Deste modo a minha atuação foi de encontro à criação de um ambiente terapêutico e seguro, de modo a envolver a família na prestação de cuidados, assegurando a satisfação culturais e espirituais bem como competências de especialista na gestão de uma comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, tendo em atenção a gestão de sentimentos e emoções e contribuindo para a diminuição do seu impacto na pessoa e na família (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Durante o meu percurso na UCI, tive em atenção não apenas a patologia da pessoa, mas também o ambiente em que a mesma se insere, de modo a aproximar o seu internamento o mais possível da sua rotina, de modo a respeitar o ciclo de luz diurna, não comprometendo o ritmo circadiano, que regula os padrões de sono e equilíbrio sensorial da pessoa (Gandarinho, 2017).

Apesar de nesta unidade o ruído ser difícil de controlar devido à entrada e saída de pessoas, no período noturno, pela diminuição das luzes e volume sonoro dos equipamentos, proporcionei um ambiente calmo e tranquilo, por forma a respeitar o padrão de sono da pessoa internada em UCI. Desta forma, na pessoa em situação crítica, um padrão de sono adequado é essencial como componente importante nos processos terapêuticos, uma vez o

que, o descanso como fenómeno regulador e restaurador mantém o bem-estar psicofisiológico e previne situações de stress (Mishel, 2014).

Assim, através das estratégias acima referidas, adequadas a cada situação, promovi um ambiente terapêutico seguro, suportado pela relação terapêutica e humanística, colaborante com a pessoa e família, de forma a superar a sua situação da melhor forma possível (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Em UCI o processo de enfermagem, desde o diagnóstico, intervenção e avaliação, deve ser realizado pelo enfermeiro de forma atempada e eficaz, promovendo melhores resultados em saúde. Neste sentido, é importante a aquisição de competências específicas, indispensáveis diante a os vários dispositivos de monitorização invasiva e não invasiva (Elkin et al., 2005; A. Silva & Lage, 2010).

No que diz respeito à monitorização da pessoa em situação crítica, esta é crucial para a informação necessária para otimizar a evolução da pessoa (Jarman, 2007). Numa UCI como o SMI a monitorização hemodinâmica invasiva é essencial (Dias et al., 2006), para determinar a eficácia do tratamento instituído (Azeredo et al., 2013). O domínio deste tipo de monitorização hemodinâmica, por parte do enfermeiro, é fundamental, visto ser este que tem a função de detetar alterações nas avaliações que podem estar associadas a problemas fisiológicos e potencial agravamento da situação clínica. Assim, o enfermeiro consegue assegurar cuidados seguros e eficazes (Azeredo & Oliveira, 2013; Kwack et al., 2018a; Melo et al., 2020).

No SMI tive contacto com monitorização hemodinâmica invasiva como a pressão arterial invasiva, pressão venosa central (PVC) e a pressão intra-abdominal (PIA). Relativamente ao manuseamento de cateteres arteriais e cateteres venosos centrais, estes não me eram desconhecidos, tendo tido oportunidade de demonstrar conhecimentos e aplicá-los na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Relativamente à monitorização neurológica da pessoa em situação crítica, prestei cuidados a pessoas monitorizadas através do BIS, que monitoriza o Índice de Bispertal, designado como parâmetro do EEG, especificamente desenvolvido para avaliar a resposta da pessoa aos anestésicos e sedativos (Heavner et al., 2022).

No SMI, a vigilância e manutenção permanente dos parâmetros vitais da pessoa em situação crítica envolve monitorização sob monitores hemodinâmicos que, para além de aferirem a avaliação do débito cardíaco também avaliam o status volémico da pessoa, predizendo a resposta terapêutica. Alguns destes sistemas exigem a calibração do débito cardíaco através de termodiluição (PiCCO®) (Anexo I) enquanto outros baseiam-se em sistema de dados

demográficos e antropométricos para calibração VIGILEO® (Anexo II) (FloTrac®) (Anexo III).

Estes sistemas eram completamente novos para mim, mas após alguns momentos de revisão bibliográfica e até mesmo do manuseamento dos mesmos, foi possível uma melhor interpretação e a conseqüente monitorização adequada da pessoa. No final do estágio consegui identificar e prever qualquer alteração demonstrada pelos mesmos juntos das pessoas. Considero que a atuação do enfermeiro especialista numa UCI, pressupõe a vigilância e manutenção permanente dos parâmetros vitais, garantindo um tratamento e uma recuperação o mais precocemente possível, otimizando dispositivos invasivos, prevenindo focos reais ou potenciais de infecção, antecipando complicações, consoante cada situação particular e que possam originar instabilidade no estado clínico da pessoa internada.

Apesar de ter contacto com pessoas com necessidade de suporte ventilatório no meu contexto laboral, o meu conhecimento sobre ventilação mecânica invasiva (VMI) carecia de ser cimentado. Assim, este é também definido com um objetivo específico deste estágio. Desde início que procurei realizar momentos de revisão de literatura de forma a aprofundar conhecimentos neste âmbito, em especial, sobre os diferentes modos ventilatórios e adaptação da pessoa aos mesmos. Na prestação de cuidados à pessoa submetida suporte ventilatório, o enfermeiro desempenha um papel importante no sentido de reduzir riscos associados à ventilação, como por exemplo Pneumonia Associada à Intubação (PAI), visto que, ajuda a implementar ações eficazes que promovem o sucesso do desmame ventilatório e o restabelecimento da ventilação espontânea (Ministério da Saúde, 2015).

Partilhei ainda conhecimentos, dúvidas e receios com a minha orientadora e restante equipa. A título de exemplo, num turno da noite em que existiu tempo disponível para além da prestação de cuidados, foi realizado um *debriefing* sobre os modos ventilatórios, com a equipa, com o intuito de perceber o funcionamento, interpretar modos ventilatórios e interpretação de gráficos do monitor. Ainda neste sentido foi-me clarificado os dados do ventilador (frequência respiratória, volume corrente, volume minuto, pressão expiratória positiva final, pressão plateau), percebendo assim que, para além de que a adequação de todos estes parâmetros respiratórios contribuem para uma adequação da ventilação do doente, a prestação de cuidados de enfermagem, facilita a recuperação clínica da pessoa nível geral e quando o seu desmame é bem sucedido, contribui para a redução de custo-benefício e eleva os padrões de qualidade dos cuidados oferecido (Santos et al., 2020).

Colaborei na transição gradual de suporte ventilatório mecânico invasivo para a recuperação da ventilação espontânea da pessoa. Neste sentido, desenvolvi e aprofundei conhecimentos

no sentido de interpretar a capacidade de resposta ventilatória da pessoa, através do seu processo de adaptação, compreendendo a sincronia pessoa-ventilador, verificada quando este se apresentava bem-adaptado ao modo ventilatório ou em situações de desconexão ventilatória, que também podem ser manifestadas por mudanças no estado geral da pessoa. Neste sentido, como enfermeira, era importante que estar atenta e alertar o médico quando necessário. Existiram situações em que houve necessidade de alterar a modalidade ventilatória (ato médico) ou alterar a medicação para sedação/analgesia, de modo a auxiliar a pessoa a readaptar-se ao ventilador. Além disso, ao longo do meu percurso no SMI, realizei diagnósticos, como risco de aspiração de secreções (NANDA-International, 2018), dado que o conhecimento científico que adquiri permitiu-me identificar complicações ao nível do gráfico e valores dos parâmetros ventilatórios, como por exemplo, a existência de secreções traqueobrônquicas. Neste sentido, prestei cuidados, como a aspiração de secreções do tubo orotraqueal e da orofaringe com técnica asséptica, posicionamento da pessoa, de modo a prover uma ventilação eficaz e confortável, facilitando a expansão pulmonar e garantindo a estabilidade hemodinâmica, perceber os dados monitorizados, observar a resposta da pessoa e realizar e interpretar gasometrias; administração de terapêutica, considerado os seus efeitos secundários e a estabilidade hemodinâmica da pessoa.

A aprendizagem profissional, proporciona ao enfermeiro especialista o desenvolvimento do seu autoconhecimento, assertividade e de uma práxis clínica especializada, baseada em válidos e sólidos padrões de conhecimento (Ordem dos Enfermeiros, 2019). A enfermagem baseada em conhecimento ou evidência permite ao enfermeiro relacionar a clínica dos cuidados com uma visão abrangente da pessoa, permitindo-o tomar decisões clínicas apoiadas em investigação científica, na sua própria experiência, não descurando a decisão em todo o processo do cuidar (Abreu, 2007). Neste perspectiva, durante a realização do estagio realizei várias pesquisas bibliográficas no sentido de associar as minhas intervenções com conhecimentos científicos atualizados e baseados em evidências, além de reflexões pessoais.

Atualmente, devido à complexidade de saúde, ao aumento da esperança média de vida e ao aumento das expectativas das pessoas, há uma necessidade crescente de alcançar a segurança e qualidade do cuidado (Ribeiro et al., 2017). Na procura pela permanente excelência do exercício profissional o Enfermeiro Especialista deve maximizar a intervenção de forma a prevenir e controlar a infeção, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de diversas medidas invasivas (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Das preocupações inerentes à pessoa em situação crítica é a prevenção

e o controlo de infeção, dada a instabilidade hemodinâmica, com necessidade de eficácia e rapidez na sua abordagem, sendo estas muitas vezes em ambientes de *life-saving*, tornando a pessoa com maior suscetibilidade dado que nem sempre são cumpridas as normas de controlo recomendadas (Liang et al., 2014).

Não sendo um problema de novo, a Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma consequência adquirida através dos cuidados e procedimentos prestados, sendo particularmente relevante na pessoa em situação crítica uma vez que esta é submetida a mais procedimentos e terapêutica, aumentando o risco de infeção (Ordem dos Enfermeiros, 2017). É da responsabilidade de todos os serviços e de todos os profissionais de saúde a prevenção de IACS, de modo a reduzir a infeção na pessoa e entre profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

No decorrer do módulo do SMI, observei que todas as unidades têm disponível uma solução de álcool a 70% e Solução Antisséptica de Base Alcoólica, promovendo os "5 Momentos para Higiene das mãos" (Direção Geral de Saúde, 2019).

Pude refletir acerca da PAI. Associado à VMI, foi possível aperfeiçoar a prática bem como cimentar conhecimentos relativos à otimização do tubo orotraqueal, na prevenção da PAI. Atualmente e, associada à crescente tecnologia médica invasiva, IACS constituem um foco de intervenção, não só, mas também, em unidade de cuidados intensivos, uma vez que as pessoas internadas neste contexto de cuidados são pessoas em situação crítica, mais vulneráveis e mais suscetíveis de serem submetidos a procedimentos invasivos, como a VMI (C. Dias, 2010). Os enfermeiros têm um papel fundamental no controlo de infeção porque cerca de um terço das IACS são evitáveis (Ministério da Saúde, 2021) e as potenciais fontes de contaminação são as mãos dos profissionais (Direção Geral da Saúde, 2007).

Segundo a DGS, na norma nº21/2015, atualizada em Maio de 2017, a PAI é uma “pneumonia que surge em doente com tubo orotraqueal há mais do que 48 horas ou em doente que foi extubado há menos de 48 horas” (Ministério da Saúde, 2015).

Na prestação de cuidados à pessoa com necessidade de VMI apercebi-me que no SMI, a norma acima mencionada é seguida com o máximo rigor.

As IACS podem ser prevenidas através da implementação de *bundles* ou “feixes de intervenção” um conjunto de intervenções que quando utilizadas de forma integrada permitem um melhor resultado, do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções realizadas individualmente (Direção Geral da Saúde, 2015).

Neste sentido, constatei que existem inúmeras intervenções que o enfermeiro pode realizar, de forma autónoma e independente, salientando, saliento aquando otimização do tubo

oro-traqueal, a elevação da cabeceira aos 30° (caso não haja contraindicação), os filtros e as tubuladuras não devem ser trocados por rotina, especialmente num espaço de tempo inferior a 48h, o filtro deve ser elevado acima do nível da traqueia do ventilador e só deve ser mudado em situações de contaminação, a colocação de uma sonda orogastrica, a avaliação regular de resíduo gástrico e ainda a utilização de técnica asséptica aquando necessidade de aspiração de secreções (Direção Geral da Saúde, 2015).

De acordo com a Direção Geral de Saúde (norma 021/2015 atualizada em 2017) a higiene oral deve ser ainda realizada com gluconato de clorhexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia, em todos os doentes com idade superior a 2 meses, que previsivelmente permaneça na UCI mais de 48h, e deve ser documentada no processo clínico. Deve ainda ser mantida uma pressão do tubo endotraqueal entre 20-30cmH₂O (Direção Geral da Saúde, 2015).

Os cuidados de higiene realizados, sempre que possível, são realizados com Digluconato de Cloro-Hexidina a 4%. A pessoa em situação crítica, alvo dos cuidados numa UCI, pelas disfunções fisiológicas, intervenções invasivas e utilização de dispositivos médicos como cateteres venosos centrais, cateteres arteriais, sonda vesicais e/ou gástricas, entubação oro-traqueal, entre outros, encontram-se com maior risco de desenvolver infeções. Estudos apontam que a utilização de Digluconato de Cloro-Hexidina a 4% ao invés de outro sabão, aquando prestação dos cuidados de higiene, contribui para a redução de infeção em ambiente de UCI, tanto por bactérias multirresistentes como por infeções de origem nos dispositivos médicos (Frost et al., 2016; Musuuza et al., 2019).

Diariamente foi possível a aplicação da norma nº021/2015, implementando e executando todas as *bundles*, de acordo com o previsto e preconizado pela DGS, demonstrando a capacidade de administração de protocolos terapêuticos, através do diagnóstico precoce de complicações deles resultantes, identificando prontamente focos de instabilidade e agindo em conformidade, para evitar/diminuir o risco de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Os sistemas de informação em enfermagem possibilitam o registo da execução e avaliação dos cuidados, assegurando a maior segurança na prescrição de intervenções e, por consequência, na melhor qualidade dos cuidados (Bailas, 2016). Há evidência de que a falta ou inadequação de registos compromete a segurança e a qualidade dos cuidados, tornando difícil a continuidade dos mesmos (Françolin et al., 2012).

Foi-me dado a conhecer o sistema informático especificamente utilizado UCI, Critical Care Manager- picis (*PICIS*®). No meu contexto laboral contacto diariamente com *ALERT*®, pelo que houve necessidade de adaptação. Apesar de demoroso, considero ter-me adaptado ao

sistema, uma vez que é muito intuitivo. Através deste foi possível descrever o processo de enfermagem (apreciação inicial, diagnóstico de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação) e registar as intervenções realizadas. Este aspeto é crucial para a continuidade do cuidado e permite a visibilidade das intervenções de enfermagem realizadas, uma vez que o que não está escrito, não foi executado (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

O alvo dos cuidados numa UCI, necessita de uma gestão de cuidados distinta das outras pessoas, visto que associado a si existe um conjunto de patologias de elevada complexidade, exigindo a intervenção atempada e reestruturação constante de prioridades dado seu padrão instável (Carpenter & Carpenter, 2003). Ao longo deste estágio, de modo a sistematizar a minha intervenção, efetuei o plano de cuidados para a pessoa ao meu cuidado, no início de cada turno, junto da enfermeira orientadora, por forma a prestar cuidados de enfermagem eficientes, contínuos, individualizados e promovendo a melhoria contínua dos cuidados. Sempre que necessário, procedia à sua atualização, ao longo da prestação de cuidados e de acordo com a evolução clínica da pessoa, permitindo-me desenvolver o espírito crítico, decidir de acordo com o conhecimento, evidência e experiência profissional (Elkin et al., 2005).

Dada a temática inerente ao meu relatório, ao longo do meu percurso em estágio pude refletir e analisar junto do orientar, equipa e professor orientador sobre oportunidades de melhoria da segurança a pessoa em situação crítica e qualidade de cuidados prestada.

O Institute of Medicine em 2001, traduziu o conceito de qualidade nos cuidados de saúde em seis dimensões: evitar lesões à pessoa durante a prestação de cuidados (segurança), garantir que a quantidade de cuidados seja adequada (efetividade), considerar as necessidades e preferências da pessoa (centralidade na pessoa), prestar cuidados no momento certo (oportunidade), evitar desperdício (eficiência) e fornecer uma qualidade consistente para todos (equidade) (Lage & Sousa, 2013).

Padrões de qualidade consistem na tomada de decisão com base em evidência, ou seja, o enfermeiro integra os resultados da pesquisa na sua prática, tendo em conta os princípios humanistas, tendo presente que bom cuidado significa coisas diferentes para pessoas diferentes, o que contribuiu para níveis elevados de satisfação das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Como linha orientadora ao longo do estágio foi esta reflexão sobre a prática de modo a prestar cuidados de qualidade. Procurei identificar práticas que melhoram a qualidade dos cuidados e outras que colocam em risco a segurança da pessoa e a continuidade dos cuidados.

A comunicação é um aspeto fundamental para a segurança da pessoa, principalmente no momento de transferência da responsabilidade do cuidado, como é o exemplo da passagem de turno (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Os principais erros descritos no momento da passagem de turno são resultado da transferência de informações incompletas, imprecisas, conflitantes ou irrelevantes, assim como a omissão de informações aquando da transição dos cuidados não é efetuada cara a cara entre os enfermeiros (Colvin et al., 2016).

A transferência de informação é um momento clínico importante, que visa a manutenção de continuidade de cuidados e a redução de erros no momento da transferência de informações e devesse a evidência sugere o uso de estruturas padronizadas e estruturadas que visem uma melhor *handover* (Direção Geral de Saúde, 2017). A metodologia *Identity, Situation, Background, Assessment e Recommendation* (ISBAR), “(...) representa cinco componentes-chave do processo de comunicação na transição de cuidados”, e apresenta como vantagem o facto de servir como “(...) auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal” (Direção Geral de Saúde, 2017). A metodologia ISBAR, aplicada nos momentos de transição de cuidados em saúde, é possível de ser usada em diversos contextos, caracteriza-se por ser uma técnica de comunicação simples e eficaz, que permite a passagem de informação seguindo uma sequência organizada e lógica, melhorando significativamente os aspetos comunicacionais, provando melhorar e promover a segurança da pessoa (Nagammal et al., 2016). A mnemónica ISBAR é vista pelos enfermeiros como uma metodologia aplicável na comunicação em UCI com bons resultados (Spooner et al., 2018). Com isto em mente, no SMI foi elaborada uma ferramenta baseada na metodologia ISBAR, para ser utilizada na passagem de turno. Sendo a passagem de turno um momento importante, composto de informação com o principal objetivo de assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, tal como confia o Artigo 83º-Do direito ao cuidado, alínea d, do Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Após o terceiro turno no SMI, a enfermeira orientadora incentivou-me à transmissão de informação clínica da pessoa que se encontrava ao meu cuidado. Esta vir-se-ia a tornar num momento de stress para mim, desafiando-me enquanto profissional de saúde. Digo isto porque, aquando da realização da mesma, ficava bastante nervosa, a minha voz tremia. Talvez por insegurança, por ainda não me sentir integrada, por sentir que estava a ser avaliada pelos restantes membros da equipa. Com o tempo, fui-me tornando mais segura e confiante, integrando a equipa de enfermagem, cimentando as minhas competências na transmissão de

informação, priorizando os elementos-chave. O ISBAR para além de permitir uma melhor integração na equipa de enfermagem através do uso da mesma lógica de pensamento utilizada pela equipa no que respeita à transmissão de informações, permitiu-me individualizar a transferência de informação por mim realizada, obedecer a uma comunicação eficaz, referente às pessoas a quem prestei cuidados, bem como sistematizar e garantir uma continuidade de cuidados, uma vez que a mesma era atualizada via informática em todos os turnos (Direção Geral de Saúde, 2017). Considero que revelei competências na prestação do cuidado especializado à pessoa em situação crítica, de modo a diminuir o erro humano, através da melhoria da informação para a tomada de decisão no processo de cuidar e da implementação de métodos de organização do trabalho adequado.

Relacionada com as competências anteriormente descritas, desenvolvi, ainda, uma prática profissional ética e legal, salvaguardando os direitos humanos, atendendo ao direito da pessoa à confidencialidade de toda a informação clínica e/ou elementos identificativos que lhe dizem respeito e, garanti a proteção da informação contra o acesso não autorizado (Ordem dos Enfermeiros 2015b). Deste modo, por forma a garantir o direito da pessoa à confidencialidade da informação, para além de desligar a sessão no sistema informático aquando me ausentava, utilizava um tom de voz baixo durante a abordagem para proteger a transmissão de informações confidenciais. Através da minha prática segura, sensibilizei os enfermeiros sobre a importância da adoção de medidas para a segurança de dados pessoais e registos, garantindo a confidencialidade e segurança da informação escrita e oral obtida no desempenho das minhas atividades profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

A ética de Enfermagem tem os seus próprios princípios (verdades que tomo como certas para orientar os meus atos) e valores (critérios para eu decidir) (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Segundo o artigo 102º do código deontológico dos enfermeiros, o enfermeiro aquando da sua prática, deve cuidar da pessoa tomando decisões fundamentadas, atendendo à melhor evidência científica e responsabilidade ética, independentemente da classe económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa da pessoa. De acordo com o postulado no artigo 99º do código deontológico dos enfermeiros, a intervenção do enfermeiro supõe cuidado na defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana, bem como do próprio enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Assim, o enfermeiro deve cuidar da pessoa tendo em consideração a vontade da mesma, envolvendo-a em todo o processo saúde/doença, procurando sempre a sua integração nos cuidados e assegurando o consentimento da própria (verbal ou escrito) para a realização dos mesmos (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Segundo Mishel (2014), se a incerteza for encarada como uma etapa normal da vida, pode tornar-se uma força positiva para múltiplas oportunidades. Para o conseguir, a pessoa deverá desenvolver o pensamento probabilístico, que lhe permitirá examinar possibilidades e considerar meios para as experienciar, aumentando assim o seu leque de respostas a várias situações e percebendo que a sua condição pode mudar a cada dia (Mishel, 2014).

O acesso à informação torna-se primordial nestes momentos de grande incerteza e ansiedade, podendo dar uma grande ajuda à pessoa no seu processo de recuperação ajudando-o a sentir que tem controlo sobre a sua situação (Collière, 1999).

O enfermeiro é, o profissional de saúde, que utiliza a comunicação como parte significativa das suas intervenções tendo em conta a ciência, os valores, a ética e deontologia de cada pessoa. É um grupo de profissionais privilegiados no que concerne à comunicação com a pessoa, dado que prestam cuidados 24h por dia à pessoa, interagindo de perto com a mesma, sendo facilitador da compreensão do outro. Portanto, este profissional de saúde deve ser dotado de estratégias e técnicas de comunicação uma vez que esta é o vínculo para as suas intervenções (Gomes, 2020).

Neste sentido, uma situação vivenciada: pessoa internado no SMI, indiano, ventilado em que foi suspensa sedoanalgesia. Na tentativa de avaliação neurológica, aquando comunicação verbal com o doente, este não apresentava abertura ocular, sem movimento de qualquer um dos membros, contudo apresentava fâcies contraída, com testa enrugada. Após contacto com a família, a equipa apercebe-se de que a pessoa não compreende a língua portuguesa, apenas fala e compreende o hindí. A comunicação com os doentes é um ponto essencial para se conseguir melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde (Hoorn et al., 2016). A comunicação que se estabelece é essencial, proporcionando apoio e tranquilidade pela informação dada sobre a sua situação. Todos os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, devem ser detentores de competências interpessoais e comunicacionais, assim como ter uma visão mais ampla do cuidar, com destaque para a dimensão social e psicológica da doença. A pessoa deve ser encarada como um ser único, inserido no seu contexto cultural, social e espiritual, assim como as suas vivências pessoais. Deste modo, a informação e a forma de a comunicar tem de ir ao encontro da individualidade de cada um e das suas necessidades, desmistificando a doença contribuindo assim para diminuir a ansiedade e a incerteza do doente (Mishel, 2014). Para além da comunicação verbal, devemos dar atenção à comunicação não-verbal, uma vez que esta ocupa cerca de 55% da comunicação e pode indicar com maior precisão o que a pessoa quer transmitir, além das palavras que estão a ser ditas (Phaneuf, 2005). Levando à obtenção de cuidados especializados e, consequentemente,

a cuidados diferenciados e de maior qualidade foi utilizado o tradutor no telemóvel, como forma de comunicação com o doente. À pergunta “Tem dor? Se tiver dor pisque os olhos”, a resposta obtida por parte da pessoa foi o piscar de olhos. Percebi, que em contexto de UCI a comunicação não-verbal é muitas vezes priorizada, sendo adotadas estratégias facilitadoras como tradutores, gestos, escrita, entre outras, devido ao fato de existirem muitas pessoas com necessidade de ventilação mecânica invasiva (Hoorn et al., 2016). Embora, ao longo do meu percurso profissional, sempre desperta para o uso da comunicação como foco importante na qualidade dos cuidados prestados à pessoa, percebi que esta tornara-se um desafio quando pessoa sob VMI, pois estas ficam privadas da sua capacidade de falar e, conseqüentemente, da capacidade de comunicação, devido à necessidade de intubação (Hoorn et al., 2016). A fala é algo específico e exclusivo dos humanos, não se encontrando em nenhuma outra espécie animal (Pereira, 2016). A perda da mesma, poderá levar a conseqüências graves, tais como sentimentos bastante negativos, tanto no doente como em quem tenta comunicar com ele (Hoorn et al., 2016). A falta de capacidade das pessoas para se expressarem adequadamente pode induzir em erro, levando à diminuição da participação do doente no seu próprio tratamento e conseqüente reabilitação. No entanto, quando a comunicação é bem-sucedida, o sentimento predominante é a compreensão. A compreensão ocorre quando os enfermeiros são capazes de interpretar a mensagem do doente, quando a comunicação é inequívoca e se baseia em assuntos básicos e, principalmente, quando há paciência, tranquilidade, empatia e tempo para priorizar a comunicação (Holm & Dreyer, 2018). Através da adoção de estratégias consegui estar mais próxima da pessoa, ser parceira no seu cuidado, gerindo a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica na pessoa com “barreiras à comunicação” verbal, adotando a comunicação com a pessoa à complexidade da sua situação (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Na pessoa em situação crítica, pelas suas características singulares, que incluem níveis alterados de consciência, comunicação comprometida, padrões de sono alterados, imobilidade prolongada ou procedimentos efetuados e dispositivos invasivos colocados, requerem uma abordagem consistente e sistemática de avaliação e gestão da dor, idealmente operacionalizada através de um protocolo específico (Devlin et al., 2018).

Sendo a dor um dos fatores que causa diminuição do bem-estar na pessoa em situação crítica (Devlin et al., 2018), ainda no seguimento do exemplo subra-citado, considero que desenvolvi competência de gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica, identificando evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar e, posteriormente,

otimizando a resposta através de medidas farmacológicas para o alívio da dor: associado à expressão facial da pessoa, observei ainda no monitor o aumento da frequência cardíaca e respiratória e, após confirmação do Sr.I à questão “tem dor?” foram de imediato adotadas medidas farmacológicas (bolus de propofol e administração de paracetamol) e não-farmacológicas (discurso calmo, posicionamento e massagem terapêutica) para o alívio da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Monitorizei frequentemente o nível e intensidade da dor através da utilização de escalas da dor que melhor se adaptassem à pessoa em situação crítica, nomeadamente, a escala de dor Behavioural Pain Scale – Intubated Patient (BPS – IP), em vigor nesta unidade. A maioria das pessoas internadas em UCI não consegue verbalizar/autoavaliar a dor, por se encontrarem num estado de inconsciência, sob sedação e em ventilação mecânica, sendo esta de fácil aplicação, fiabilidade e reprodutividade, é a que melhor se adapta à pessoa em situação crítica (Morete et al., 2014). Esta escala permite avaliar três aspetos fundamentais, tais como: a expressão facial; os movimentos dos membros superiores; e a adaptação do doente à ventilação mecânica (Morete et al., 2014). Foi também possível a aplicação da escala de sedação e agitação de Richmond ou RASS - Richmond Agitation/Sedation Scale (Anexo IV), que após ser aplicada em pessoas em situação crítica com agitação psicomotora, ajuda na gestão dos níveis de sedação adequados e analgesia terapêutica, consoante o resultado obtido na sua avaliação (Pessoa & Nácul, 2006a). Bem como a Confusão Mental na UCI (CAM-ICU) (Anexo V), sendo esta importante, pelo facto que a maioria das pessoas internadas estavam sedoanalgesiadas e muitas destas apresentavam alterações cognitivas, incluindo o delírio, uma condição clínica com elevada prevalência em pessoas em situação crítica (Pessoa & Nácul, 2006b).

Considero que individualizei os cuidados prestados uma vez que identifiquei evidências fisiológicas e emocionais de conforto prejudicado, implementando intervenções de enfermagem com o objetivo de promover o máximo conforto possível à pessoa (NANDA-International, 2018).

A emergência multivítima é definida como uma situação que abrange um elevado número de vítimas, de forma a modificar o funcionamento usual dos serviços de emergência e a prestação de cuidados de emergência. Este conceito pressupõe ainda a existência de “um conjunto de procedimentos médicos de emergência com o propósito de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis” (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A catástrofe é definida pela Lei de bases da Proteção Civil – Decreto- Lei nº 27/2006, de 3 de Julho, no seu artigo 3.º, ponto 2 como acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional (Assembleia da República, 2006).

A conceção de planos institucionais e a liderança da resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas é uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Durante o estágio não foi possível cooperar na prestação de cuidados de enfermagem em resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, no que se refere à ação propriamente dita, pela inexistência deste tipo de ocorrências durante o período de tempo em que frequentei o mesmo. Por forma a garantir uma intervenção eficiente em situações de catástrofe, que apesar de não serem comuns no dia a dia dos serviços de emergência, é fundamental ter formação específica e estar sempre preparado, com todos os conhecimentos necessários. Deste modo, para o desenvolvimento desta competência, consultei o Plano Hospitalar de Emergência Externa e efetuei pesquisas bibliográficas sobre a temática em normas e protocolos.

2.2 Serviço de Urgência

De acordo com os termos do Regulamento de creditação da Universidade Católica Portuguesa, publicado em Diário da República pelo Aviso nº3127/2016 de 1 de março, foi-me creditado o estágio de vigilância e decisão clínica, pela minha experiência profissional de 6 anos consecutivos no serviço de urgência polivalente, onde o alvo dos cuidados é a pessoa em situação crítica. A descrição de todo o serviço encontra-se no apêndice VII.

Relativamente à prestação de cuidados, presto cuidados de enfermagem a pessoas do foro de medicina interna e Cirurgia Geral, bem como com diversas patologias e diferentes especialidades como Neurologia, Neurocirurgia, Cirurgia Cardio-torácica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Urologia, entre outros.

No SU, muitas vezes o volume de pessoas a precisar de cuidados de saúde é bastante superior ao número de profissionais disponíveis, bem como de bens materiais diretamente relacionados com o contexto, como macas ou outros dispositivos. No que concerne à gestão em enfermagem do SU, é notório, que a mesma é realizada ajustando-se ao estabelecimento de prioridades pois, o chefe de equipa tem de ser capaz de distribuir os enfermeiros atendendo às especificidades do contexto, atua como líder em emergências, realiza a gestão

de conflitos e assegura a reposição de material. Neste sentido, colaboro com o Enfermeiro Coordenador de Equipa e Enfermeiro Chefe na gestão organizacional e funcional do serviço, assumindo a coordenação de enfermagem na área destinada a doentes respiratórios.

O respeito pela dignidade humana remete para o reconhecimento de que o ser humano é um sujeito único, e por isso, o exercício da responsabilidade profissional tem de ter em consideração e respeitar carácter singular e a dignidade de cada uma das pessoas envolvidas (doente/família e enfermeiro). Por assim, e de acordo com o postulado no artigo 99º do Código Deontológico, a intervenção do enfermeiro supõe cuidado na defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana, bem como do próprio enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Toda a minha prática desenvolvida no SU é exercida de acordo com o Código Deontológico. Promovo uma resolução de conflitos, explico ao doente todos os procedimentos de enfermagem previamente à sua realização, conferindo-lhe e garantindo confidencialidade da informação tanto via oral, como escrita. Sendo um serviço em que existem muitas pessoas em circulação, tenho em conta a privacidade do doente sempre que assim o exige, respeitando assim a escolha do doente bem como as suas crenças e valores. Colaboro na orientação e avaliação de alunos de enfermagem. Promovo boas práticas, defendendo a dignidade e valorização da profissão de Enfermagem.

Como elemento do SU e no sentido da realização de uma prática diferenciada, estou sensibilizada para a identificação de vítimas de crimes forenses e, nesse sentido, para a importância da realização de uma recolha e preservação de vestígios correta, sendo estes elementos essenciais à investigação forense eficaz. É fundamental ter-se perceção que os vestígios forenses apresentam grande fragilidade, sendo facilmente destruídos (Janeiro, 2020).

No sentido de melhorar, aprofundar e aperfeiçoar a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica frequento ações de formação cedidas pelo hospital, tendo frequentado o curso International Trauma Life Support (ITLS), Suporte Imediato de Vida e de abordagem e transporte do doente crítico.

No âmbito da qualidade, verifiquei que a sobrelotação dos espaços é um fator determinante para a diminuição da qualidade e segurança dos cuidados, aumenta a possibilidade de erros ou a ocorrência de eventos adversos, contribuindo para o aumento da taxa de infeções cruzadas, pelo incumprimento da distância mínima entre as camas das pessoas. No campo da prevenção e controlo da infeção hospitalar adoto medidas essenciais e recomendáveis à melhoria dos cuidados de saúde: atender à distribuição e alocação de doentes, à higiene das mãos, bem como, à utilização de equipamento de proteção individual, o respeito pela

etiqueta respiratória, e pelas práticas seguras na preparação e administração de injetáveis (Dias, 2010).

Durante o minha observação e prestação de cuidados no SU, detetei como possível melhoria e, que pode comprometer a segurança da pessoa, o transporte da pessoa em situação crítica. Qualquer que seja o transporte realizado, dado o alvo dos cuidados, o mesmo pode traduzir-se em instabilidade para a pessoa, podendo agravar o seu estado clínico e, desenvolver complicações que devem ser previstas e prevenidas. No SU realiza-se um grande número de transportes, quer intra, quer inter-hospitalares, e, apesar de se saber, não existe qualquer folha de registos para este procedimento intra-hospitalar. Perante esta realidade e necessidade do serviço, decidi incidir o tema da minha revisão da literatura, de modo, a identificar fatores que predispõem a ocorrência de eventos adversos e, nesse sentido, elaborar, no futuro, um documento como uma folha de registos de enfermagem no transporte intra-hospitalar, ou uma *checklist* de verificação, no sentido de melhoria da segurança da pessoa em situação crítica e do profissional de enfermagem que realiza o transporte.

2.3 Emergência Pré-hospitalar

Tendo por base o objetivo geral, desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na prestação de cuidados à pessoa e família em situação crítica, defini como objetivos específicos:

- Desenvolver competências no cuidado de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica e sua família, em contexto de Extra-Hospitalar (CODU + SIV +VMER);
- Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais à pessoa em situação crítica submetida a transporte em contexto extra-hospitalar;

O princípio da emergência pré-hospitalar compreende em prestar ajuda rápida, sistemática, organizada e eficiente à pessoa, fazendo uso de uma equipa multidisciplinar diferenciada. Depois de estabilizar a pessoa, procede ao transporte para uma unidade de saúde adequada à condição de saúde ou doença (Kuerten Rocha et al., 2003).

Em ambiente pré-hospitalar, o trabalho é descrito como “específico, complexo e peculiar” e resulta de vários fatores, como a gravidade, a complexidade e a imprevisibilidade das situações clínicas, visto que os cuidados são prestados fora do ambiente hospitalar e distante de recursos mais avançados (INEM, 2012). Além disso existe uma alta exposição social e um número limitado de profissionais envolvidos decisão (Mota et al., 2020). Percebe-se que,

para garantir a qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica, é necessário o treino de profissionais envolvidos nesta área de atuação (Mota et al., 2020). O enfermeiro, é, portanto, um recurso humano essencial na prestação de cuidados na área da emergência pré-hospitalar dada a sua formação base, a experiência ao longo da prática clínica e o seu desenvolvimento de competências que destacam a singularidade dos cuidados (Oliveira & Martins, 2013a). Nesta perspectiva, o enfermeiro do pré-hospitalar possui formação técnica, científica e humana, que o permite atuar em situações complexas e imprevisíveis, nas quais possui competências específicas que lhe permite uma intervenção autónoma e interdependente em articulação com o CODU, respeitando as normas e as orientações aceites ao nível internacional (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Segundo o REPE, artigo 9º, Decreto Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, as intervenções de enfermagem, podem ser autónomas (quando estas são realizadas pelos enfermeiros, sob a sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, no âmbito na prestação de cuidados, gestão, ensino, formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem) ou interdependentes (ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em parceria com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, resultantes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas)(Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No contexto da enfermagem pré-hospitalar, as intervenções autónomas e interdependente estão inseridas na sua prática uma vez que os enfermeiros “procedem à administração de terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo nestas situações, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais” (artigo 9º do REPE do Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro)(Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Neste contexto, o enfermeiro possui autonomia na sua tomada de decisão e na responsabilidade “pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega”, conforme definido no artigo 100.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, alínea b), do Decreto-Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (Ordem dos Enfermeiros, 2015). As intervenções interdependentes do enfermeiro em ambiente pré-hospitalar “requerem ações previamente definidas por protocolos de atuação, algoritmos e/ou planos de ação, que permitem ao enfermeiro ajuizar, organizar, executar, supervisionar e avaliar as suas intervenções” (Ministério da Saúde, 2016).

O objetivo primordial da intervenção clínica do enfermeiro no meio pré-hospitalar, consiste em prestar cuidados de saúde ao indivíduo, família e comunidade, em situações de doença

súbita e/ou acidente, que podem resultar em falha de uma ou mais funções vitais, com a finalidade de abordar e estabilizar, de forma correta, a vítima no local do incidente, utilizando todos os meios disponíveis para garantir a manutenção/recuperação das funções vitais, com base nas suas competências e transportar a vítima para uma unidade de saúde adequada, acompanhando-o ao longo do transporte primário e/ou secundário (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

O enfermeiro especialista, ao fazer parte da equipa de emergência pré-hospitalar, fornece assistência através de veículos diferenciados do INEM, como a ambulância SIV e a VMER e desenvolve competências especializadas na área do cuidado à pessoa em situação de doença súbita/acidental, permitindo uma estabilização, tratamento e recuperação, com um mínimo de sequelas(Ordem dos Enfermeiros, 2007).

No contexto da minha intervenção no pré-hospitalar, tive a oportunidade de participar na gestão de recursos e cuidados à pessoa em situação crítica, aprofundando conhecimentos relativamente às intervenções realizadas pelo enfermeiro nos diferentes meios do INEM, nomeadamente ambulâncias SIV e VMER. De modo a obter uma melhor compreensão do domínio da gestão de cuidados, inicialmente integrei-me na estrutura física e organizacional (dinâmica e funcionamento) dos meios do INEM (ambulâncias SIV e VMER) e as suas respetivas bases/sede hospitalar. Possibilitou-me a passagem pelo CODU, o que me proporcionou desenvolver conhecimentos sobre a sua organização, dinâmica, funcionamento e recursos, de modo a compreender a articulação existente entre este e os diferentes meios do SIEM.

As ambulâncias SIV tem como objetivo garantir cuidados de saúde especializados no sentido de melhorar os cuidados prestados à população em ambiente pré-hospitalar, atuando como uma extensão do serviço de urgência básica, oferecendo apoio adicional quando necessário (INEM, 2017b). Tem uma tripulação constituída por um enfermeiro, com formação em SIV e um técnico de emergência hospitalar (TEPH), com formação em técnicas básicas de emergência e desfibrilhação automática externa (Ministério da Saúde, 2011).

A VMER, sediada numa unidade hospitalar diferenciada, atua na dependência direta do CODU e tem como objetivo transportar a equipa médica para o local onde a pessoa necessita de socorro, sendo o seu foco a estabilização da pessoa antes do transporte para o hospital, seja ela vítima de doença súbita ou de acidente, garantindo acompanhamento médico durante todo o percurso (INEM, 2011). A equipa é composta por um médico e um enfermeiro, dotados de formação específica em emergência médica e, em particular, em Suporte Avançado de Vida (SAV) e trauma (Ministério da Saúde, 2011).

O CODU corresponde à estrutura física e humana que centraliza toda a atividade do SIEM, sendo responsável pelo atendimento e triagem de chamadas de emergência na área da saúde, provenientes do número de emergência europeu, 112. Durante a visita ao centro CODU, verifiquei uma elevada afluência de chamadas de emergência. Foi-me dada a oportunidade de assistir a uma chamada de emergência 112, permitindo-me compreender o processo de triagem e a gestão de acionamento dos meios de socorro. Dos operacionais que realizam o atendimento destas chamadas, faz parte o enfermeiro. Atestei que a função por este desempenhada é de enorme importância, no sentido da realização de uma triagem própria bem como através do estabelecimento da conduta adequada, para o socorro da vítima até chegar um meio de socorro. Surgiram então momentos de reflexão com os colegas enfermeiros que nos acompanharam nesta visita, acerca dos fluxos de triagem, atribuição das diferentes prioridades bem como na gestão do acionamento dos diversos recursos (humanos e físicos) do INEM, a sua prioridade, qual o meio mais adequado a cada situação, sendo exemplo nos casos de ausência de recursos que já estejam ocupados ou em situações em que seja necessário enviar mais recursos para o local (INEM, 2021).

Através do conhecimento da dinâmica do funcionamento e gestão realizada pela central de emergência do CODU, percebi então que existe uma organização desde o atendimento das chamadas 112, à triagem, ao acionamento dos meios de socorro do SIEM, à passagem de dados sobre as ocorrências e ao encaminhamento da pessoa para a unidade de saúde mais apropriada. Torna-se importante o conhecimento de todos os meios envolvidos, permitindo garantir uma resposta adequada, eficaz e de qualidade (INEM, 2021).

A casuística de acionamento da ambulância SIV onde decorreu o meu estágio é de origem médica, seguidamente o trauma. Relativamente ao contexto de VMER a prevalência continua a ser emergências médicas, nomeadamente PCR, e em segundo lugar de origem traumatológica.

Verifiquei a metodologia de trabalho, as atividades específicas, dos quais saliento o “plano semanal de tarefas” e o “plano mensal de tarefas”, onde estão descritas as diferentes atividades a desenvolver, por dia. Auxiliei o enfermeiro na gestão de todo o material, nomeadamente a verificação de *check-list*, reposição de medicação e material de uso clínico, conferindo a sua validade, gestão de stock, verificação do material das malas de reserva, do funcionamento dos equipamentos de transporte, da manutenção da viatura/ambulância/viatura VMER assegurando a sua operacionalidade e articulação dos cuidados com a equipa multidisciplinar, nos vários meios do INEM. Considero que conhecer

bem os locais, os materiais e a sua organização, foi essencial, permitindo-me uma atuação de forma rápida, assertiva e eficaz, sobretudo, neste contexto onde o tempo é crucial.

O trabalho do enfermeiro em ambulâncias SIV é exigente, não apenas pela necessidade de aplicar conhecimentos amplos e trabalhar com rapidez, mas também pela responsabilidade de ação e decisão (Oliveira et al. 2013). O enfermeiro da ambulância SIV, trabalha em equipa com o TEPH, conforme estabelecido no Decreto-Lei nº19/2016, é o elemento mais diferenciado sendo, portanto, o líder de equipa (Ministério da Saúde, 2016). Assume portanto uma maior responsabilidade na avaliação e decisão das intervenções e procedimentos a serem realizados, além de lhe dar autonomia para agir com rigor e precisão (Oliveira et al. 2013).

O enfermeiro enquanto líder/responsável de equipa, em contexto de atuação em ambulâncias SIV, gere a sua ação seguindo protocolos e procedimentos estabelecidos pelo INEM, validados pelo médico do CODU, estabelecendo assim a interligação entre a equipa e os diferentes meios do INEM (INEM, 2020). Cabe ao enfermeiro escolher o protocolo adequado de acordo com a situação da pessoa, baseado nos seus conhecimentos técnicos e científicos, usando o seu espírito crítico para avaliar a situação, tomar decisões fundamentadas e realizar uma abordagem diferenciada adequada e oportuna (American Heart Association, 2016; INEM, 2020). Este profissional de saúde realiza ainda a supervisão da prestação de cuidados do TEPH, de acordo com as suas competências (INEM, 2020). No caso específico da VMER, o enfermeiro atua em equipa com o médico na assistência à pessoa, detendo também da responsabilidade adicional de conduzir a viatura, devendo ser conhecedor da área geográfica circundante.

Ao longo do meu percurso no pré-hospitalar, realizei intervenções de enfermagem como recolha de dados da vítima e família, abordagem inicial da vítima, avaliação de parâmetros vitais, aspiração de secreções, cateterismos periféricos, aspiração de secreções, abordagem à pessoa vítima de trauma, com colocação de colar cervical e imobilização em plano duro, realização de eletrocardiograma de 12 derivações, colaboração em manobras de SAV e no transporte de pessoas em situação crítica (INEM, 2012).

Os protocolos terapêuticos funcionam como linhas orientadoras, permitindo padronizar a prática clínica e seguir a evidência científica, facilitando a atuação do enfermeiro, uma vez que são aplicados universalmente por todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados, incluindo normas atualizadas e suportadas por evidências, garantindo uma prática de qualidade, melhores resultados para a saúde da pessoa e uma gestão eficaz e competente

dos cuidados, o que o ajudam a prestar cuidados com maior autonomia na sua intervenção terapêutica

Vários foram os protocolos aplicados na minha intervenção ao longo do estágio em ambulâncias SIV e VMER, o que me permitiu conhecê-los melhor e desenvolver as minhas habilidades na prestação de cuidados a pessoas em situação crítica nesta área de atuação.

Exemplos de protocolos terapêuticos realizados aquando a realização do mesmo foram: abordagem da vítima, alteração do estado de consciência, dor torácica, dispneia, convulsões, obstrução da via aérea, ansiedade, intoxicações, défice motor/sensitivo, hemorragia, sedação e analgesia, disritmias, diabetes e alterações de glicémia, abordagem do traumatizado, trauma crânio-encefálico, trauma do tórax, trauma abdominal/bacia, trauma das extremidades e tecidos moles e paragem cardiorrespiratória (PCR) no adulto (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Antes de qualquer ação, uma das minhas prioridades era verificar se havia condições de segurança para a pessoa e para a equipa. Em seguida, fazendo uso dos protocolos em vigor, sempre que adequado à situação, participava ativamente na monitorização e estabilização da pessoa, colaborando com o médico e em determinadas situações, sob supervisão do enfermeiro orientador, assumia a liderança, permitindo-me neste sentido desenvolver competências na abordagem e atuação perante vítimas críticas, em situação emergente. Após a rápida colheita de dados, colaborava na avaliação sistemática e metódica da pessoa de acordo com o método ABCDE, (A) - Permeabilização da via aérea, com controlo da coluna cervical; Breathing (B) - Ventilação e oxigenação; Circulation (C) – Circulação, com controlo de hemorragia; Disability (D) – Disfunção neurológica; Exposure (E) – Exposição, com controlo da temperatura, permitindo-me identificar se existia risco imediato à vida da pessoa. Após esta abordagem realizava a avaliação secundária na seguinte ordem: cabeça e pescoço, tórax, abdómen, bacia e períneo, membros superiores e inferiores, torax superfícies posteriores. No sentido de rentabilizar o tempo, aquando da realização desta, completava a colheita de dados, recolhendo informação pormenorizada, implementando intervenções de enfermagem e, posteriormente, avaliação das mesmas (American College of Surgeons, 2018; American Heart Association, 2016; INEM, 2020).

Os registos nos meios INEM são efetuados no sistema informático de saúde portátil denominado ICare (Integrated Clinical Ambulance Record). Este permite ter acesso à informação clínica da pessoa e ao seu histórico clínico (se já tivera uma intercorrência no passado). Proporciona o registo de todas as intervenções realizadas e ajuda o enfermeiro na realização da história clínica e na abordagem à pessoa, possibilitando uma “maior qualidade

no atendimento da vítima e melhoria dos tempos de resposta. (...) uniformização de conteúdos e possibilidade de guardar a informação para tratamento estatístico”(INEM, 2021).

Possibilita um atendimento mais rápido visto que a informação do evento é enviada automaticamente do CODU e atualizada em tempo real. Nas ambulâncias SIV os registos dizem respeito à avaliação da vítima, história atual e antecedentes patológicos, medicação habitual e parâmetros vitais (INEM, 2021).

Durante o estágio em contexto SIV, utilizei o sistema de armazenamento de dados e registo, permitindo-me aceder ao processo clínico e registar todas as intervenções de enfermagem realizadas à pessoa em situação crítica neste contexto. Já em contexto VMER o mesmo não me foi possível, dado que neste meio, os registos, no que diz respeito à abordagem da vítima, são efetuados pelo médico, onde fica registada a avaliação primária e secundária da vítima, a medicação administrada, as intervenções efetuadas e os resultados obtidos (INEM, 2021). Este sistema de registo, permite transmitir, por telemetria, toda a informação registada sobre a pessoa para o CODU. Do CODU, parte a indicação para os meios de destino da pessoa, para Unidades de Saúde ou, em casos mais graves, contacta o SU do hospital de destino de modo a que a equipa da unidade de destino esteja preparada para a chegada da vítima, reduzindo o tempo de atendimento (INEM, 2021).

Relativamente aos recursos humanos e à logística, diferem de meio para meio. Nas SIV que não estão integradas, os enfermeiros pertencem ao INEM e o material é fornecido pela logística do INEM. Nas SIV integradas, o material é fornecido pelo hospital em que o meio se encontra integrado. A nível dos recursos humanos, existem enfermeiros que pertencem ao INEM, e os restantes são profissionais da instituição hospitalar onde as SIV se encontram integradas (INEM, 2021).

Durante o estágio, tive a oportunidade de transmitir informação clínica da pessoa via telemetria e aquando transferência da pessoa ao SU do hospital a qual era referenciado.

O estágio revelou-se cheio de oportunidades de aprendizagem, onde pude desenvolver protocolos e algoritmos internacionais, de Suporte Básico de Vida (SBV), SAV e disritmias peri-paragem (algoritmo de bradicardia e taquicardias). Procurei conhecimento ao nível dos protocolos emitidos pelo INEM o Conselho Português de Ressuscitação, conforme os princípios atuais e internacionalmente aceites baseados no *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015*, bem como, pelo Manual de SAV e os restantes manuais elaborados pelo INEM. Deste modo, fortaleci um processo contínuo de autonomia para a intervenção de enfermagem, em situações de disritmias peri-paragem e em PCR (em ambos

os meios, ambulância SIV e VMER), colaborando com a equipa multidisciplinar em manobras de SBV, SAV e cuidados pós-ressuscitação. Todas as estas oportunidades de aprendizagem, foram bastante enriquecedoras, dado o contexto clínico em que estava inserida, onde é necessário pensar rapidamente, de forma assertiva e eficaz, com o objetivo de salvar o maior número de vidas possível no menor espaço de tempo e com o mínimo de consequências (Mota et al., 2020).

Em contexto de atuação pré-hospitalar, o enfermeiro ao identificar diagnósticos de enfermagem, faz com que o mesmo consiga detetar e controlar riscos de forma precoce, permitindo-o realizar o planeamento de intervenções de enfermagem específicas, baseadas em evidências científicas, de modo a promover o cuidado individualizado para a pessoa, de forma imediata e eficaz (Mota et al., 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Aquando de uma situação de emergência, a equipa tem por objetivo “reconhecer o risco e intervir” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Os cuidados à pessoa em situação crítica exigem do enfermeiro a capacidade de pensar rapidamente e tomar decisões clínicas em enfermagem de forma assertiva, de modo a garantir que os objetivos do cuidado sejam alcançados (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Deste modo, de acordo com cada situação para o qual a equipa era acionada, implementei um raciocínio ágil, debatendo com o enfermeiro orientador a melhor abordagem à vítima, de acordo com cada situação. Implementei o processo de enfermagem mentalmente, com raciocínio crítico, com rapidez, eficiência e eficácia nas intervenções realizadas. Exemplo disso mesmo é aquando situações em pessoa vítima de emergências cardiorrespiratória, no qual o papel do enfermeiro é fundamental, visto que, a recuperação da pessoa dependerá grandemente da sua eficácia (Batuca & Henriques, 2003).

Recordo-me de uma situação em contexto de turno de VMER. A equipa foi acionada para uma vítima em PCR, 70 anos. Quando chegamos ao local, mesmo depois de realizarmos todos os esforços em prol da sua reanimação, a pessoa continuava sem apresentar sinais de vida, pelo que o médico acaba por declarar a óbito. Nesta situação de morte, a minha intervenção passou pelos cuidados *post mortem*, protegendo a dignidade e privacidade da pessoa, colaborando com o médico e o enfermeiro na comunicação de más notícias, ajudando a família a lidar com o processo de luto. Em casos de óbito, é necessário realizar algumas formalidades, como notificar as autoridades competentes. Neste sentido, prestei auxílio, juntamente com o enfermeiro orientador a esclarecer a família sobre os procedimentos legais necessários.

A intervenção do enfermeiro neste contexto clínico é ampla, necessitando de ser detentor de competências específicas que lhe permitam atuar de forma autónoma e interdependente, não

se limitando apenas à prestação de socorro imediato, mas também promovendo uma prática do cuidado multidimensional, orientada para a ética, valores humanos, valorizando a dignidade e a integridade da pessoa (Oliveira & Martins, 2013b).

Uma das áreas mais difíceis e complexas que envolve muitos sentimentos e emoções e exige diplomacia, e é uma realidade no cotidiano dos enfermeiros, é a comunicação de más notícias. A “má-notícia” geralmente está associada à morte e, se ela ocorrer de forma súbita, imprevisível e inesperada, adquire uma dimensão ainda maior (Pereira, 2005).

Neste sentido, dependendo das famílias, o modo como encaram a morte ou do tipo de ligação existente com a vítima que falece, a comunicação de más notícias junto dos familiares, por parte do enfermeiro, é de uma complexidade elevada, tanto para a pessoa que recebe a notícia, quanto para o profissional que a transmite (Pereira, 2005). Deparei-me com sentimentos que oscilam entre a ansiedade, medo, desconforto, a aceitação, a negação, a revolta e o desespero e desorientação nos familiares, que me alertaram para a minha importância como Enfermeiro em formação de especialização, em integrar as crenças e a cultura nos cuidados prestados e assim garantir uma prestação de cuidados individualizados. O modo como se comunicam os diagnósticos e tratamentos à pessoa e família influencia decisivamente a forma como estes vão reagir a ambos (Pereira, 2005).

Torna-se de extrema importância o uso e treino de competências de comunicação, muito patentes nestes casos de óbito, pela necessidade de informar e explicar aos familiares o porquê da suspensão de manobras de ressuscitação, não fosse o Enfermeiro um ser que não se relaciona apenas de forma profissional, mas também uma relação de ajuda com o doente e família ao qual presta cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os quatro conceitos metaparadigmáticos não se encontram formalmente explícitos na teoria Mishel, mas estão implicitamente presentes. O indivíduo e/ou família constituem o foco central da atuação do enfermeiro e o alvo da prestação de cuidados. A interação deste com o meio envolvente repercute-se no seu sistema de saúde podendo resultar em evento adverso, que se manifesta como desequilíbrio denominado de doença. Esta condição pode ser aguda e de rápida resolução ou prolongadas, constituindo o processo de diagnóstico e tratamento um foco de incerteza tanto para o indivíduo como para a sua família. Neste contexto a enfermagem e o enfermeiro atuam como resposta às necessidades do indivíduo e da família, facilitando-os a lidar com a incerteza e a desenvolver estratégias de “coping” para assim se adaptarem positivamente à nova situação. Para alcançar este objetivo, é fundamental que a pessoa/família se sinta apoiada por prestadores de cuidados credíveis e seguros, que lhes

transmitam esperança, centrando-se no reconhecimento da incerteza e na sua gestão, através da capacidade de formação e de pensamento probabilístico (Mishel, 2014).

Compreendi que é necessária uma abordagem que não dificulte ainda mais o momento que é marcante e ao mesmo tempo permita que os familiares fiquem bem informados do que aconteceu e esclareçam as suas dúvidas. Nesse sentido, após pesquisa sobre o tema, tentei que a minha abordagem aquando estas situações, fosse baseada no protocolo de comunicação de más notícias, designado por SIPKES (Setting up the interview, Perception, Invitation , Knowledge, Emotions, Strategy and summary) desenvolvido para realizar uma comunicação efetiva e precisa com o objetivo de adquirir informações da pessoa, transmitir informações clínicas, fornecer suporte à família/cuidador e incentivar a sua integração num plano ou estratégia de ação futura (Camargo et al., 2019).

Deste modo, escolhi o local adequado (locais privados, sem interrupções por terceiros e poderá ser útil a pessoa não estar sozinha), tentei perceber o que a pessoa já sabe (pede-se à pessoa que descreva o que está a acontecer, fazendo perceber ao profissional o nível de conhecimentos da pessoa ou se falou com outro técnico), compreendi o que a pessoa quer saber (o profissional pesquisa até que ponto a pessoa quer ter conhecimentos acerca da situação-problema, ou seja, apercebe-se se habitualmente gosta de discutir os pormenores sobre a sua saúde), dei a notícia (deve ser de forma clara, gradativa e sincera, respondendo de forma adequada e honesta ao utilizar linguagem simples, evitando banalizar o momento e promover esperança) em seguida respondi às emoções e às perguntas da pessoa (nesta fase é importante demonstrar compreensão, utilizando o toque, respeitando o choro, o silêncio uma vez que o medo e a angústia são dois dos sentimentos presentes quando a pessoa recebe uma má notícia, que algumas vezes são traduzidas em raiva contra o enfermeiro). Utilizei uma linguagem, tom de voz e postura adequados, com clareza, direta e honestamente, escuta atenta, demonstrando empatia e, dei tempo à pessoa para propor plano de acompanhamento (fornecer plano de ação de futuro) (Pereira, 2005).

Ao confortar a família, no sentido de a ajudar a lidar com a dor da perda, respeitando o seu processo de luto, e incentivando-a, de acordo com as suas crenças e valores, respeitando a dignidade da pessoa e a sua família, a expressar as suas emoções e desejos relacionados à morte, demonstro para além de criar um ambiente seguro, no domínio melhoria contínua da qualidade, como futura enfermeira especialista o assistir a pessoa, família/cuidadora nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, gerindo o estabelecimento da comunicação que fundamenta a relação terapêutica

perante a pessoa, família/cuidador face a situações de alta complexidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Durante o estágio em meio pré-hospitalar, colaborei ainda em situações relacionadas com a presença de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Segundo o INEM, as Vias Verdes permitem uma “abordagem de encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves (...)” (INEM, 2020). Neste meio, é utilizada a Escala de AVC Pré-Hospitalar Cincinnati, que, aplicada em menos de um minuto, pela sua rapidez e assertividade proporcionada à pessoa com suspeita de AVC agudo, um método de cuidados mais seguro e eficaz (INEM, 2020). Esta avalia a alteração da mínima facial (redução ou ausência do movimento de um lado da face), a dificuldade na elevação de um dos membros superiores e alterações da fala (fala arrastada ou incapacidade em pronunciar palavras) (INEM, 2012). No decorrer do meu estágio, pude abordar a pessoa com suspeita de AVC, agindo de acordo com os procedimentos e o protocolo de déficit motor/sensitivo, avaliando rapidamente a pessoa e, aplicando a escala acima mencionada, de modo a promover um tratamento rápido, após o transporte imediato e a chegada ao hospital apropriado à sua condição. Comprovei, através da minha experiência no pré-hospitalar que as vias verdes (nomeadamente a de AVC) possibilitam o acesso rápido ao tratamento se, aquando abordagem à pessoa, esta for eficiente e eficaz, desde o estabelecimento entre o início dos sintomas e o diagnóstico/tratamento, possibilitando uma diminuição da mortalidade e de possíveis sequelas (INEM, 2020).

Ainda no domínio de aquisição de competências, em meio pré-hospitalar, desenvolvi a minha adequada resposta a situações de trauma. Este não me era de todo desconhecido, dado que no meu local de trabalho, diariamente contacto com vítima de trauma, o que facilitou a minha abordagem à pessoa no contexto pré-hospitalar.

Trauma é uma lesão nos tecidos e órgãos humanos, resultante da transferência de energia do meio que pode resultar em morte ou incapacidade (Emergency Nurses Association, 2007). O Colégio Americano de Cirurgiões acrescenta que trauma é uma doença, uma vez que possui um hospedeiro (a pessoa) e um vetor de transmissão (automóvel, arma de fogo, entre outros) (Colégio Americano de Cirurgiões, 2008).

Na pessoa vítima de trauma, a vida poderá estar ameaçada por falência de uma ou mais funções vitais e a sobrevivência está dependente de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, enquadrando-se na definição da pessoa em situação crítica (Barros, 2013). Pela sua prevalência é considerado a primeira causa de morte nos indivíduos

com idade inferior a 44 anos e estando estes em idade ativa e produtiva (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Sendo o trauma uma problemática de saúde que continua a aumentar em todo o mundo, emerge a necessidade de intervenções especializadas de enfermagem com vista à melhoria dos cuidados prestados em contexto pré-hospitalar sendo o seu foco a educação, prevenção, tratamento e reabilitação (Boffard, 2010).

No que diz respeito a esta temática, o estágio compreendeu vários momentos de aprendizagem com o desenvolvimento de competências na abordagem à vítima de trauma, permitindo-me desenvolver raciocínio rápido na abordagem primária e secundária da pessoa. Participei em intervenções como: colocação do colar cervical, remoção/mobilização adequada da vítima em cada circunstância específica para um dispositivo de imobilização mantendo a sua estabilização, colaboração no seu transporte e na transferência realizada na sala de emergência de um Hospital diferenciado/Centro de Trauma, para o qual eram referenciadas. Assim sendo, pode dizer-se que na prestação de cuidados em contexto pré-hospitalar, a filosofia de atuação é a de não causar malefícios, sendo que na pessoa politraumatizada deve incluir o transporte rápido para a instituição de saúde adequada ao seu estado clínico, de forma a garantir cuidados definitivos (INEM, 2012; Netto et al., 2015).

Recordo-me de uma situação em contexto de ambulância SIV, aquando de um acidente de viação, com uma viatura ligeira e um autocarro. Aquando da nossa abordagem às vítimas, os bombeiros vieram ao nosso encontro e no mesmo tempo em que ocorria a nossa intervenção, escutávamos a cinemática do acidente e mecanismos de lesão. Compreendi o quão difícil é o assimilar de toda a informação, mas ao mesmo tempo a importância da recolha de toda esta informação, pois, só assim foi-nos possível detetar de forma precoce e despistar possíveis lesões ou traumatismos ocultos caso necessitassem de intervenção imediata. Após estabilização da pessoa, procedemos ao transporte primário para uma Unidade de Saúde com centro de trauma.

Devido à maior oferta de cuidados e de necessidades, a transferência da pessoa em situação crítica para outras áreas e/ou serviços com maior apoio assistencial, para garantir um tratamento adequado e exames complementares de diagnóstico e terapêutica, justifica o seu transporte (Pavão, 2021).

Tendo em conta a promoção de um transporte seguro, torna-se fundamental, prevenir e antecipar a possível instabilidade hemodinâmica que possa existir aquando a realização do mesmo. Neste sentido, uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação, refere que o enfermeiro deve prestar cuidados à pessoa

em situação emergente, antecipando uma possível instabilidade e risco de falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, 2018). No pré-hospitalar o enfermeiro é ainda dotado de competência para assegurar o acompanhamento, vigilância e prestação de cuidados de enfermagem às vítimas, ao longo do transporte primário e/ou secundário, do local de ocorrência até à Unidade de Saúde de referência, de forma a assegurar cuidados de enfermagem contínuos (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Durante a minha participação no transporte da pessoa em situação crítica, vítima de trauma, após comunicar dados sobre a situação da pessoa vítima de trauma, ao CODU, o médico toma a decisão para a efetivação do transporte. Aquando efetuava o planeamento do mesmo, informei a pessoa em situação crítica do procedimento a realizar, pedindo o seu consentimento para o mesmo, de acordo com código deontológico do enfermeiro bem como, atendendo à Deliberação n.º 14/2011 do INEM e Decreto-Lei n.º 74/2007, de 27 de Março, sobre o direito de acompanhamento de doentes urgentes/emergentes em ambulância de socorro, informei-a do seu direito de acompanhamento por um pessoa por si designada.

O transporte da pessoa em situação crítica poderá constituir um momento gerador de grande ‘*stress*’, acrescendo as incertezas já sentidas pela pessoa. A segurança transmitida pelo enfermeiro que o acompanha durante a execução do mesmo, gera um sentimento de confiança, facilitando o processo de ‘*coping*’ positivo e esperançoso para a sua recuperação (Mishel, 2014).

No seguimento da efetivação do transporte, prestei em conjunto com o enfermeiro orientador, após abordagem inicial, cuidados de enfermagem por prioridades nomeadamente ABCDE, estabilização da pessoa, atendendo a prováveis instabilidades hemodinâmicas, antes de se efetuar o transporte, reavaliámos a sua situação clínica durante o mesmo e, por fim, transmiti a informação de forma assertiva à equipa do hospital, bem como, transmiti a informação adequada à família, de modo a diminuir o seu sofrimento, garantindo deste modo a continuidade e a qualidade de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Segundo Silva (2019) “Compreender o fenómeno da incerteza e respetivo impacto na pessoa em situação crítica alude ao direcionar o cuidado de enfermagem no sentido de ajudar a pessoa a adaptar-se à incerteza, nomeadamente envolvendo-a no seu próprio cuidar, influenciando positivamente os seus fornecedores de estrutura e o seu quadro de estímulos, e, ainda, otimizando os mecanismos de *coping* utilizados.” (Silva, 2019).

Após a execução do mesmo, refleti junto do meu orientador sobre o papel do enfermeiro aquando da execução do transporte da pessoa em situação crítica. Percebi que, na primeira

fase do transporte, apesar de não ser da responsabilidade do enfermeiro a decisão de execução do mesmo, este profissional de saúde pode orientar e aconselhar, enquanto membro de equipa. Na segunda fase de transporte, o planeamento, o enfermeiro presta cuidados baseados nas suas competências técnico-científicas, prevenindo e identificando possíveis focos de instabilidade que podem ocorrer durante a execução do mesmo. Nesta fase, coordena ainda tudo o que é necessário para o transporte, incluindo equipamentos, materiais e fármacos. Na última fase, na fase de efetivação, o enfermeiro desempenha o papel de vigilância com o objetivo de prevenir a ocorrência de eventos adversos, garantindo um transporte sem complicações (Vasconcelos et al., 2019).

No decorrer desta atividade senti enorme responsabilidade enquanto futura enfermeira especialista na área médico-cirúrgica, pois, após a decisão de transportar a pessoa para a unidade de saúde (neste caso), cabe ao enfermeiro a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica durante a efetivação do mesmo desde o local da ocorrência até ao hospital adequado à situação de saúde da pessoa. O enfermeiro assume assim a liderança neste procedimento, sendo acompanhado, para além da pessoa, do TEPH em ambulância SIV (Vasconcelos et al., 2019). O papel do enfermeiro, em contexto VMER, inclui também acompanhar a pessoa durante o transporte até à unidade de saúde de referência, trabalhando em colaboração com o médico e a equipa multidisciplinar, sempre que necessário. Durante a execução do transporte, é fundamental seguir as normas de segurança para garantir a integridade física da pessoa e prevenir possíveis riscos/eventos adversos decorrentes do transporte (Melo et al., 2020; Veiga, et al., 2019).

A colaboração no transporte de pessoas em situação crítica, em especial, neste contexto de prestação de cuidados, enriqueceu-me a nível pessoal, contribuindo com conhecimentos que viria a mobilizar e a aplicar no meu contexto diário laboral. Participei ainda em situações de *rendez-vous*, realizadas com a equipa da VMER e com os bombeiros, que adicionaram ao estágio um maior conhecimento e enriquecimento, proveniente do contacto experienciado como o método de intervenção dos vários elementos da equipa de socorro pré-hospitalar. Importa destacar, que neste contexto de atuação o trabalho em equipa é fundamental, pois, todos os elementos têm conhecimentos aprofundados e específicos para atuar nesta área, que conjugados com uma comunicação interpessoal eficaz, contribuem para uma correta coordenação da equipa, o seu adequado funcionamento e se reflete na eficácia e qualidade dos cuidados, tendo constatado este facto durante o estágio.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório demonstra, através de uma análise reflexiva, crítica e introspectiva, sustentada na evidência e no referencial teórico, o percurso realizado com vista à consolidação das competências especializadas em enfermagem na área médico-cirúrgica, pessoa em situação crítica, adquiridas no percurso formativo, como resultado da aprendizagem teórica obtida em contexto académico, bem como na prática desenvolvida nos diferentes contextos clínicos, as estratégias por mim adotadas para as atingir, as dificuldades sentidas e os meios utilizados para as ultrapassar.

A elaboração deste documento mostrou-se um desafio não apenas profissional como também um desafio pessoal. Nem sempre é fácil transcrever com perfeição tudo o que foi desenvolvido e a forma científica como foram aplicados os saberes adquiridos. Apesar disso, considero ter conseguido transmitir tudo aquilo que representava para mim a vontade, o empenho, a dedicação e o entusiasmo que estiveram presentes durante todo o percurso.

O suporte teórico das atividades práticas desenvolvidas foi fornecido pela Teoria da Incerteza na Doença, de Merle Mishel, que se foca na existência de um sentimento de incerteza durante o processo de doença, especialmente em situações de doença aguda, imprevisível, complexa, ambígua, incurável ou quando a informação fornecida pelos profissionais de saúde é insuficiente ou até mesmo inconsciente. É da responsabilidade do enfermeiro garantir uma comunicação efetiva com a pessoa e a sua família/cuidador, fornecendo-lhes todas as informações possíveis, de forma clara, desempenhando um papel fundamental na redução da ansiedade e incerteza durante todo o processo de doença. Considero que fui capaz de reconhecer a importância da incerteza na doença, especialmente em situações de doença aguda ou crítica, contribuindo para a mudança das práticas clínicas, desenvolvendo intervenções de enfermagem que facilitem a adaptação positiva a situações de doença súbita e inesperada.

Após a reflexão sobre as atividades desenvolvidas, considero que os estágios foram um contributo importante, face à aquisição de competências na abordagem especializada à pessoa em situação crítica. Revelaram-se repletos de oportunidades de aprendizagem, possibilitando-me mobilizar e aplicar na prática os conteúdos teóricos apreendidos, ao mesmo tempo que me permitiram, conhecer e experimentar diferentes realidades de intervenção do enfermeiro, intensificar o desenvolvimento do conhecimento e capacidade de avaliar, atuar e cuidar nesta área especializada, bem como, enquanto, aluna, pessoa e profissional.

O estágio de UCI, permitiu-me dar resposta às necessidades da pessoa em situação crítica internada neste contexto, de acordo com a sua patologia e especificidade da mesma, realizando intervenções de enfermagem de alto nível de complexidade e individualizadas, com conhecimentos técnicos aprofundados que permitem atuar de forma assertiva em cada situação, estando desperta e alerta para a deteção de sinais e sintomas de agravamento súbito destas pessoas, acompanhando e informando adequadamente quer a pessoa quer os seus familiares, desde a sua chegada à unidade até à sua alta e transferência para outro serviço ou para outra instituição hospitalar. É de referir o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica submetida a suporte ventilatório, durante a minha permanência na UCI, permitindo-me posteriormente aplicar estes conhecimentos na prática perante a abordagem à pessoa com necessidade de ventilação mecânica invasiva, no SU.

No estágio da emergência pré-hospitalar pude experimentar diferentes realidades sendo possível a abordagem de questões complexas e o seu encadeamento perante o processo da tomada de decisão, permitindo-me desenvolver a minha capacidade de adaptação, reajuste e resiliência, de forma a completar a consecução dos objetivos propostos para cada estágio, garantindo a aquisição de competências e, simultaneamente, respondendo aos objetivos, mantendo a excelência do cuidado, mobilizando os diferentes saberes, atingindo um cuidado em segurança e com qualidade.

No seguimento do desenvolvimento de competências de investigação e o contributo para o conhecimento de enfermagem, essencial à minha prática profissional como futura enfermeira especialista e mestre, realizei síntese do conhecimento, que me permitiu o desenvolvimento da mesma. A divulgação dos resultados provenientes da *Scoping Review* tem subjacente a identificação de fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos durante o transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica, com a intenção de promover a segurança da pessoa e equipa que a acompanha neste processo. Será realizado um artigo com o objetivo de ser publicado numa revista científica.

Foi gratificante percorrer este caminho e, através da análise crítica e reflexiva das situações práticas vivenciadas, pude compreender as conquistas e contributos obtidos.

Garantir o transporte (intra-hospitalar) seguro e respeitoso para a pessoa em situação crítica é uma tarefa extremamente complexa para todas as pessoas envolvidas no processo. A realização da *Scoping Review* mostrou que é fundamental o planeamento de avaliações preventivas antes e depois do transporte, tendo em consideração o estado clínico da pessoa, a equipa de transporte e o equipamento essencial para garantir a monitorização e suporte

adequados em todas as fases do transporte. A equipa de transporte deverá estar preparada para agir em situações de emergência, providenciando todo o suporte e medidas acessórias necessárias e interventivas à ocorrência de eventos adversos.

Este curso de mestrado tornou-se contributivo não apenas na aquisição do grau académico de mestre em enfermagem e título profissional de especialista à pessoa em situação crítica, bem como no meu desenvolvimento pessoal e profissional, valorizada pelo conhecimento e competências adquiridas da experiência e a implementação de uma visão ainda mais rigorosa sobre a minha prática diária, possibilitando-me a oportunidade de ser um agente de mudança e promotor da melhoria dos cuidados de enfermagem. Só faz sentido desenvolver competências se pudermos partilhá-las com outros, neste sentido procurei motivar os pares para a melhoria da prática e comportamentos, suportados na melhor evidência disponível. Face a esta responsabilidade, acredito que a capacidade de intervenção irá influenciar positivamente os cuidados de enfermagem prestados, num caminho que, definitivamente, não termina aqui e agora.

Considero como aspetos facilitadores no processo de desenvolvimento deste processo a orientação excecional por parte do/a enfermeiro/a orientador/a, assim como a receptividade e colaboração na minha aprendizagem de toda a equipa de enfermagem, assim como a disponibilidade do Professora Doutor Sérgio Deodato. Como aspetos dificultadores considero a conciliação e gestão do horário de trabalho com o horário de estágio, mas tendo sido superada com ajuda dos meus colegas de trabalho.

Concluo com a consciência que dei o meu melhor e consegui aprimorar e/ou desenvolver as competências essenciais enquanto enfermeira especialista no cuidado de pessoas em situação crítica. Sempre fui participativa, interessada e ativa no meu processo de aprendizagem e, neste seguimento, o meu percurso enquanto enfermeira que procura a qualidade dos cuidados, como referi anteriormente, não termina aqui, existe ainda um longo percurso a percorrer na procura da excelência dos cuidados.

4 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico* (Formasau).
- Alizadeh Sharafi, R., Ghahramanian, A., Sheikhalipour, Z., Ghafourifard, M., & Ghasempour, M. (2021). Improving the safety and quality of the intra-hospital transport of critically ill patients. *Nursing in Critical Care*, 26(4), 244–252. <https://doi.org/10.1111/nicc.12527>
- American College of Surgeons. (2018). *Advanced Trauma Life Support – Student Course Manual* (10^aed). American College of Surgeons – The Committee on Trauma.
- American Heart Association. (2016). *Advanced Cardiac Life Support Provider Manual*. American Heart Association, Ed.
- Anjos Araújo, N. M., Macedo de Sousa, F. G., Ribeiro dos Santos, A. M., Verganista Martins Fernandes, H. I., & Barbieri de Figueiredo, M. do C. A. (2018). O profissional de saúde do outro lado do cuidado segundo a teoria da incerteza na doença / The health professional experience on the other side of care & O *Ciência, Cuidado e Saúde*, 17(1). <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v17i2.39289>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Decreto Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, Diário da República n.º 126/2006, Série I de 2006-07-03 4696 (2006).
- Australian and New Zealand College of Anaesthetists. (2015). *Guidelines for Transport of Critically ill Patients*. <https://www.anzca.edu.au/getattachment/bd5938d2-d3ab-4546-a6b0-014b11b99b2f/PS52-Guideline-for-transport-of-critically-ill-patients>
- Azeredo, T. R. M., & Oliveira, L. (2013). Monitorização hemodinâmica invasiva. *Sinais Vitais*, 2–11.
- Bailas, C. (2016). *IMPACTO DO USO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO INFORMATIZADOS NA CARGA GLOBAL DE TRABALHADORES ENFERMEIROS DISSERTAÇÃO*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Bailey, D. E., Landerman, L., Barroso, J., Bixby, P., Mishel, M. H., Muir, A. J., Strickland, L., & Clipp, E. (2009). Uncertainty, Symptoms, and Quality of Life in Persons With Chronic Hepatitis C. *Psychosomatics*, 50(2), 138–146. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.2.138>
- Barros, J. P. de M. (2013). *Intervenção especializada de Enfermagem na abordagem à pessoa vítima de trauma no serviço de urgência: percurso de aquisição de competências*. [ESEL-Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.]. <http://hdl.handle.net/10400.26/15982>
- Batuca, A. A. L. R. ;, & Henriques, F. M. D. (2003). *Técnicas de urgência: Vol. Manual Sinais Vitais* (2^aed). Formasau.

- Bergman, L., Pettersson, M., Chaboyer, W., Carlström, E., & Ringdal, M. (2020). Improving quality and safety during intrahospital transport of critically ill patients: A critical incident study. *Australian Critical Care*, 33(1), 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.12.003>
- Boffard, K. D. (2010). *Manual de cuidados cirúrgicos definitivos em trauma* (2ª ed). Almedina.
- Brouwers, M. C., & Sorrentino, R. M. (1993). Uncertainty orientation and protection motivation theory: The role of individual differences in health compliance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(1), 102–112. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.1.102>
- Camargo, N. C., Lima, M. G. de, Brietzke, E., Mucci, S., & Góis, A. F. T. de. (2019). Teaching how to deliver bad news: a systematic review. *Revista Bioética*, 27(2), 326–340. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272317>
- Carpenter, R., & Carpenter, A. H. (2003). O Ambiente dos Cuidados Críticos. In W. J. Phipps (Ed.), *Enfermagem Médico-Cirúrgica - Conceitos e Prática Clínica* (6ª edição, pp. 637–2970). Lusocidade.
- Checton, M. G., Greene, K., Magsamen-Conrad, K., & Venetis, M. K. (2012). Patients' and partners' perspectives of chronic illness and its management. *Families, Systems, & Health*, 30(2), 114–129. <https://doi.org/10.1037/a0028598>
- Colégio Americano de Cirurgiões. (2008). *ATLS - Suporte Avançado de Vida no Trauma para Médicos*. Colégio Americano de Cirurgiões - Comitê de Trauma.
- Colvin, M., Eisen, L., & Gong, M. (2016). Improving the Patient Handoff Process in the Intensive Care Unit: Keys to Reducing Errors and Improving Outcomes. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 37(01), 096–106. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1570351>
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Balas, M. C., van den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), e825–e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>
- Dias, C. (2010). Prevenção da Infecção Nosocomial da Infecção Nosocomial - ponto de vista do especialista. *REVISTA PORTUGUESA DE MEDICINA INTENSIVA*, 17(1), 19–62. <https://doi.org/10.1007/s00134-003>
- Dias, F. S., Rezende, E., Mendes, C. L., Réa-Neto, Á., David, C. M., Schettino, G., Lobo, S. M. A., Barros, A., Silva, E., Friedman, G., Amaral, J. L. G. do, Park, M., Monachini, M., Oliveira, M. C. de, Assunção, M. S. C., Akamine, N., Mello, P. V. C., Pereira, R. A. Pietro, Costa Filho, R., ... Brilhante, Y. N. de A. (2006). Parte II: monitorização hemodinâmica básica e cateter de artéria pulmonar. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 18(1). <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2006000100012>

- “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação, Norma nº 021/2015 DGS de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017 2 (2015).
- Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, Norma nº 001/2017 de 08/02/2017 1 (2017).
- Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde, Norma nº 007/2019 de 16/10/2019 1 (2019). <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/06/DGS-Norma-n.-07-2019.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2007). *PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE*.
- Elkin, M., Perry, A., & Perry. (2005). *Intervenções de enfermagem e procedimentos clínicos* (2ªed). Lusociência.
- Emergency Nurses Association. (2007). *Trauma Nursing Core Course Provider Manual (TNCC)*. Emergency Nurses Association.
- Fachada, M. O. (2010). *Psicologia das Relações Interpessoais* (3ª edição). Edições Sílabo.
- Françolin, L., Brito, M. de F., Gabriel, C., Monteiro, T., & Bernardes, A. (2012). A QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS. *Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2012 Jan/Mar; 20(1):79-83*, 1–5.
- Frost, S. A., Alogso, M.-C., Metcalfe, L., Lynch, J. M., Hunt, L., Sanghavi, R., Alexandrou, E., & Hillman, K. M. (2016). Chlorhexidine bathing and health care-associated infections among adult intensive care patients: a systematic review and meta-analysis. *Critical Care, 20(1)*, 379. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1553-5>
- Galbiatti, A. C., Elias, P., Matsuo, T., Tibery, L., Cardoso, Q., Magalhães, C., & Grion, C. (2006). APLICAÇÃO DO SISTEMA DE PONTUAÇÃO DE INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS (TISS 28) EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PARA AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DO PACIENTE. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 1–6. www.eerp.usp.br/rlaeArtigoOriginal
- Gandarinho, A. (2017). *A qualidade do sono em unidades de cuidados intensivos: uma revisão sistemática da literatura*. Instituto Politécnico de Viseu.
- Gimenez, F. M. P., Camargo, W. H. B. de, Gomes, A. C. B., Nihei, T. S., Andrade, M. W. M., Valverde, M. L. de A. F. S., Campos, L. D. E. de S., Grion, D. C., Festti, J., & Grion, C. M. C. (2017). Analysis of Adverse Events during Intrahospital Transportation of Critically Ill Patients. *Critical Care Research and Practice, 2017*, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2017/6847124>
- Gomes, B. (2020). Comunicar com o Doente Ventilado em Cuidados Intensivos. In *Dissertação de Mestrado*. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33195>
- Gonçalves, L. A., & Padilha, K. G. (2007, December). Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Da Escola de*

Enfermagem Da USP, 41(4), 645–652. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000400015>

- Heavner, M. S., Gorman, E. F., Linn, D. D., Yeung, S. Y. A., & Miano, T. A. (2022). Systematic review and meta-analysis of the correlation between bispectral index (<scp>BIS</scp>) and clinical sedation scales: Toward defining the role of <scp>BIS</scp> in critically ill patients. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 42(8), 667–676. <https://doi.org/10.1002/phar.2712>
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem - Pensamento e ação na perspetiva do cuidar* (Loures: Lusociência, Ed.; 1ªed).
- Holm, A., & Dreyer, P. (2018). Nurse-patient communication within the context of non-sedated mechanical ventilation: A hermeneutic-phenomenological study. *Nursing in Critical Care*, 23(2), 88–94. <https://doi.org/10.1111/nicc.12297>
- INEM. (2012). *Manual de Abordagem à Vítima: Manual TAS/TAT* (1ªed). <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/10/Manual-TAS-TAT-Abordagem-%C3%A0-v%C3%ADtima.pdf>
- INEM. (2020). *Plano Estratégico 2020-2022*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2020/11/PE-2020-2022.pdf>
- INEM. (2021). *Relatório de Atividade do CODU*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-de-Atividade-do-CODU-2021.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017). *Meios de emergência: Ambulância de Suporte Imediato de Vida*. <https://www.inem.pt/2017/05/29/o-que-e-uma-ambulancia-de-suporte-imediato-de-vida-siv/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2022). *GUIA ORIENTADOR DOS ESTÁGIOS A SEREM REALIZADOS NO ÂMBITO DO ENSINO DE ENFERMAGEM*.
- Instituto Nacional de Emergência Médica, & Departamento de Formação em Emergência Médica. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida* (1ª). <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
- Janeiro, I. (2020). *Recolha e Preservação de Vestígios Forenses no Serviço de Urgência – Know How dos Enfermeiros*. Escola Superior de Saúde.
- Jarman, H. (2007). Invasive haemodynamic monitoring: the role of emergency nurses in helping to provide critical care. *Emergency Nurse*, 15(1), 20–23. <https://doi.org/10.7748/en2007.04.15.1.20.c4237>
- Kerr, A. M., & Haas, S. M. (2014). Parental Uncertainty in Illness: Managing Uncertainty Surrounding an “Orphan” Illness. *Journal of Pediatric Nursing*, 29(5), 393–400. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.01.008>
- Knight, A., Vickery, M., Fiks, A. G., & Barg, F. K. (2016). The illness experience of youth with lupus/mixed connective tissue disease: a mixed methods analysis of patient and parent perspectives. *Lupus*, 25(9), 1028–1039. <https://doi.org/10.1177/0961203316646460>

- Kuerten Rocha, P., Lenise do Prado, M., Radünz, V., & de Miranda Wosny, A. (2003). ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SERVIÇO PRÉ-HOSPITALAR E REMOÇÃO AEROMÉDICA. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 1–4. [https://doi.org/56\(6\):695-698](https://doi.org/56(6):695-698)
- Kwack, W. G., Yun, M., Lee, D. S., Min, H., Choi, Y. Y., Lim, S. Y., Kim, Y., Lee, S. H., Lee, Y. J., Park, J. S., & Cho, Y. J. (2018a). Effectiveness of intrahospital transportation of mechanically ventilated patients in medical intensive care unit by the rapid response team A cohort study. *Medicine (United States)*, 97(48). <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000013490>
- Kwack, W. G., Yun, M., Lee, D. S., Min, H., Choi, Y. Y., Lim, S. Y., Kim, Y., Lee, S. H., Lee, Y. J., Park, J. S., & Cho, Y.-J. (2018b). Effectiveness of intrahospital transportation of mechanically ventilated patients in medical intensive care unit by the rapid response team. *Medicine*, 97(48), e13490. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000013490>
- Lage, M., & Sousa, P. (2013). Implementar programas de qualidade e de segurança do doente. *Tecno Hospital*, 2–5. http://atuasaude.org/wp-content/uploads/2017/08/implementar_programas_de_qualidade_e_de_segura_nc%C3%A7%C3%A3o_do_doente-que_ganhos_podemos_esperar.pdf
- Liang, S. Y., Theodoro, D. L., Schuur, J. D., & Marschall, J. (2014). Infection Prevention in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 64(3), 299–313. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.02.024>
- Macedo, A. P. M. de C., Padilha, K. G., & Püschel, V. A. de A. (2019, April). Professional practices of education/training of nurses in an intensive care unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 321–328. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0793>
- Maughan, E. D., & Yonkaitis, C. F. (2017). What Does Evidence-Based School Nursing Practice Even Mean? Get a CLUE. *NASN School Nurse*, 32(5), 287–289. <https://doi.org/10.1177/1942602X17724420>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: SPRINGER Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Melo, L. N., Freitas, V. L., dos Santos, E. P., de Mello Pereira, R. D., de Oliveira, V. S., & dos Santos, I. M. M. (2020). Evaluation of critical transportation of patients: A systematic review. *Enfermeria Global*, 19(1), 637–647. <https://doi.org/10.6018/eglobal.19.1.368101>
- Mendes, A. (2015). *A Informação à Família na Unidade de Cuidados Intensivos*. Lusodidacta.
- Miller, C.-A. (2015). Pseudoprogession: Patient experience and nursing in uncertainty. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 37(2), 35–41.

- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, Diário da República n.º 205/1996, Série I-A de 1996-09-04 2959 (1996). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Decreto-Lei n.º 19/2016, de 15 de abril, 1279 (2016).
<https://files.dre.pt/1s/2016/04/07400/0127901284.pdf>
- Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro, Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24 96 (2021). <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
- Despacho n.º 14898/2011, de 3 de novembro, Diário da República n.º 211/2011, Série II de 2011-11-03 43563 (2011). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/14898-2011-3281414>
- Decreto-Lei n.º 74/2007, de 27 de março, Diário da República n.º 61/2007, Série I de 2007-03-27 1764 (2007).
- Miranda, D. R., Nap, R., de Rijk, A., Schaufeli, W., & Iapichino, G. (2003, February). Nursing activities score. *Critical Care Medicine*, 374–382.
<https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC>
- Mishel, M. (2014). Theories of Uncertainty in Illness. In M. J. Smith P. R. Lier (Ed.), *Middle Range Theory for Nursing* (3rded, pp. 53–86). Springer Publishing Company.
- Mishel, M. H. (1984). Perceived Uncertainty and Stress in Illness. *Research in Nursing & Health*, 7(3), 163–171. <https://doi.org/10.1002/nur.4770070304>
- Morete, M. C., Mofatto, S. C., Pereira, C. A., Silva, A. P., & Odierna, M. T. (2014). Translation and cultural adaptation of the Brazilian Portuguese version of the Behavioral Pain Scale. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 26(4).
<https://doi.org/10.5935/0103-507X.20140057>
- Mota, M., Cunha, M., & Santos, M. (2020). O enfermeiro no pré-hospitalar: cuidar para a cura. *Millenium*, 2.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33671/1/artigo%20afiliado%20MRSantos-07.pdf>
- Musuuza, J. S., Guru, P. K., O'Horo, J. C., Bongiorno, C. M., Korobkin, M. A., Gangnon, R. E., & Safdar, N. (2019). The impact of chlorhexidine bathing on hospital-acquired bloodstream infections: a systematic review and meta-analysis. *BMC Infectious Diseases*, 19(1), 416. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4002-7>
- Nagammal, S., Nashwan, A. J., Nair, S. LK., & Susmitha, A. (2016). Nurses' perceptions regarding using the SBAR tool for handoff communication in a tertiary cancer center in Qatar. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(4).
<https://doi.org/10.5430/jnep.v7n4p103>
- NANDA-International. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2018-2020* (11^aed). Artmed.
- Nespereira García, P., Cabadas Avi6n, R., Leal Ruiloba, M. S., Rodríguez Pérez, J., Broull6n Dobarro, A., & Rivero Garc6a, A. (2020). Estudio retrospectivo de la seguridad en el traslado de los pacientes cr6ticos tras aplicaci6n de la metodolog6a

- para la gestión de riesgo. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 67(3), 119–129. <https://doi.org/10.1016/j.redar.2019.10.003>
- Netto, F., Martins, L., Magalhães, S., Chaves, C., & Silveira, V. (2015). Protocolo Transporte Seguro. *Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara - Hospital Regional Do Norte – Ceará*, 1–12.
- OE. (2014). *NORMA PARA O CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf
- OE. (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
https://moodle.lisboa.ucp.pt/pluginfile.php/768434/mod_resource/content/1/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- OE. (2017). *Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados*.
- Oliveira, A., & Martins, J. (2013a, March 29). Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências. *Revista de Enfermagem Referência*, 115–124. <https://doi.org/10.12707/RIII1287>
- Oliveira, A., & Martins, J. (2013b, March 29). Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 9), 115–124. <https://doi.org/10.12707/RIII1287>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Enfermagem no pré-hospitalar: Orientações relativas às atribuições do enfermeiro no pré-hospitalar*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- 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, Diário da República, 2.ª série-N.º 135-16 de julho de 2018 19359 (2018).
- Regulamento n.º 140/2019- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06 4744 (2019).
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM N.º 07/2020*.

- Paiva, L., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência*.
- Parveez, M., Yaddanapudi, L., Saini, V., Kajal, K., & Sharma, A. (2020). Critical events during intra-hospital transport of critically ill patients to and from intensive care unit. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 20(3), 135. <https://doi.org/10.4103/2452-2473.290067>
- Pavão, S. (2021). Transporte do doente crítico. In *Enfermagem de Urgência e Emergência* (1ª edição, pp. 98–106). Lidel - Edições técnicas, Lda.
- Pereira, J. M. M. M. (2016). A comunicação aumentativa e alternativa enquanto fator de inclusão de alunos com necessidades educativas especiais. In *(Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em Educação Especial: Domínio Cognitivo-Motor)* (pp. 1–179). <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/14218>
- Pereira, M. A. G. (2005). Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(1), 33–37. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000100004>
- Pessoa, R. F., & Nácul, F. E. (2006). Delirium em pacientes críticos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 18(2). <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2006000200013>
- Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, & Khalil, H. C. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. In *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Pimenta, J. (2020). Transporte do Doente Crítico. In *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1ª edição, pp. 327–340). Lidel - Edições técnicas, Lda.
- Pupulim, J. S. L., & Sawada, N. O. (2005). Exposição corporal do cliente no atendimento das necessidades básicas em UTI: incidentes críticos relatados por enfermeiras. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(3), 388–396. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000300014>
- Ribeiro, O., Martins, M., & Tronchin, D. (2017). Nursing care quality: a study carried out in Portuguese hospitals. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº14), 89–100. <https://doi.org/10.12707/RIV16086>
- Rodrigues, C., & Blattmann, U. (2014). Gestão da informação e a importância do uso de fontes de informação para geração de conhecimento. *Perspectivas Em Ciência Da Informação*, 19(3), 4–29. <https://doi.org/10.1590/1981-5344/1515>
- Santos, C. dos, Nascimento, E. R. P. do, Hermida, P. M. V., Silva, T. G. da, Galetto, S. G. da S., Silva, N. J. C. da, & Salum, N. C. (2020). Boas práticas de enfermagem a pacientes em ventilação mecânica invasiva na emergência hospitalara. *Escola Anna Nery*, 24(2). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0300>
- Sheilds, L., Molzahn, A., Bruce, A., Schick Makaroff, K., Stajduhar, K., Beuthin, R., & Shermak, S. (2015). Contrasting stories of life-threatening illness: A narrative inquiry.

- International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 207–215.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.10.008>
- Silva, A., & Lage, M. (2010). Enfermagem em cuidados intensivos. In *Enfermagem em cuidados intensivos*. Formasau.
- Silva, J. (2019). A incerteza na pessoa em situação crítica contributos para um cuidar holístico e humanizado. *Servir*, 60(1-2), 59–65.
- Silveira, A. (2021). *A intervenção do enfermeiro na prevenção e deteção precoce da sépsis na pessoa em situação crítica* [Escola Superior de Enfermagem de Lisboa].
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/43578/1/MEPSC_9470_original%20alexandra%20maria%20silveira.pdf
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, & Ordem dos Médicos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos Recomendações*.
- Sousa Guedes, V. M., Silva Figueiredo, M. H. J., Alves Apóstolo, J. L., Lebreiro Silva, M., Martins Oliveira, P. C., & Pereira Ferreira, M. M. H. (2019). Práticas de enfermagem em cuidados de saúde primários com base num referencial de competências. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 9(27), 23–32.
<https://doi.org/10.24276/rerecien2358-3088.2019.9.27.23-32>
- Spooner, A. J., Aitken, L. M., Corley, A., & Chaboyer, W. (2018). Developing a minimum dataset for nursing team leader handover in the intensive care unit: A focus group study. *Australian Critical Care*, 31(1), 47–52.
<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.01.005>
- ten Hoorn, S., Elbers, P. W., Girbes, A. R., & Tuinman, P. R. (2016). Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review. *Critical Care*, 20(1), 333. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1483-2>
- Torres, C. (2019). *Enfermagem Baseada na Evidência nos Cuidados Prestados à Criança Família: Atitudes e Barreiras – Estudo realizado num serviço de Pediatria do Norte de Portugal*. Escola Superior de Saúde do Porto.
- Aviso n.º 3127/2016, Diário da República, 2.ª série — N.º 47 — 8 de março de 2016 8340 (2016).
- Universidade Católica Portuguesa. (2017). *Mestrado em Enfermagem - Regulamento Geral 2012 alterado em 2017*.
- Urden, L. D., Stacy, K. M. L. M. E., Abecassis, L. S., Fernanda Azevedo, & Leal, T. (2009). *Theilan's enfermagem de cuidados intensivos : diagnóstico e intervenção* (5ª edição). Loures : Lusodidacta.
- Vasconcelos, P., Correia, A., Bravo, M., & Carvalho, T. (2019). *Abordagem, Transporte e Segurança do Doente Crítico*. Ocean Medical.
- Veiga, V. C., Postalli, N. F., Alvarisa, T. K., Travassos, P. P., da Silva Vale, R. T., de Oliveira, C. Z., & Rojas, S. S. O. (2019). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients in a large hospital. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(1), 15–20. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190003>

Veiga, V. C., Postalli, N. F., Alvarisa, T. K., Travassos, P. P., Vale, R. T. da S., Oliveira, C. Z. de, & Rojas, S. S. O. (2019). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients in a large hospital. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(1). <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190003>

5 APÊNDICES

5.1 APÊNDICE I

Pubmed 30/11

Pesquisas	Equação	Resultados
#1	((("critical illness"[MeSH Terms]) OR ("critical care" [MeSH Terms])) OR ("critical care patients" [Title/Abstract])) OR ("Intensive Care Units"[MeSH Terms]) OR (ICU[Title/Abstract])	209 970
#2	((("adverse event"[Title/Abstract]) OR (safety[MeSH Terms])) OR ("risk management"[MeSH Terms])) OR ("risk factors"[MeSH Terms])	1 276 982
#3	("transportation of patients"[MeSH Terms]) OR ("Transfer Agreement" [MeSH Terms])	17 831
#4 (1 AND 2 AND 3)	(((((("critical illness"[MeSH Terms]) OR ("critical care" [MeSH Terms])) OR ("critical care patients" [Title/Abstract])) OR ("Intensive Care Units"[MeSH Terms])) OR (ICU[Title/Abstract])) AND (((("adverse event"[Title/Abstract]) OR (safety[MeSH Terms])) OR ("risk management"[MeSH Terms])) OR ("risk factors"[MeSH Terms]))) AND (("transportation of patients"[MeSH Terms]) OR ("Transfer Agreement" mesh[MeSH Terms]))	237
#5 (4 + filtros)	(((((("critical illness"[MeSH Terms]) OR ("critical care" [MeSH Terms])) OR ("critical care patients" [Title/Abstract])) OR ("Intensive Care Units"[MeSH Terms])) OR (ICU[Title/Abstract])) AND (((("adverse event"[Title/Abstract]) OR (safety[MeSH Terms])) OR ("risk management"[MeSH Terms])) OR ("risk factors"[MeSH Terms]))) AND (("transportation of patients"[MeSH Terms]) OR ("Transfer Agreement" mesh[MeSH Terms])) Filters: Adult: 19+ years, from 2017 - 2022	19

5.2 APÊNDICE II

CINAHL Complete via EBSCO Host 30/11

Pesquisas	Equação	Resultados
#1	MH ("critical illness" OR "Intensive Care Units") OR TI ("crititcal care" OR "critical care patients" OR ICU) OR AB ("crititcal care" OR "critical care patients" OR ICU)	72 418
#2	MH ("Adverse Health Care Event" OR safety OR "risk management" OR "risk factors") OR TI "adverse event" OR AB "adverse event"	265 193
#3	MH ("transportation of patients" OR "Transfer, Intrahospital") OR TI "Transfer Agreement" OR AB "Transfer Agreement"	7 047
#4 (1 AND 2 AND 3)	((MH (("critical illness" OR "Intensive Care Units")) OR (TI (("crititcal care" OR "critical care patients" OR ICU))) OR (AB (("crititcal care" OR "critical care patients" OR ICU)))) AND ((MH ("Adverse Health Care Event" OR safety OR "risk management" OR "risk factors"))) OR (TI "adverse event") OR (AB "adverse event")) AND ((MH ("transportation of patients" OR "Transfer, Intrahospital"))) OR (TI "Transfer Agreement") OR (AB "Transfer Agreement"))	59
#5 (4 + filtros)	2017-2022 all adult (+19y)	8

5.3 APÊNDICE III

Medline Complete via EBSCO Host 30/11

Pesquisas	Equação	Resultados
#1	MH (("critical illness" OR "critical care" OR "Intensive Care Units")) OR TI (("critical care patients" OR ICU)) OR AB (("critical care patients" OR ICU))	176 634
#2	MH ((safety OR "risk management" OR "risk factors")) OR TI "adverse event" OR AB "adverse event"	1 024 094
#3	MH ("transportation of patients" OR "Transfer Agreement")	9 848
#4 (1 AND 2 AND 3)	(MH (("critical illness" OR "critical care" OR "Intensive Care Units")) OR TI (("critical care patients" OR ICU)) OR AB (("critical care patients" OR ICU))) AND (MH ((safety OR "risk management" OR "risk factors")) OR TI "adverse event" OR AB "adverse event") AND (MH ("transportation of patients" OR "Transfer Agreement"))	84
#5 (4 + filtros)	2017-2022 all adult (+19y)	7

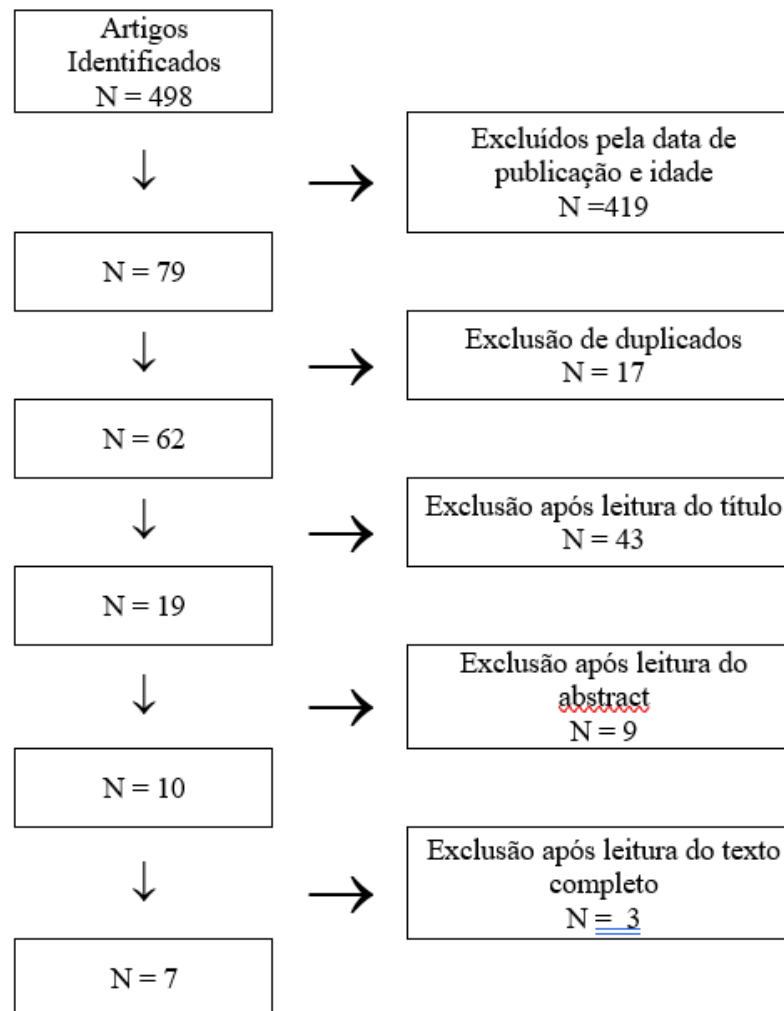
5.4 APÊNDICE IV

Scopus 30/11 (Base de dados referencial e multidisciplinar-processo de indexação rigoroso, maior qualidade dos artigos recuperados) Incluímos a faceta da população porque a base de dados não permite a aplicação de filtros de idade

Pesquisas	Equação	Resultados
#1	(TITLE-ABS-KEY (("critical illness" OR "crititcal care" OR "critical care patients" OR "Intensive Care Units" OR icu))	322 606
#2	TITLE-ABS-KEY (("Adverse Health Care Event" OR "adverse event" OR safety OR "risk management" OR "risk factors"))	3 829 978
#3	TITLE-ABS-KEY (("transportation of patients" OR "Transfer Agreement" OR "Transfer, Intrahospital"))	9 692
#4	TITLE-ABS-KEY (adult))	9 246 770
#5 (1 AND 2 AND 3 AND 4)	(TITLE-ABS-KEY (("critical illness" OR "crititcal care" OR "critical care patients" OR "Intensive Care Units" OR icu)) AND TITLE-ABS-KEY (("Adverse Health Care Event" OR "adverse event" OR safety OR "risk management" OR "risk factors")) AND TITLE-ABS-KEY (("transportation of patients" OR "Transfer Agreement" OR "Transfer, Intrahospital")) AND TITLE-ABS-KEY (adult))	94
#6 (5 + filtros)	(TITLE-ABS-KEY (("critical illness" OR "crititcal care" OR "critical care patients" OR "Intensive Care Units" OR icu)) AND TITLE-ABS-KEY (("Adverse Health Care Event" OR "adverse event" OR safety OR "risk management" OR "risk factors")) AND TITLE-ABS-KEY (("transportation of patients" OR "Transfer Agreement" OR "Transfer, Intrahospital")) AND TITLE-ABS-KEY (adult)) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2022) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2021) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2020) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2019) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2017))	34

5.5 APÊNDICE V

Prisma-flow



5.6 APÊNDICE VI

Ano/Autor Principal	Título do estudo	Objetivos do estudo	População do estudo	Metodologia do estudo	Tamanho da amostra do estudo	Principais Resultados do estudo
2022/ Zhang et. al	Proactive risk assessment of intrahospital transport of critically ill patients from emergency department to intensive care unit in a teaching hospital and its implication	Avaliar as falhas do transporte intra-hospitalar e analisar as suas causas, desenvolvendo estratégias para reduzir a incidência de eventos adversos	Pessoa em situação crítica (idade superior a 18 anos), transportadas do serviço de urgência para a unidade de cuidados intensivos	Estudo qualitativo de pesquisa-ação combinado com um método transversal quantitativo	112 participantes – grupo de controlo 98 participantes – grupo de estudo	<ul style="list-style-type: none"> · Falta de recursos humanos · Déficit de formação/treino dos membros da equipa · Ausência de check list simples e de fácil uso
2017 / Carneiro et al.	Critical patient transport: A challenge for the 21st century	Descrever os fatores que interferem no transporte intra-hospitalar da pessoa internada numa unidade de cuidados intensivos	Pessoas com idade igual ou superior a 18 anos	Estudo transversal, quantitativo	41 transportes intra-hospitalares de 20 pessoas	<ul style="list-style-type: none"> · Tamanho das portas inadequado ao tamanho das camas · Comunicação entre equipas ineficaz
2017/ Silva et al.	Visibility of intrahospital transport in an intensive care unit: a descriptive study	Verificar a perceção dos Enfermeiros sobre a segurança da pessoa durante o transporte intra-hospitalar numa unidade de cuidados intensivos	13 Enfermeiros com idades compreendidas entre 31-40 anos, 6 entre 21-30 anos e 2 entre 51-60 anos	Estudo descritivo, qualitativo	21 elementos da equipa de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> · Planeamento ineficaz ou inexistente para o transporte · Equipa multidisciplinar não preparada · Falhas da equipa (perda de equipamento, comunicação ineficaz) · Problemas organizacionais e estruturais (elevador, piso irregular e distância entre serviços)
2022/ Song et al.	Intrahospital transport of critically ill patients: A cross-sectional survey of Nurses' attitudes and experiences in adult intensive care units	Descrever as experiências e atitudes dos enfermeiros no transporte intra-hospitalar das pessoas em situação crítica e avaliar a relação entre as características, atitudes e experiências dos enfermeiros durante o transporte.	Enfermeiros a exercer funções numa unidade de cuidados intensivos. Número médio de anos a exercer funções na unidade: 8 anos	Estudo transversal, quantitativo	480 Enfermeiros de 12 unidades de cuidados intensivos de adultos	<ul style="list-style-type: none"> · Comunicação ineficaz entre departamentos e entre a equipa de transporte · O uso de checklist e guidelines para o transporte intra-hospitalar reduz o risco de eventos adversos · Treino e educação dos Enfermeiros melhoram a qualidade do transporte, reduzindo o risco
2019/Veiga et al.	Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients in a large hospital	Descrever a incidência dos eventos clínicos durante o transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica e analisar os fatores de risco associados	Pessoa em situação crítica, internada em unidade de cuidados intensivos, submetida a transporte intra-hospitalar. Idade média de idades: 18-66 anos	Estudo de coorte com dados retrospectivos de outubro 2016 a outubro de 2017	Hospital central com 6 unidades de cuidados intensivo de adulto (neuroológica, cardíaca e geral – total de 204 camas)	<ul style="list-style-type: none"> · Condição clínica pré-transporte da pessoa é um fator de risco na ocorrência de eventos adversos · Tempos de transportes superiores a 36,5 minutos · Falhas na comunicação entre os profissionais envolvidos no transporte, relacionada com a troca de informações

2018/Kwack et al	Effectiveness of intrahospital transportation of mechanically ventilated patients in medical intensive care unit by the rapid response team	Elucidar a eficácia da equipa de resposta rápida (membros especializados) durante o transporte intrahospitalar, em promover resultados de segurança da pessoa durante o mesmo, comparando-o com o transporte por membros gerais	184 pessoas em situação crítica internadas em unidades de cuidados intensivos	Estudo de coorte retrospectivo realizado de janeiro de 2016 a fevereiro de 2017	184 pessoas, pessoas internadas em unidades de cuidados intensivos.	<ul style="list-style-type: none"> · A constituição da equipa de transporte é um importante fator de risco de eventos adversos · A existência de um enfermeiro experiente no transporte de pessoas em situação crítica pode refletir a melhor competência da equipa de transporte e a resolução de eventos adversos durante o transporte · Realização de uma preparação cuidada da pessoa previa à realização do transporte · O manuseamento do ventilador mecânico portátil e o tempo de transporte são fatores de riscos sugeridos
2019 / Melo et al.	Evaluation of critical transportation of patients: A systematic review	Avaliar os principais fatores considerados facilitadores e/ou agravantes na realização do transporte de pessoas em situação crítica	Pessoa em situação crítica	Revisão sistemática realizada com método PICO	38 artigos selecionados dos quais 6 cumprem aos critérios de inclusão	<p><u>Fatores que contribuem para a segurança na realização do transporte:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Equipa de transporte com conhecimento científico e treinadas · Comunicação eficaz · Trabalho em equipa entre os membros da equipa · Planeamento do transporte <p><u>Fatores que dificultam a realização do transporte:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Ruídos na comunicação · Infraestruturas inadequadas

5.7 APÊNDICE VII

Caracterização Serviço de Urgência

O SU encontra-se num Centro Hospitalar do distrito de Lisboa. Recebe diariamente cerca de 800 doentes, com diferentes graus de gravidade e patologia.

Desde 2003 que está instituído o sistema de triagem de Manchester que preconiza a atribuição de cores consoante a prioridade apurada no momento da triagem. As prioridades vão do vermelho (emergente) ao azul (não urgente) passando pelas cores laranja (muito urgente), amarelo (urgente) e verde (não urgente). Consoante a prioridade que é atribuída ao doente no posto de triagem, é-lhe atribuído um circuito, encontrando-se atualmente o serviço dividido em três sectores, sendo eles: sector vermelho, sector laranja e sector amarelo, verde e azul. O sector vermelho é composto pelas salas de reanimação 1 e 2 com capacidade para 3 doentes em situação emergente equipada com carros de reanimação, aparelhos de ventilação mecânica invasiva e monitorização hemodinâmica. O sector laranja é composto por gabinetes médicos e sala de tratamentos 1, onde ficam as situações muito urgentes assim como é realizada a primeira abordagem às vítimas de pequeno e médio trauma. Por último o sector amarelo, verde e azul composto por gabinetes médicos, 2 salas de espera e a sala de tratamentos 2.

As pessoas com patologia respiratória, independentemente da cor que lhes é atribuída, são encaminhados para o circuito respiratório, atualmente num edifício em frente à urgência. Possui ainda uma sala de observação (SO) com 16 unidades de internamento (que preconiza internamentos de curta duração com estabilização da situação clínica do doente e posterior transferência para enfermaria ou unidade), uma sala de pequena cirurgia, sala de ortopedia. Existe um sistema de registos informatizado, ALERT® . A medicação também se encontra informatizada, encontra-se em máquinas PYXIS que abrem mediante a prescrição feita e o medicamento selecionado sendo necessário o acesso através dos dados biométricos de cada enfermeiro tal como no programa ALERT® (em ambos os casos é utilizada impressão digital). As PYXIS são repostas diariamente pelos serviços farmacêuticos e objetivo da sua implementação foi melhorar o racionamento de medicação, evitando desperdícios ou usos indevidos. Fazem parte dos recursos humanos do SUC um grande número de pessoal que inclui enfermeiros, equipas médicas das diferentes especialidades, assistentes operacionais, polícias, assistentes sociais, brigada de limpeza, técnicos de análises clínicas,

cardiopneumologia e radiologia assim como uma equipa de voluntários que diariamente coopera com a restante equipa multidisciplinar.

A equipa de enfermagem é constituída pelo Enf. Chefe, enfermeira de coordenação do SUC e enfermeiro de coordenação do SO e por 5 equipas de enfermagem com uma equipa de assistentes operacionais respetiva. Cada sub-equipa de enfermagem é constituída por um coordenador de equipa, por um subcoordenador e por 19 a 20 enfermeiros.

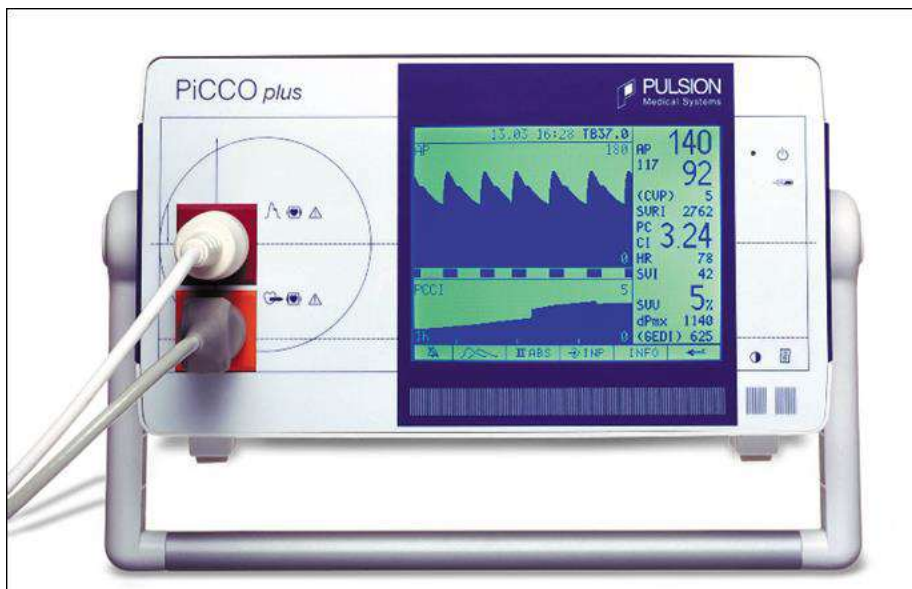
6 ANEXOS

6.1 ANEXO I

SISTEMA PICCO®

O sistema PiCCO® é um método de monitorização hemodinâmica capaz de medir o gasto cardíaco por Termo diluição transpulmonar e estimar a pré-carga pelo volume de sangue intratorácico (ITBV) 5.

Este método requer: a) do cateter venoso central convencional que liga externamente um sensor capaz de medir a temperatura da solução injetadas, geralmente cateter arterial femural, que também permitem que a medição da pressão arterial, tem um sensor temperatura na sua extremidade distal.



6.2 ANEXO II

Monitor Vigileo

Plataforma de monitorização minimamente invasiva que mede o débito cardíaco contínuo quando usada com o sensor FloTrac. O volume sistólico a variação de volume sistólico também são medidos e exibidos no monitor Vigileo. A RVS é calculada e exibida quando há interface com o monitor ao lado do leito do paciente. O monitor Vigileo e o sensor FloTrac não exigem calibração para monitorar os parâmetros de fluxo.

O monitor Vigileo pode também medir a oximetria venosa (SvcO₂ - saturação de oxigênio venoso central e SvO₂ - saturação venosa mista) quando usado com os cateteres de oximetria da Edwards Lifesciences adequados.

O monitor, em conjunto com outros monitores ao lado do leito e avaliação clínica, assiste na avaliação do estado do paciente e na determinação da necessidade e da adequação terapêuticas no manuseio de pacientes críticos.



6.3 ANEXO III

Sensor FloTrac®

Proporcionando novos padrões na facilidade de uso, flexibilidade e continuidade, O sistema FloTrac é o mais novo avanço no manuseio hemodinâmico .Quando usado com o monitor Vigileo, o sensor FloTrac oferece débito cardíaco contínuo (DCC), volume Sistólico (VS), variação de volume de Sistólico (VVS), e resistência sistêmica vascular (RVS)* através de uma linha arterial existente.

Fácil de usar, preciso e menos invasivo:

- Conecta-se a uma linha arterial existente;
- Realiza autocalibração contínua por seu ajuste diâmico do tônus vascular;
- Calcula os principais parâmetros de fluxo a cada 20 segundos;
- Monitoriza continuamente as alterações do tônus vascular (Complacência e resistência);
- Validado com o cateter de artéria pulmonar Swan-Ganz de padrão ouro

O sistema FloTrac oferece parâmetros para antecipar decisões críticas e de forma mais eficiente para pessoas anteriormente monitorizados somente pelos sinais vitais tradicionais.



6.4 ANEXO IV

Richmond Agitation/Sedation Scale - RASS

"Richmond Agitation Sedation Scale" - RASS

Pontuação: pontuação zero refere-se ao doente alerta, sem aparente agitação ou sedação. Níveis inferiores a zero significam algum grau de sedação, níveis superiores significam que o doente apresenta algum grau de agitação

Pontuação	Classificação	Descrição
4	Combativo	Combativo, violento, risco para a equipa
3	Muito agitado	Conduta agressiva, puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
2	Agitado	Movimentos despropositados frequentes, briga com o ventilador
1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, sem movimentos vigorosos ou agressivos
0	Alerta e calmo	Alerta, calmo
-1	Sonolento	Adormecido, facilmente despertável, mantém contacto visual por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimentos e abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contato visual
-4	Sedação intensa	Sem resposta ao estímulo verbal, mas apresenta movimentos ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
-5	Não desperta	Sem resposta a estímulo verbal ou físico

Referências: - Ely E, Truman B, Shintani A, et al. Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). JAMA. 2003;289(22):2983-2991. doi:10.1001/jama.289.22.2983.

6.5 ANEXO V

Confusão Mental na UCI (CAM-ICU)

