



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**Intervenção especializada de enfermagem:
Pessoa em Situação Crítica na transição segura do
desmame ventilatório**

Ana Margarida Polido Pinheiro

**Lisboa
2022**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**Intervenção especializada de enfermagem:
Pessoa em Situação Crítica na transição segura do
desmame ventilatório**

Ana Margarida Polido Pinheiro



Orientador: Professor Filipe Alexandre Morgado Ramos



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Se ofereceres uma rosa, o seu aroma permanecerá nas tuas mãos”

Confúcio

AGRADECIMENTOS

Ao Ricardo, Maria e Sofia,
por me incentivarem a aceitar o desafio, pela compreensão e força em tempos
adversos, e por me fazerem acreditar todos dias que é possível.

Aos meus pais,
pelo apoio incondicional que proporcionaram durante este percurso
emocionalmente exigente.

À minha amiga Márcia,
parceira em desafios profissionais, obrigado pela amizade, ajuda, motivação e
suporte, e acima de tudo obrigado por não me deixares duvidar da nossa
Enfermagem

À Anabela, Raquel, Inês e Carla,
colegas de mestrado, pela companhia neste percurso sempre
com níveis elevados de boa disposição, o que permitiu superar cada desafio.

Ao Professor Filipe Ramos
pela orientação, motivação, compreensão, pelo crescimento enquanto mestranda e
profissional, e pela palavra sempre assertiva e motivadora nos momentos mais
desafiantes deste percurso.

Aos enfermeiros orientadores
dos ensinos clínicos por todas as aprendizagens e pelas vivências partilhadas.

A todos, muito obrigado.

ABREVIATURAS

ABCDE - Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure

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

CCP - Cuidado Centrado na Pessoa

DCC - Doença Crítica Crónica

DGS -Direção-Geral da Saúde

DV - Desmame Ventilatório

ESEL -Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EOT - Entubação Orotraqueal

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICC - *International Concensus Conference*

IR - Insuficiência Respiratória

OE - Ordem dos Enfermeiros

PAI - Pneumonia Associada à Intubação

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

SatO2 - Saturação Transcutânea de Oxigénio

SO - Serviço de Observação

SU - Serviço de Urgência

SR - Sala de Reanimação

TIH - Transporte Intra-Hospitalar

UCI - Unidade Cuidados Intensivos

UI - Unidade de Internamento

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

VNI - Ventilação Não Invasiva

VV - Via Verde

VV AVC - Via Verde Acidente Vascular Cerebral

WCM - *Weaning Continuum Model*

RESUMO

A Pessoa em Situação Crítica (PSC) na transição do Desmame Ventilatório (DV) experiencia um conjunto de adaptações necessárias perante os requisitos da mudança do suporte ventilatório utilizando a tecnologia, para a respiração espontânea.

Conceptualizar o DV como uma transição, permite caracterizá-lo como um processo de mudança dinâmico e complexo, introduzindo temporalidade e sistematização, considerando o impacto dessa mudança na condição de saúde da PSC e família. O DV evidencia uma transição que progride de acordo com os padrões de respostas de adaptação da PSC às exigências de cada etapa, revelando a suscetibilidade da PSC ao risco de danos, de incidentes, ao sofrimento, e consequentemente revelando o risco de uma transição que aumenta o grau de vulnerabilidade da PSC.

Considerando a natureza da problemática, tendo como foco de enfermagem a PSC e família, em transição, o referencial teórico norteador do pensamento foi a teoria de médio alcance de Afaf Meleis, a Teoria das Transições. A intervenção de enfermagem surge como condição facilitadora de uma transição saudável, através da compreensão abrangente da experiência da transição, perante a situação crítica da pessoa e família. As intervenções centradas na natureza da transição e nos padrões de resposta da PSC, têm como finalidade diminuir a vulnerabilidade da PSC através da prevenção e redução do risco, e minimizar o impacto dos fatores de risco modificáveis na experiência de transição.

A elaboração deste relatório expressa o percurso de desenvolvimento de competências de mestre e de enfermeiro especialista, considerando as experiências, as reflexões, as atividades desenvolvidas nos contextos de estágio, assim como as competências adquiridas ao longo do curso de mestrado na área de especialização à PSC. A realização de uma revisão integrativa da literatura, permitiu sustentar uma prática baseada na evidência, e em simultâneo, com a reflexão e análise crítica sobre as experiências vivenciadas na prática clínica, permitiu a intervenção especializada de enfermagem.

Palavras-Chave: Enfermagem; Cuidados Críticos; Desmame do Ventilador; Segurança do paciente.

ABSTRACT

The critically ill patient in transition from ventilator weaning, experiences a series of necessary adaptations, facing the requirements of changing from ventilator support using technology, to spontaneous breathing.

Conceptualizing the ventilator weaning as a transition, allows to define it as a dynamic and complex process of change, introducing temporality and systematization, considering the impact of this change on the health condition of critically ill patient and family. It highlights, a transition that progresses according to the patterns of responses of the critically ill patient to adapt the demands of each stage of the ventilator weaning, revealing the susceptibility to risk of harm, incidents, suffering, consequently, revealing the risk of transition which increases the critically ill patient vulnerability.

Considering the problematic, nursing must focus on transition of critically ill person and family, guiding thinking through Afaf Meleis middle range theory, the Transitions Theory. Nursing intervention is a facilitator condition for a healthy transition, through comprehensive understanding of the experience transition, considering the person and family critical situation. Interventions focused on nature transition and critically ill patient response patterns, aimed at decreasing the vulnerability through risk reduction and prevention, minimizing the impact of modifiable risk factors on transition experience, therefore promoting safety.

Elaboration this report expresses competencies development as a master and specialist nurse, considering the experiences, reflections, activities developed in the practice contexts, as well as the competencies acquired throughout the master's degree course in critical care nursing. An integrative literature review allowed an evidence-based practice and, simultaneously, with reflection and critical analysis of the clinical practice experiences, enabled a specialized nursing intervention.

Keywords: Nursing; Critical Care; Ventilator Weaning, Patient safety.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1.1. A Pessoa em Situação Crítica na transição saúde/doença	23
1.2. O desmame ventilatório como processo de transição	25
1.3. A segurança na transição do desmame ventilatório.....	28
1.4. A intervenção especializada de enfermagem na promoção da segurança da PSC na transição do desmame ventilatório.....	30
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	39
2.1. Percurso de desenvolvimento de competências em contexto de estágio Unidade de Internamento	40
2.2. Percurso de desenvolvimento de competências em contexto de estágio Serviço Urgência.....	56
3.CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75

APÊNDICES

Apêndice I - Protocolo de pesquisa da Revisão Integrativa da Literatura

ANEXOS

Anexo I - Certificado de participação no Congresso Internacional de Controlo de Infecção 2021

Anexo II - Certificado de participação no VIII Congresso Internacional Virtual Ibero-Americano de Enfermagem – Novos tempos, novos desafios

Anexo III - Certificado de participação com a comunicação “A pessoa em situação crítica na transição segura do desmame ventilatório”

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. - <i>Weaning Continuum Model</i>	26
Figura 2. - <i>Representação esquemática das fases do processo de desmame ventilatório</i>	27
Figura 3. - Classificação do desmame ventilatório (adaptado de Boles et al., 2007)..	27

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, foi elaborado o presente documento, Relatório de Estágio, referente ao 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

O presente Relatório de Estágio expressa a descrição e a análise reflexiva do percurso realizado, que teve como finalidade a aquisição e desenvolvimento de competências de mestre e enfermeiro especialista, em contexto de prática clínica.

Este percurso foi suportado pelo planeamento de um projeto de estágio, e através da intervenção de enfermagem especializada na área do cuidado à PSC, e família, que vivencia processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, em contexto de Unidade Cuidados Intensivos (UCI) e Serviço de Urgência (SU).

Considerando que, o desenvolvimento de competências requer do enfermeiro a disponibilidade para a aquisição do conhecimento através de uma prática visível, da análise e reflexão sobre as suas experiências (Benner, 2001), o percurso descrito será revelador de uma consciência crítica para os problemas atuais da profissão e disciplina de enfermagem, com a finalidade de agir como perito na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa e família, que vivenciam situações críticas de saúde, assegurando a prestação de cuidados de qualidade.¹

O percurso de aquisição e desenvolvimento de competências clínicas do enfermeiro especialista/perito teve como objetivo dar resposta à aquisição e desenvolvimento de competências específicas do CMEPSC da ESEL (ESEL, 2010), do Decreto-Lei nº65/2018 referente à aquisição de competências do 2ºciclo de grau de Mestre, do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº140/2019, 2019), Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento nº429/2018, 2018), em articulação com o modelo de Dreyfus adaptado aos cuidados de enfermagem por Benner (2001). Os objetivos específicos dos contextos de estágio, foram definidos considerando as competências supra referidas.

O modelo Dreyfus, aplicado aos cuidados de enfermagem por Benner (2001) no desenvolvimento de competências clínicas, demonstra que se pode alcançar a especialização através da experiência, o que permite colocar em prática um quadro

¹ UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO (Guia Orientador). ESEL, 2020a.

de desenvolvimento profissional. Assim, através da experiência a competência transforma-se, integrando as competências e os conhecimentos adquiridos através da experiência (Benner, 2001).

A aquisição de competências, segundo Benner (2001), desenvolve-se por cinco níveis sucessivos: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. O enfermeiro perito intervém a partir de uma compreensão profunda da situação global, compreendendo de maneira intuitiva cada situação, e apreende diretamente o problema (Benner, 2001). A perícia é alcançada através da capacidade de desenvolvimento interpretativo para identificar a natureza das situações práticas, e através do desenvolvimento de competências de resposta para o que se deve fazer, assim como e quando o fazer (Benner et al., 2009).

Assim, enquadrando o desenvolvimento de competências, e considerando o nível de perito, o presente Relatório de Estágio será revelador da abordagem a questões complexas de modo sistemático, reflexivo, e no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença, evidenciando assim competências do perfil do CMEPSC (ESEL, 2010).

O percurso de desenvolvimento de competências em contexto de prática clínica, foi desenvolvido com base no projeto de estágio intitulado, Intervenção especializada de enfermagem: a Pessoa em Situação Crítica na transição segura do desmame ventilatório, inserido no âmbito do CMEPSC, com a finalidade de identificar e analisar a intervenção especializada de enfermagem, perante a PSC na transição segura do DV. Por conseguinte, conceptualiza-se a intervenção especializada de enfermagem como um cuidado seguro², intencional e efetivo³, na prevenção, gestão e redução do risco ao longo do processo de DV, e como cuidado centrado na PSC e família.

Os cuidados críticos, são multidisciplinares, sendo utilizadas uma variedade de tecnologias que fornecem suporte a sistemas de órgãos em falência, particularmente ao sistema respiratório, cardiovascular e renal (Marshall et al., 2017).

A Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) é um desses suportes, e apesar do seu potencial de *life saving* conduz a experiências fisiológicas e psicológicas adversas com complicações e desconforto (Blackwood, 2000; Schmidt et al., 2017).

² **Cuidado seguro:** implica a tomada de decisões clínicas baseadas em evidências, maximizando os resultados de saúde, e implica minimizar o potencial para o dano (Direção-Geral da Saúde, 2011).

³ **Efetividade:** grau com que os cuidados são prestados da forma correta, considerando o estado atual de conhecimento, para alcançar os resultados planeados (Direção-Geral da Saúde, 2011).

Independentemente das razões para o início da VMI, o DV deve começar o mais precocemente possível, assim que a situação aguda de doença da PSC comece a estabilizar e a inverter (MacIntyre, 2013).

Os modelos que descrevem o processo de DV enfatizam o facto, de a intubação e a ventilação mecânica serem suportes temporários para a insuficiência respiratória aguda, e devem ser removidos assim que possível, atendendo às complicações prematuras que podem advir da sua permanência (Bambi, et al., 2015).

De acordo com Boles et al. (2007), o DV tende a ser adiado, expondo a pessoa ao risco de complicações e a desconforto desnecessário. Atrasos desnecessários podem aumentar a dimensão das complicações, como aumento do tempo de internamento em UCI, da sedação, da mortalidade, e, conseqüentemente aumento dos custos económicos (Funk et al., 2010; Pu et al., 2015). Não obstante, o DV prematuro pode conduzir à perda da proteção da via aérea, aspiração, fadiga respiratória, compromisso na difusão de gases e falha na extubação (Salam et al., 2004). O DV é um processo de mudança complexo e sensível ao tempo, influenciado pela PSC, profissionais de saúde, fatores organizacionais, e intervenções clínicas como a gestão da sedação, a prevenção do *delirium*, e a mobilização (Rose et al., 2014).

Considerando a compreensão mais aprofundada, inovadora e contemporânea da intervenção especializada de enfermagem perante a PSC em DV, conceptualiza-se o processo de DV como uma transição. A transição é definida, como uma passagem de uma fase de vida, condição ou estado, para outra (Chick & Meleis, 1986).

A Teoria das Transições, de Afaf Meleis (2000), como orientadora do pensamento na compreensão da problemática, permite intervir considerando as respostas da PSC às mudanças, facilitando e suportando a experiência da PSC, nas fases do DV. A enfermagem facilita os processos de transição dos seres humanos, contendo as suas experiências, e tendo como finalidade a saúde e bem-estar (Meleis, 2010).

Perante a complexidade do processo de transição do DV, nos contextos de prática clínica surge a necessidade de intervir com a finalidade de preservar uma transição segura, sendo a PSC e família, o foco da intervenção especializada de enfermagem.

Promover a segurança da PSC, pressupõe a análise da complexidade e do risco de incidentes de segurança, inerentes ao processo de DV nos contextos de prática clínica, englobando a tomada de decisão que traduz o juízo clínico suportado no conhecimento da disciplina de enfermagem, e inserida numa equipa transdisciplinar.

A análise revela a importância da intervenção especializada de enfermagem na gestão de um ambiente terapêutico e seguro, através de uma prática baseada na evidência, e promovendo a qualidade dos cuidados de saúde. Considerando Benner (2001), envolver-se numa prática clínica que promova a segurança, requer uma constelação de competências, e envolve a atividade prática de criar, manter e modificar ambientes.

O presente Relatório de Estágio encontra-se estruturado em três capítulos. O primeiro capítulo, referente ao enquadramento teórico, aborda a problemática da segurança da PSC na transição do DV, de acordo com a revisão da literatura sobre a problemática, sendo também evidenciado o referencial teórico de enfermagem orientador do pensamento, e que norteou a prática clínica, a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2000). O enquadramento teórico convida a uma consciencialização e reflexão sobre a pessoa e a sua situação crítica numa transição saúde/doença, e na transição do DV, mobilizando a literatura para evidenciar a experiência da PSC durante a transição, e consequentemente identificar as intervenções de enfermagem que preparam, suportam e facilitam a transição. A identificação das intervenções teve como metodologia científica a realização de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), que espelha o conhecimento científico atual existente sobre a temática, e que promove a prática baseada na evidência científica.

No segundo capítulo será apresentado o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências em contexto de prática clínica, nos dois contextos de estágio. Será analisado o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências de mestre e especializadas, e as atividades e estratégias utilizadas, de forma a atingir os objetivos delineados, analisando as limitações e constrangimentos vivenciados, através de uma metodologia de análise reflexiva, sustentada por pesquisas bibliográficas realizadas em bases de dados e pelo conhecimento adquirido durante o CMEPSC. O último capítulo, as considerações finais, sintetiza o percurso de desenvolvimento de competências.

O presente Relatório de Estágio foi redigido segundo o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, cumpre as orientações presentes no guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da ESEL, (ESEL, 2020b). As referências bibliográficas foram elaboradas de acordo com a norma *American Psychological Association 7ª edição* (American Psychological Association, 2020).

1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Na vivência da situação crítica de saúde, pode surgir como necessidade da PSC o suporte da função do sistema respiratório através da VMI. Perante a necessidade de VMI, surge na experiência da PSC o momento do DV.

Este momento é caracterizado por uma mudança que causa impacto, podendo ser considerado como uma etapa na recuperação da sua situação de doença. De acordo com Schumacher and Meleis (1994), o impacto das transições relacionadas com a doença na pessoa e família, tem sido explorado em diversos contextos de situação de doença, sendo um dos exemplos a conceptualização, por Bridges (1992), do DV como uma transição no processo de recuperação da doença crítica.

1.1. A Pessoa em Situação Crítica na transição saúde/doença

Na abordagem à definição de PSC, considera-se pertinente, perspetivar a definição considerando a complexidade da interação entre os termos do próprio conceito, a Pessoa e a situação crítica.

Nos cuidados de saúde e especificamente na disciplina de enfermagem, a PSC é definida como a pessoa que, já não consegue ter a capacidade de forma independente de manter a sua estabilidade fisiológica, ou que está em risco de rapidamente desenvolver instabilidade fisiológica, sendo dependente de cuidados intensivos e contínuos, e de tecnologia de suporte (Benner et al., 2011). Surge assim, uma ameaça à sua vida, por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, dependendo a sua sobrevivência de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O conceito de PSC identifica a circunstância da pessoa, perante a qual, a situação delimita, define e qualifica, impondo um significado à vivência da pessoa. A interpretação da situação é delimitada pela forma como o indivíduo está na situação, assim, o passado, o presente e o futuro de cada pessoa, que incluem os seus próprios significados pessoais, hábitos e perspetivas, influenciam a situação atual (Benner & Wrubel, 1989). Expressa a forma única e singular, como a situação crítica tem impacto no percurso da sua existência enquanto pessoa, ou seja, e considerando a descrição fenomenológica de pessoa de Heidegger, referido por Benner and Wrubel (1989), enquanto um ser auto-interpretativo, que não vem ao mundo predefinido, mas vai-se definindo ao longo da vida vivenciada. A pessoa que experiencia uma situação de doença com ameaça para a sua vida vivencia uma transição, que ocorre como

resultado da doença e muda o seu estado de saúde (Chick & Meleis, 1986). As transições são descritas como uma passagem de um estado estável para outro estado estável, e esta passagem resulta de um processo desencadeado por uma mudança (Meleis & Trangenstein, 1994), e estão relacionadas com o resultado das interações complexas entre a pessoa e o ambiente (Chick & Meleis, 1986). O fim de uma transição significaria então, que o potencial para a interrupção e desorganização, associado às circunstâncias que desencadearam a mudança, foi contrariado e/ou enfrentado (Chick & Meleis, 1986).

Consequentemente, o encontro com a PSC nos contextos de cuidados de saúde, reflete o encontro com a pessoa que vivencia uma situação de mudança relacionada com a sua saúde, com o seu bem-estar e com a capacidade de cuidar de si próprio, revelando assim, o encontro com a pessoa a vivenciar uma transição (Meleis, 2010). O evento que origina a mudança é um ponto de viragem, e a experiência torna-se fluida e longitudinal (Meleis, 2015).

Sustentando a conceptualização da temática na Teoria das Transições (Meleis et al., 2000) evidencia-se assim, que o encontro com a PSC na transição do DV, é contextualizado por um transição de saúde/doença da PSC, que pela sua situação de doença, necessita de suporte de ventilação mecânica e de internamento hospitalar num ambiente densamente tecnológico.

Assim, as consequências do impacto das mudanças na experiência da transição, resultam da relação entre a natureza da transição, (tipo, padrão, propriedades), as condições facilitadoras e inibidoras (pessoais, comunidade e sociais) e os padrões de resposta (indicadores de processo e indicadores de resultado) (Meleis et al., 2000).

Compreender as propriedades e as condições inerentes ao processo de transição, irá permitir o desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem que são congruentes com a experiência única da pessoa e família, e assim promover respostas saudáveis à transição (Meleis, 2015). Existem dois grandes focos no encontro com a pessoa a vivenciar uma transição, o primeiro é a intervenção de enfermagem para facilitar a transição e promover o bem-estar e a mestria das mudanças que resultaram da transição, e o segundo é a compreensão da experiência da transição em si, que é definida por uma experiência de perdas e ganhos, mudanças e transformações, e de uma passagem de um estado para o outro (Meleis, 2010).

1.2. O desmame ventilatório como processo de transição

Nos cuidados críticos, existem intervenções tecnológicas terapêuticas, de avaliação ou de suporte, que podem ser instantaneamente descontinuadas, sem comprometer a estabilidade da pessoa, e simultaneamente existem outras que têm de ser descontinuadas gradualmente, para que a pessoa adquira a capacidade de se adaptar gradualmente. Dessas intervenções, algumas podem ser descontinuadas de forma gradual, sem esforço consciente ou sem participação por parte da pessoa, contudo outras requerem que a pessoa participe ativamente (Benner et al., 2011).

A VMI é uma intervenção *live-saving*, associada a um risco acrescido de complicações, incluindo a infecção e a falência multiorgânica, sendo que este risco de complicações aumenta na mesma proporção que a sua duração, assim como os custos associados aos cuidados de saúde (Esteban et al., 2002). Minimizar o tempo da VMI é a melhor forma de minimizar as complicações, ou seja, quando a VMI for iniciada, deve-se considerar imediatamente como e quando interromper a sua utilização (Pham et al., 2017). Deste modo, assim que a causa subjacente à necessidade de ventilação mecânica tenha revertido, e a pessoa seja capaz de forma segura manter a respiração espontânea e a troca adequada de gases, a ventilação mecânica deve ser suspensa (Fan et al., 2017).

Definido como a transição do suporte ventilatório para a respiração espontânea (Bridges, 1992; Knebel et al., 1998; Mancebo, 1996), o DV remete para a transferência de autonomia ventilatória para a pessoa, sendo um processo individualizado e sequencial de diversos procedimentos (Marcelino et al., 2008), representando cerca de 40 a 50 % da duração total da VMI (Esteban et al., 2002).

A maioria dos modelos de DV, evidenciam em comum o desmame como um processo de descontinuação da ventilação mecânica, sendo direcionado (ter um alvo) e privilegiado numa fase inicial, tendo o seu início o momento no qual a pessoa é intubada traquealmente e inicia a VMI (Bambi et al., 2015).

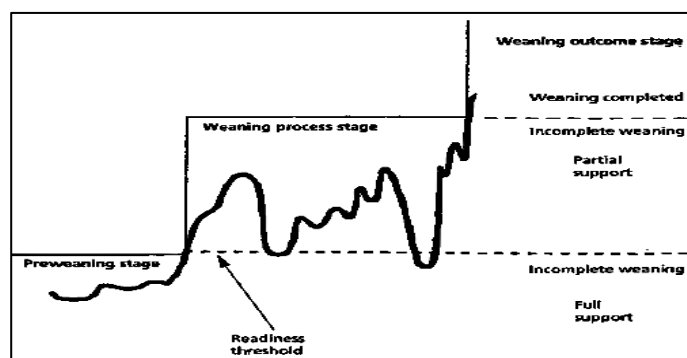
A análise do DV como processo é evidenciado na literatura por diversos autores, Meade et al. (2001), Boles et al. (2007), Crocker & Kinner (2008), e Knebel et al. (1994), que descreveram fases para o processo. Seleciona-se a abordagem a dois modelos, o *Weaning Continuum Model* (WCM), pela *American Association of Critical-Care Nurses*, referido por Burns et al., (2000) e o modelo sugerido no *International Consensus Conference* (ICC), referido por Boles et al. (2007).

A seleção por estes dois modelos tem como fundamentação, no caso do WCM, o facto de ser um modelo descrito pela disciplina de enfermagem, e o modelo ICC, por ser um modelo mais contemporâneo que o anterior, demonstrando a complexidade do processo, e complementando a análise do conceito de DV.

De acordo com o modelo WCM, o DV surge como o processo de ajudar a PSC a respirar espontaneamente sem suporte de ventilação mecânica, sendo as fases configuradas como uma progressão em escada. Define três fases distintas: *preweaning*, *weaning* and *weaning outcomes*.

A primeira fase, *preweaning*, abrange o período em que o desmame na sua fase ativa não pode ocorrer, porque o evento ou condição que impõe a necessidade de ventilação mecânica mantém-se e/ou outras complicações estão presentes. A fase *weaning* surge quando a situação clínica da pessoa estabilizou, sendo possível progredir para a descontinuação da ventilação mecânica. A fase *weaning outcomes*, consiste nos resultados do desmame, que podem ser expressos pela capacidade da PSC em manter respiração espontânea, com ou sem uma via aérea artificial, por 24h, pelo desmame incompleto com dependência de suporte parcial, ou pela dependência de um suporte completo ventilatório ou morte (Figura 1) (Burns, et al., 2000).

Figura 1. *Weaning Continuum Model*

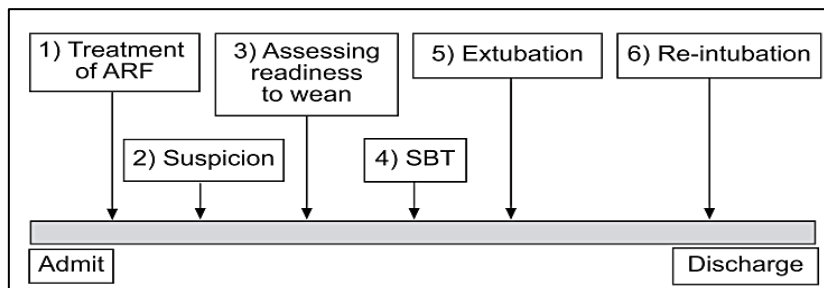


Fonte: Burns, et al. (2000)

O modelo proposto pelo ICC, propõem uma representação esquemática das diferentes fases que ocorrem na intervenção à PSC com necessidade de VMI, desde a intubação e o início da VMI, ao início do esforço da pessoa para o DV, até à descontinuação final da VMI e extubação, evidenciando assim, o processo de DV. Consiste em seis fases: a 1ª fase, o tratamento da insuficiência respiratória aguda a 2ª fase, a suspeição de que o desmame é possível; a 3ª fase, a avaliação da prontidão

para o desmame; a 4ª fase, a tentativa/teste de respiração espontânea; a 5ª fase, a extubação, e a 6ª fase, a possível reintubação (Figura 2) (Boles et al., 2007).

Figura 2. Representação esquemática das fases do processo de desmame ventilatório



Fonte: Boles et al. (2007)

A progressão nas várias etapas do desmame, considerando a resposta da PSC ao processo, poderá ser analisada e avaliada, introduzindo o conceito de classificação do DV. Considerando o tempo da duração do desmame e o número necessário de testes de respiração espontânea até uma extubação bem-sucedida, o desmame pode ser classificado, como simples, difícil ou prolongado. O sucesso do desmame é definido como extubação sem necessidade de reinstituir suporte ventilatório nas 48h após extubação. O insucesso do desmame pode ser definido por uma das três condições, um teste de respiração espontânea falhado; reintubação e/ou retoma do suporte ventilatório nas 48h após extubação; ou morte após as 48h de extubação (Figura 3) (Boles et al., 2007).

Figura 3. Classificação do desmame ventilatório (adaptado de Boles et al., 2007)

Desmame Simples	•Extubação bem-sucedida no primeiro teste/tentativa de respiração espontânea.
Desmame Difícil	•Três testes de respiração espontânea,ou a necessidade de até sete dias desde o primeiro teste de respiração espontânea para atingir um desmame bem sucedido.
Desmame Prolongado	•Até três tentativas falhadas de desmame ou que requerem sete dias de desmame a partir do primeiro teste de respiração espontânea.

Cada fase do DV tem um princípio e um fim, sendo que cada fase deve estar completa antes de se progredir para a seguinte. A tomada de decisão clínica está relacionada com cada fase, dependendo das respostas de adaptação da PSC, (Giménez et al., 2003). Assim, independentemente da forma como o processo de

transição do desmame é definido ou classificado, o processo de desmame é uma tentativa de permitir à pessoa que tenha tempo para se adaptar fisiológica e psicologicamente. A transição do suporte ventilatório para a respiração espontânea pode ser um período crítico para a PSC, sendo a prontidão fisiológica e psicológica da pessoa, relevantes para determinar um *outcome* de sucesso no DV (Blackwood, 2000).

1.3. A segurança na transição do desmame ventilatório

Como processo contínuo e dinâmico, o DV é influenciado por variáveis fisiológicas, psicológicas e ambientais. As variáveis fisiológicas como a dor, dificuldade em respirar, sensação de boca seca e de asfixia, contribuem para uma experiência negativa na transição do DV, marcada por sentimentos de desconforto, desamparo, medo, ansiedade e apreensão (Burns et al., 2000; Merchán-Tahvanainen et al., 2017),

Ao longo das diferentes fases, o risco de complicações é evidenciado por sintomas de insuficiência respiratória e cardíaca, associados a aumento do trabalho respiratório durante a redução do suporte da ventilação mecânica (Jeganathan et al., 2015).

O risco pode surgir também, por um desmame prematuro, surgindo complicações, como a proteção da via aérea ineficaz, a aspiração, a disfunção respiratória, o compromisso da difusão de gases e insucesso na extubação (Lago et al., 2019).

O insucesso na extubação ocorre em 10 a 20% dos casos, e está associada a piores *outcomes*, incluindo taxas de mortalidade de 25 a 50% (Thille et al., 2013). A PSC que necessita de reintubação, tem maior incidência de mortalidade hospitalar, aumento do tempo de internamento em UCI e no hospital, tempo mais prolongado de VMI, custos hospitalares mais elevados, e necessidade acrescida de traqueostomia (Rothaar & Epstein, 2003).

O DV exige um aumento do trabalho respiratório da pessoa, e se esta não estiver devidamente preparada e informada, a incerteza, o medo e a incapacidade para comunicar esse medo, podem conduzir ao aumento da ansiedade. Psicologicamente, a ansiedade e o medo podem causar *stress* físico, estimulando o sistema nervoso simpático, causando broncoconstrição. Isto conduz a um aumento da resistência das vias aéreas, do trabalho respiratório e das necessidades de oxigénio. Um ciclo prejudicial começa tendo como origem a ansiedade, e pode conduzir à contração dos músculos torácicos, hiperventilação e pânico, surgindo cansaço precoce e uma troca

de gases inadequada. Qualquer uma destas respostas, ou a combinação das mesmas, pode impedir ou prejudicar o processo de DV (Blackwood, 2000).

A incapacidade da pessoa em adaptar-se a níveis baixos de suporte ventilatório mecânico, interrompendo e prolongando o DV, é a definição do diagnóstico de enfermagem Resposta disfuncional ao DV, definido pela *North American Nursing Diagnosis Association*. A resposta disfuncional é avaliada considerando características definidoras como leves, moderadas a graves; os fatores relacionais, que podem ser fisiológicos, psicológicos e situacionais; e as condições associadas (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Perante a probabilidade de ocorrência do risco, do dano e do sofrimento, torna-se necessário definir o conceito de segurança, considerando o grau de vulnerabilidade da PSC na transição do DV, assumindo a vulnerabilidade, de acordo com Chesnay (2005), o significado como conceito geral, de suscetibilidade. A vulnerabilidade está relacionada com a experiência da transição, com as interações e as condições do ambiente, que expõem os indivíduos a um dano potencial, ou a uma problemática e extensa recuperação (Meleis et al., 2000).

A segurança da pessoa associada aos cuidados de saúde, traduz a redução do risco de danos desnecessários, relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2011). A probabilidade da ocorrência de incidentes e ameaças à segurança da pessoa, impõe ações que devem ser desenvolvidas para reduzir o risco, consistindo em intervenções para reduzir, gerir ou controlar danos futuros, podendo assim influenciar os incidentes, os fatores desencadeantes e atenuantes, e a deteção do risco (Runciman et al., 2009).

A transição do suporte ventilatório mecânico para a respiração espontânea, poderá assim revestir-se de características de um incidente de segurança, visto que o conceito de incidente de segurança, caracteriza-se como um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário (DGS, 2011). Assim como, pode revestir-se de características de uma ameaça à segurança, considerando o conjunto de circunstâncias que podem conduzir ao dano (DGS, 2011). O dano inclui o prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante, inclui doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte. O sofrimento é considerado como a experiência de qualquer desconforto subjetivo, e o risco a probabilidade de ocorrência de um incidente (DGS, 2011).

O conceito de risco e de vulnerabilidade pode ser diferenciado, considerando se o perigo para a saúde está relacionado com fatores da pessoa ou do ambiente.

O risco surge como um fator potencial de *stress* ou perigo no ambiente. O ambiente inclui os dois ambientes, o ambiente imediato, como a temperatura, a luz, o ruído, a poluição, assim como, o ambiente mais amplo como a família, a comunidade e sociedade (Rose & Killien, 1983, as cited in Roger, 1997). O grau de vulnerabilidade representa o resultado da interação entre as variáveis, vulnerabilidade, recursos pessoais e suporte do ambiente. À medida que a pessoa desenvolve recursos pessoais e se move para um ambiente mais suportado, a vulnerabilidade diminui, tendo cada pessoa fatores pessoais que na interação com o ambiente podem influenciar a saúde, assim como a alteração nos fatores de risco modificáveis pode diminuir o grau de vulnerabilidade da pessoa, e melhorar a saúde (Rogers, 1997).

A transição do DV pode resultar numa experiência com sentimentos negativos, no entanto, fatores como o suporte prestado pela equipa de saúde, a família ou a autodeterminação, permitem que a pessoa vivencie a experiência com menos sofrimento físico e emocional, promovendo assim o sentimento de controlo e participação no processo de DV (Merchán-Tahvanainen et al., 2017).

No domínio da melhoria contínua da qualidade, a intervenção especializada de enfermagem, tem a responsabilidade de garantir um ambiente terapêutico e seguro. A gestão do ambiente centrada na pessoa, é imprescindível para a efetividade terapêutica na prevenção de incidentes, atuando proactivamente na gestão do risco (Regulamento n.º 140/2019, 2019). O enfermeiro com um bom mapa das vulnerabilidades da pessoa, está em melhor posição para localizar os riscos, e assim antecipar e prevenir problemas (Benner et al., 2011).

1.4. A intervenção especializada de enfermagem na promoção da segurança da PSC na transição do desmame ventilatório

Considerando o seu mandato social, os enfermeiros especialistas identificam de forma célere os problemas potenciais, relativamente aos quais tem a competência para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para preveni-los, ou minimizar os seus efeitos indesejáveis (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2001).

Com o objetivo de prever e detetar complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil, os cuidados de enfermagem à PSC e

família exigem uma avaliação sistemática e sistematizada da informação, permitindo conhecer continuamente a PSC e família (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Considerando que, as intervenções de enfermagem, devem ter como foco o processo e a experiência da pessoa durante a transição, tendo como resultados a saúde e o bem-estar percebido, e influenciando os processos de transição através de uma intervenção centrada na pessoa e nas suas reais necessidades, os enfermeiros podem ser uma condição facilitadora da experiência no processo de transição (Meleis & Trangenstein, 1994).

A compreensão da natureza e das respostas às mudanças, facilitando e suportando a experiência da pessoa, e intervindo nas diferentes fases da transição, será o objetivo da intervenção de enfermagem (Meleis, 2015). O foco, a preocupação da intervenção é facilitar, seja preventiva ou terapêuticamente, o processo de transição que a pessoa experiencia (Chick & Meleis, 1986). A intervenção de enfermagem pode ser conceptualizada como terapêutica ou de prevenção. A intervenção terapêutica ocorre depois das consequências de a transição ter sido experienciada, e a intervenção preventiva ocorre antes da transição ou antes das consequências (Meleis, 2015).

O desafio envolve o desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem que permitam, aumentar a consciencialização e o envolvimento durante as transições; antecipar a transição e facilitar a aquisição de conhecimentos e de comportamentos; identificar os significados, as crenças e as atitudes pessoais e sociais associadas às transições; e, identificar pontos e acontecimentos críticos (Brito, 2012).

Schumacker and Meleis (1994), identificam três domínios aplicados às intervenções de enfermagem durante as transições. O primeiro é a avaliação da prontidão (*readiness*), num esforço multidisciplinar e que requer uma compreensão abrangente da pessoa, que deve incluir cada uma das condições: significados, expectativas, nível de conhecimento, ambiente, nível de planeamento e bem-estar emocional e físico. Assim, possibilita a criação de um perfil individual da pessoa, e permite identificar os vários padrões da experiência da transição. Os padrões de resposta incluem os indicadores de processo. Os indicadores de processo permitem identificar se a pessoa ao vivenciar a transição, se encontra na direção da saúde e bem-estar, ou na direção da vulnerabilidade e dos riscos (Meleis et al., 2000). Outro domínio é a preparação para a transição, sendo a educação a principal intervenção, criando as condições ótimas na preparação da transição. O terceiro domínio consiste em *role supplementation*, sendo operacionalizada em componentes, estratégias e

processos. *Role supplementation* surge como uma estrutura para as intervenções de enfermagem, que requer análise rigorosa dos objetivos, sentimentos e comportamentos necessários para o desempenho do papel (*Role*), ou seja, para ajudar a pessoa a desenvolver o seu papel (Meleis, 1975). O objetivo será a mestria do papel, sendo definida como um indicador de resultado, reveladora de uma transição saudável e completa, que determina as novas capacidades/ competências da pessoa, necessárias para gerir a transição (Meleis et al., 2000).

Sustentado o pensamento na teoria das transições, e contextualizando as intervenções preventivas e/ou terapêuticas perante a PSC na transição do DV, importa assim identificar quais as intervenções de enfermagem que facilitam a transição segura da PSC em DV, considerando a experiência da PSC na transição, e se a mesma se desenvolve em direção à saúde e bem-estar, ou se direciona para os riscos e para o aumento do grau de vulnerabilidade.

Com o objetivo de identificar estratégias e intervenções sustentadas na evidência, foi desenvolvida uma RIL com a seguinte pergunta de investigação “Quais as intervenções de enfermagem que promovem a transição segura do desmame ventilatório da Pessoa Situação Crítica na unidade de cuidados intensivos?”, cujo protocolo de pesquisa se encontra em apêndice (Apêndice I).

As revisões integrativas expõem o estado da ciência, contribuem para o desenvolvimento da teoria, e têm aplicabilidade direta à prática e à política, têm o potencial de resultar numa descrição abrangente de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde importantes para a enfermagem (Whittemore & Knafl, 2005).

Assim, e recorrendo aos resultados da RIL, analisa-se a intervenção especializada de enfermagem considerando quatro eixos de intervenção, que possibilitam uma transição segura da PSC no DV. Identifica-se o eixo da vigilância em enfermagem, através da identificação e avaliação do risco (Kwon & Choi, 2017); o eixo do processo da tomada de decisão numa perspetiva holística (Tingsvik et al., 2015), baseada numa avaliação e conhecimento abrangente e global da pessoa; o eixo da continuidade de cuidados, que revela a necessidade de cuidados contínuos, consistentes e ininterruptos, e de uma comunicação contínua e eficaz. (Khalafi et al., 2016); e o eixo da liderança em enfermagem, nomeadamente a liderança na implementação e gestão de protocolos de DV (Hirzallah et al., 2019).

Kwon and Choi (2017), evidenciam que a identificação dos fatores de risco promove a redução do mesmo, sendo esses fatores categorizados em pessoas, tecnologias,

ambientais, organizacionais e tarefa. A agitação, o *delirium*, a modalidade ventilatória, o turno da noite, são identificados como fatores de risco para uma extubação não planejada. Assim, a competência dos enfermeiros em reconhecerem os fatores de risco de uma extubação não planejada aumenta a segurança da PSC (Kwon & Choi, 2017). Reconhecer riscos específicos e vulnerabilidades da pessoa, permite ao enfermeiro antecipar complicações futuras ou crises, prepará-las ou preveni-las. Este tipo de premeditação clínica, permite ao enfermeiro identificar os riscos e monitorizar as tendências clínicas (Benner et al., 2011).

Compreender o risco inerente a qualquer curso de ação é um dos elementos da vigilância em enfermagem. A competência de avaliar e minimizar o risco é uma característica da vigilância profissional, sendo a vigilância um pré-requisito para informar a ação de enfermagem. A prática da vigilância é fundamental para garantir a segurança da pessoa em contextos de cuidados de saúde (Meyer & Lavin, 2005).

Considerando que, no DV após a redução do suporte ventilatório a próxima intervenção é determinada pela resposta da PSC, e perante indicadores de resposta flutuantes e imprevisíveis, é necessário monitorizar constantemente e responder de forma oportuna a essas mudanças (Khalafi et al., 2016a). A intervenção especializada de enfermagem, com o objetivo de conhecer continuamente a situação da pessoa, família; de prever e detetar precocemente complicações; de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil, exige uma observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

No eixo de intervenção do processo da tomada de decisão, considera-se o DV uma situação complexa de enfermagem, na qual a pessoa é o foco, sendo influenciada pela cultura do contexto de cuidados (Tingsvik et al., 2015). No estudo qualitativo de Tingsvik et al. (2015) que teve como objetivo descrever os fatores que influenciam a tomada de decisão dos enfermeiros no DV, o processo de tomada de decisão tem como base um fator dominante, a avaliação global da pessoa. Esta avaliação é um processo contínuo, que consiste na avaliação da situação fisiológica, psicológica, e da perspetiva da pessoa. A perspetiva da pessoa envolve o ambiente, as expetativas e experiências; a situação fisiológica, remete para a avaliação, entre outros, da reação da pessoa à redução do suporte ventilatório, a sua situação clínica e o tempo de ventilação mecânica. O nível de sedação e a função cognitiva permitem a avaliação da dimensão psicológica. A cultura de cuidados, as características da equipa, as

competências dos enfermeiros, a personalidade e a possibilidade de estar presente, são outros fatores que influenciam a tomada de decisão (Tingsvik et al., 2015).

As decisões no DV devem ser tomadas pela pessoa mais indicada para o fazer, tendo em conta a experiência, a atitude e o interesse, considerando que, o nível de experiência e de competência influenciam a tomada de decisão, sendo a experiência um elemento que aumenta a sensibilidade para os fatores limitadores e facilitadores no processo de desmame (Khalafi et al., 2016a; Tingsvik et al., 2015).

Considerando o estudo qualitativo de Jenny and Logan (1992), sobre a intervenção de enfermeiras peritas no DV, a tomada de decisão clínica no momento em que a pessoa se encontra em processo de DV, inclui uma avaliação contínua da pessoa, a identificação de indicadores de tolerância perante a redução do suporte ventilatório, e a identificação e execução de intervenções que ajudem na sua progressão. Surge assim, o conceito de *patient knowledge*, para descrever o processo através do qual as enfermeiras peritas adquirirem e utilizam o conhecimento clínico para selecionar as intervenções de enfermagem (Jenny & Logan, 1992). Evidenciando os padrões de conhecimento em enfermagem, descritos por Carper (1978), Jenny and Logan (1992), descrevem-nos, especificamente no processo de DV. O conhecimento científico, remete para os conhecimentos dos enfermeiros sobre a doença, a tecnologia do desmame, constituindo o seu conhecimento empírico e dirige o foco do processo de conhecimento. O conhecimento estético, sustentado na percepção dos enfermeiros de uma expressão singular, única e particular subjetiva da realidade, personificada pela singularidade da pessoa, sendo expressa em intervenções de enfermagem adaptadas para satisfazer as necessidades específicas da pessoa. O conhecimento pessoal, que envolve o uso terapêutico de si mesmo (enfermeiro), estabelecendo uma relação pessoal autêntica com a pessoa, estabelecendo uma relação de parceria. O conhecimento moral é expresso no respeito pela individualidade de cada pessoa, promovendo o conforto holístico (Jenny & Logan, 1992).

Independentemente da origem das condições que iniciam a transição, a vivência da transição pode ser mediada pelo que o ambiente oferece em termos de suporte, ou seja, a natureza particular do ambiente pode impedir ou facilitar a transição (Chick & Meleis, 1986). Considerando o ambiente como fator determinante no processo de tomada de decisão (Tingsvik et al., 2015), a transição da PSC no DV é indissociável do contexto de cuidados críticos, no qual o ambiente envolvente é caracterizado pela densa presença da tecnologia. Utilizada e assimilada não apenas na lógica da

eficiência e da funcionalidade, a tecnologia em saúde, tem o potencial para orientar e facilitar a tomada de decisão nos cuidados de saúde (Stayt et al., 2015; Wikström et al., 2007). Mantendo uma presença próxima e de suporte, proporcionando conforto, os enfermeiros podem minimizar o potencial invasivo e de isolamento da tecnologia (Stayt et al., 2015). Os enfermeiros peritos abordam a tecnologia de forma diferente, considerando o desmame como uma tecnologia, com a qual podem melhorar os *outcomes* da pessoa (Crocker & Timmons, 2009).

Assim, a tecnologia permite compreender a singularidade e a individualidade da pessoa como humana, e que requer um conhecimento contínuo. O conhecimento tecnológico é uma forma deliberada para a compreensão da pessoa, guiado por revelações provenientes da utilização competente da tecnologia. Para compreender a pessoa, o enfermeiro entra no mundo do outro, conhecendo o outro como participante no seu cuidado, em vez de ser objeto impessoal de cuidados (Locsin, 2015).

A tomada de decisão, reflete um conjunto de decisões clínicas perante as quais a experiência e a perícia dos enfermeiros são necessárias e relevantes, assim como, é necessário um juízo clínico preciso e intervenções oportunas (Crocker & Scholes, 2009; Tingsvik et al., 2015). A compreensão em simultâneo dos aspetos fisiopatológicos, de diagnóstico da situação clínica e de doença da pessoa, da experiência de doença da pessoa e família, e dos recursos físicos, sociais, emocionais e de *coping*, são requisitos para um bom juízo clínico em enfermagem. O juízo clínico permite a interpretação sobre as necessidades, preocupações, problemas de saúde da pessoa, resultando na decisão de intervir ou não intervir, utilizando abordagens *standard*, ou improvisando novas abordagens, consideradas adequadas através da forma como a pessoa responde à intervenção (Tanner, 2006). Ao monitorizar a eficácia das ações e fazer juízos sobre que intervenções funcionam, ou não funcionam, em situações específicas, os enfermeiros ajustam continuamente os cuidados, construindo a base multifacetada de conhecimento que evidencia uma característica da perícia em enfermagem (Benner, 2001).

A necessidade de cuidados constantes é evidente na transição do DV, surgindo assim, o eixo de intervenção continuidade dos cuidados, considerando que é um processo gradual que requer cuidados contínuos, consistentes e ininterruptos, conceptualizados como a matriz do processo de desmame, caso contrário, diminui a capacidade de intervenção às mudanças na condição clínica da pessoa, em tempo útil, nas várias etapas do DV (Khalafi et al., 2016a).

Os cuidados contínuos facilitam o processo de DV, minimizando interrupções, melhorando a segurança, os *outcomes* e reduzindo complicações. São definidos como cuidados ininterruptos, estáveis, abrangentes e dinâmicos de um turno para o outro. Englobam a monitorização da pessoa, com resposta imediata a todas as mudanças fisiológicas e psicológicas (Khalafi et al., 2016a).

Na descrição dos cuidados contínuos na prática clínica Khalafi et al. (2016a), evidenciam a comunicação contínua entre a PSC e o enfermeiro, como forma de motivar a PSC para o DV. Os autores evidenciam também, a construção de uma relação de confiança e a supervisão abrangente do processo, como estratégias para responder de forma contínua a indicadores de processo flutuantes e imprevisíveis. A qualidade dos cuidados de turno para turno é assegurada através de uma comunicação efetiva entre os enfermeiros, que deve incluir a informação sobre a pessoa, assim como, informação sobre o processo de cuidados relacionado com o DV, assegurando a continuidade e a qualidade (Khalafi et al., 2016a).

Os enfermeiros devem proporcionar condições ambientais e organizacionais favoráveis para manter a integridade e os cuidados contínuos, e reduzir os atrasos no processo de DV, utilizando as suas competências clínicas para desenvolver planos de DV centrados na pessoa, e que incluam as competências clínicas de toda a equipa multidisciplinar (Crocker, 2009; Khalafi et al., 2016a).

A gestão do DV requer uma tomada de decisão dinâmica e colaborativa, para minimizar complicações e evitar atrasos na transição para a extubação. Na ausência da colaboração, a tomada de decisão pode ser fragmentada, inconsistente e com atrasos (Rose et al., 2011). Assim, a intervenção especializada de enfermagem no DV configura, a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados, através da otimização do trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O eixo de intervenção de liderança de enfermagem, surge na implementação e gestão dos protocolos de DV, como intervenção que promove a segurança, considerando os *outcomes* obtidos, nomeadamente a redução da duração da ventilação mecânica, do tempo de desmame, do tempo de internamento em UCI.

Protocolos de DV uniformes, estruturados e baseados na melhor evidência, minimizam variações na prática clínica (Hirzallah et al., 2019).

Não obstante, os protocolos podem simplificar o DV e concentrar-se na resposta fisiológica. Assim, os protocolos devem ser centrados na pessoa, identificando

intervenções dirigidas à pessoa e sua família, e os aspetos psicológicos devem ser compreendidos e valorizados (Crocker & Scholes, 2009; Merchán-Tahvanainen et al., 2017). Rose et al., (2014) evidenciam fatores que condicionam o DV, e que demonstram a sua complexidade, como a necessidade de combinar conhecimento subjetivo da PSC com dados clínicos objetivos; o equilíbrio entre a sistematização do DV com as necessidades individuais; a avaliação do trabalho físico e psicológico da PSC no desmame, e a importância da colaboração e comunicação interprofissional.

Consequentemente, os enfermeiros, nos cuidados críticos, devem parar de procurar o que é definido como a 'ciência' do desmame e concentrar-se na arte, se quiserem melhorar as experiências e os *outcomes* das pessoas (Crocker, 2009).

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O percurso de desenvolvimento de competências de mestre e enfermeiro especialista, foi realizado em contexto de situação de pandemia COVID-19 ⁴ no ano de 2020 e de 2021. A situação pandémica fez surgir constrangimentos e limitações, com necessidade de constantes adaptações e reestruturações no percurso. Não obstante, simultaneamente originou situações de aprendizagem e de reflexão imprevistas, como consequência das adaptações às reestruturações constantes, mas com relevância para a aquisição e desenvolvimento de competências de mestre na área de especialização da PSC, nomeadamente, o saber aplicar conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares (Decreto-Lei nº65/2018, 2018), e o desenvolvimento do autoconhecimento e a assertividade (Regulamento nº140/2019, 2019).

Um contexto pandémico, que aumenta a pressão nos serviços de saúde a nível global, requer uma adequada reorganização dos circuitos de utentes nas unidades hospitalares, assim como implica a implementação efetiva de medidas de prevenção e controlo de infeção. De forma a controlar o contágio e a propagação da doença COVID-19, surgiram um conjunto de medidas extraordinárias nas unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde

Por conseguinte, tornou-se necessário uma reestruturação constante do percurso, decorrentes das mudanças a nível social e nas instituições de saúde, implicando uma compreensão e reflexão sobre as transições organizacionais que emergiram durante o período pandémico. As transições organizacionais, como resultado de uma mudança no meio social, económico, e ou político, representam mudanças no ambiente das instituições, com alterações na estrutura ou nas dinâmicas organizacionais, nomeadamente a reorganização estrutural das instalações, introdução de novas tecnologias, adoção de novas políticas e mudanças em posição de liderança (Meleis & Trangensteins, 1994).

Nos contextos de estágio, na gestão dos recursos físicos e humanos, destacava-se a importância para as equipas de saúde em identificar estratégias e as condições facilitadoras, para as pessoas na transição organizacional. A constante atualização do conhecimento científico, as estratégias de *coping* como humor, a resiliência, perante as reestruturações das equipas e os novos circuitos e equipamentos, a adaptação à

⁴ No contexto da pandemia causada pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), a doença é designada por COVID-19, com origem na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China (Zhu et al., 2020).

perda de elementos da equipa para serviços COVID-19, revelaram padrões de resposta das equipas de enfermagem na transição organizacional.

Num constante diálogo entre a teoria e a prática, a reflexão necessária sobre a intervenção especializada de enfermagem na prática clínica, revela uma reflexão sobre a compreensão dos fatores que facilitam e inibem uma transição, perante a experiência vivida da PSC, e família, na transição saúde/doença, minimizando o impacto da transição, e reduzindo o grau de risco e de vulnerabilidade.

Conceptualizar a pessoa a vivenciar uma situação crítica, evidencia uma matriz de fatores fisiológicos, psicológicos, emocionais e ambientais, assim como, revela a relação dinâmica e complexa existente entre os mesmos. Situar a pessoa a vivenciar uma situação crítica permite identificar e compreender o evento que impõe uma mudança na sua situação de saúde, assim como, permite compreender o impacto que essas mudanças têm na sua vida e na sua saúde

A orientação do pensamento da intervenção na prática clínica foi norteadada perante estas reflexões, sendo partilhada inicialmente com os enfermeiros orientadores, e posteriormente com as equipas de enfermagem.

Considerando o objetivo geral, desenvolver competências na gestão de um ambiente terapêutico e seguro, na pessoa em processo de desmame ventilatório, que incorporem as dimensões da responsabilidade profissional, ética e legal, foram definidos os objetivos específicos, após reflexão com o enfermeiro orientador e com o professor orientador, atendendo à realidade identificada nos contextos de estágio, perante as transições organizacionais que caracterizavam cada contexto

2.1. Percurso de desenvolvimento de competências em contexto de estágio Unidade de Internamento

O planeamento inicial, incluía um contexto de estágio de UCI que proporcionasse situações de cuidados perante a PSC e família com necessidade de VMI, foi alterado por constrangimentos pandémicos, para um contexto de estágio de Unidade de Internamento (UI), inserida num hospital da área metropolitana de Lisboa, no período de 23 de novembro de 2020 a 31 de janeiro de 2021.

A UI, integrada no serviço de pneumologia, apresenta como missão o tratamento da pessoa com Insuficiência Respiratória (IR) descompensada, integrando cuidados como: a Ventilação Não Invasiva (VNI); a reabilitação respiratória em fase aguda; o DV e a descanulação da pessoa traqueostomizada após VMI.

Integra cuidados também na área do ensino, investigação e formação diferenciada, na vertente da IR a diversos grupos profissionais, sendo constituída por uma equipa multidisciplinar (equipa médica, equipa de enfermagem, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista). A estrutura física de internamento da UI apresenta-se dividida entre uma UCI, com características de unidade nível 1, com quartos de isolamento, e uma ala de enfermeira, sendo a atribuição da cama baseada em critérios clínicos, e em objetivos terapêuticos, na lógica de uma gestão eficaz dos recursos.

Perante a finalidade de agir como perita na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa e família, que vivenciam situações críticas de saúde, o percurso de desenvolvimento de competências foi realizado na área da UCI. Esta integra cuidados de saúde, conducentes com o conceito de cuidado intensivo, expresso por Marshall et al. (2017), como uma especialidade multidisciplinar e interprofissional, dedicada a uma gestão abrangente da pessoa que tem, ou que está em risco de desenvolver disfunção de órgão aguda, com ameaça para a sua vida, e especificamente no contexto de estágio, perante uma situação de doença por IR.

A UI tem a capacidade de monitorização contínua, não invasiva de sinais vitais, de monitorizar a Saturação Transcutânea de Oxigénio (SatO₂) monitorização contínua da eletrocardiografia, e o suporte de órgão é realizado através da ventilação de pressão positiva não invasiva ou por ventilação mecânica invasiva a curto prazo, sendo compatível com a definição de UCI nível 1 (Marshall et al., 2017).

A definição de objetivos constituiu a primeira etapa, emergindo a necessidade de reestruturação do planeamento inicial, pelas especificidades do contexto clínico de estágio. À semelhança de outras unidades de saúde, surgiram mudanças, e com elas a adaptação perante as mesmas. As principais mudanças relacionaram-se com as especificidades das pessoas com necessidade de internamento na UI. Assim, a necessidade de internamento por IR, por descompensação ou agudização da doença respiratória crónica com necessidade de suporte ventilatório, encontrava-se diminuída. Ao longo do período de estágio, foi perceptível um aumento do número de internamentos por necessidade de reabilitação respiratória e motora, após situação crítica com necessidade de VMI por doença COVID-19.

No contexto de estágio de prática clínica, as intervenções de enfermagem perante a promoção de um ambiente terapêutico e seguro, respondem à dimensão deontológica da humanização dos cuidados, através de intervenções que contribuem para a criação de um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da

pessoa, sendo o centro de ação do enfermeiro a pessoa, e a relação o seu principal instrumento (OE, 2015). Englobam o dever deontológico da excelência do exercício, através de intervenções que refletem a minha responsabilidade em manter a atualização contínua dos conhecimentos, em utilizar de forma competente as tecnologias, e complementando com a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (OE, 2015), demonstrando uma tomada de decisão de acordo com princípios, valores e normas deontológicas (Regulamento nº140/2019, 2019).

A criação de um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa, na prática clínica impõe uma intervenção centrada na pessoa.

Cuidados centrados na pessoa, baseados em quem é a pessoa, no seu contexto, na sua história, na sua família, nas suas forças e fraquezas individuais, destacam a importância de conhecer a pessoa por trás da doença, como um ser humano com razão, vontade, sentimentos e necessidades (Ekman et al., 2011). O Cuidado Centrado na Pessoa (CCP) é uma antítese do reducionismo, considerando que as pessoas não podem ser reduzidas apenas à sua doença. É considerada a sua subjetividade e a sua integração no ambiente envolvente, os seus pontos fortes, os seus planos futuros e os seus direitos, envolvendo a pessoa, como uma parte ativa no seu cuidado e no processo de tomada de decisão (Leplege et al., 2007). As intervenções de um CCP efetivo, devem ter como *outcomes*: a satisfação com o cuidar; o envolvimento no cuidar; o sentimento de bem-estar, e a criação de um ambiente terapêutico (McCormack et al., 2015).

No contexto de prática clínica, foram identificadas práticas e intervenções que promovem a gestão de um ambiente terapêutico. No início de cada turno, a intervenção de verificação dos parâmetros dos alarmes da monitorização de sinais vitais e dos parâmetros ventilatórios, adequando à pessoa e à sua situação clínica, foi identificada como intervenção que promove a segurança da PSC. O ajustar dos limites dos alarmes, de acordo com a individualidade de cada PSC, revela o conhecimento que se tem sobre a mesma e a sua situação, e tem como objetivo promover um ambiente seguro. Manifesta a intencionalidade do enfermeiro, em estar preparado perante a imprevisibilidade da ocorrência de alterações no estado clínico da PSC, assim como pressupõe que tenha um conhecimento holístico da pessoa.

Evidencia uma intervenção de enfermagem que se norteia pelo juízo clínico sobre a situação clínica no momento, e que corresponde ao CCP, com a finalidade de criar um ambiente terapêutico. Adequar a sensibilidade dos parâmetros dos alarmes à

situação clínica, ilustra o que Benner et al. (2011), referem como o uso judicioso dos monitores. Ou seja, uma intervenção que permite o uso criterioso da tecnologia, perante a incapacidade de se prever com confiança, como uma pessoa em particular responderá a uma terapia específica (Benner et al., 2011).

Aumentando a sensibilidade dos parâmetros dos alarmes centrando na pessoa, a imprevisibilidade da situação crítica aumenta a probabilidade de ter resposta em tempo útil às necessidades da PSC. A definição de tempo útil, considera o tempo necessário para assegurar que não existem atrasos no diagnóstico e respetivo tratamento, assim como todas as respostas que lhe são inerentes (OE, 2015).

Esperar e estar preparado para o inesperado, é essencial na prática de cuidados agudos e críticos, e é fulcral para a vigilância dos enfermeiros peritos, porque transições fisiológicas podem ocorrer rapidamente sem qualquer aviso (Benner et al., 2011). A situação clínica da pessoa pode mudar de momento para momento, a pessoa é dinâmica, e as suas ações não podem ser previstas, e a utilização da tecnologia permite ampliar o aspeto da pessoa que requer revelação (Locsin, 2015).

Na prática clínica, a verificação dos alarmes surge como uma forma de vigilância (Benner, et al., 2011). A vigilância como um processo sistemático, orientado para objetivos baseados na deteção precoce de sinais de mudança, interpretação das implicações clínicas de tais alterações, e início de intervenções rápidas e adequadas (Giuliano, 2017). A abertura à reinterpretação de uma situação, através de flexibilidade e adaptabilidade no seu pensamento e julgamento, quando algo significativo se apresenta ou muda, caracterizam os enfermeiros peritos na prática clínica (Benner et al., 2009, Benner et al., 2011).

Recordo a situação de cuidados, perante a experiência de transição saúde/doença do Sr. J., 62 anos, com antecedentes pessoais de doença pulmonar obstrutiva crónica e hábitos tabágicos, que necessita de internamento por sinais de dispneia e diminuição da SatO₂, sendo diagnosticada uma IR, com hipoxémia e acidémia respiratória, com necessidade de VNI⁵. Os alarmes do monitor e do ventilador estavam constantemente a alarmar, quando chegávamos ao quarto, tinha a *interface* removida, referindo que a *interface* lhe provocava desconforto na pirâmide nasal, que tinha sede, que tinha “*muitos fios e muitas máquinas*” (*sic*), e que não precisava delas todas, e

⁵ A VNI define-se com a ventilação em que não requer uma via aérea artificial. A interface com o ventilador ocorre através de uma mascar facial, nasal, capacete (Burns et al., 2014; Marcelino et al., 2008).

que pela presença de tantos fios não se conseguia mobilizar na cama. Após várias intervenções para promover o conforto e adaptação à interface, com recurso a medidas não farmacológicas e farmacológicas, continuava com a sua inquietude, e o monitor e o ventilador continuavam a alarmar.

Realizados os ajustes possíveis, considerando a situação clínica, sendo ainda necessário longos períodos de VNI, para compensar a IR, e a dispneia. A situação repetiu-se algumas vezes, até que numa das situações o alarme do monitor tinha um som diferente, despertando a percepção que a situação não seria igual às anteriores. Na abordagem, o Sr. J. apresentava-se sonolento, mas despertável à estimulação verbal, com uma respiração superficial e frequência respiratória 28-30cpm, SatO₂ 80%, desta vez com a *interface* colocado, com volume corrente de 200-250ml. Após avaliação da situação com o enfermeiro orientador induz-se que, as necessidades de suporte ventilatório tinham-se modificado, pela alteração do seu estado consciência, necessitando de aumento na pressão de suporte, com o objetivo de aumentar volume corrente, e assim aumentar SatO₂.

A intervenção em tempo útil, resulta assim de um conjunto de intervenções, e neste caso específico, os alarmes estarem adequados à situação clínica do Sr. J., alertaram os enfermeiros permitindo uma deteção precoce de sinais de alterações clínicas, reduzindo assim o risco de incidentes adversos. Reconhecer e compreender a mudança de relevância, é fulcral para a prática especializada (Benner et al., 2011). Esta situação permitiu desenvolver competências na gestão de um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº140/2019, 2019), cuidando da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica (ESEL, 2010).

Considerando as características da UI, nomeadamente uma UCI nível 1, com predomínio na utilização de VNI como suporte ventilatório, e as experiências vivenciadas perante a pessoa na transição do DV, necessariamente surgiu a reflexão e análise sobre a intervenção de enfermagem na transição da PSC em DV, no contexto de estágio. Atendendo que, a VM é todo o procedimento de respiração artificial que envolve um aparelho mecânico, que ajuda a substituir a função respiratória com a finalidade de melhorar a oxigenação pulmonar, não é considerada uma terapia, mas sim uma ortótese ⁶, externa e temporal.

⁶ O ventilador é tecnicamente uma ortose porque para o suporte ventilatório é necessário a presença de pulmão minimamente viável (Marcelino et al., 2008).

A finalidade é dar tempo para que a lesão estrutural ou funcional, que conduziu ao suporte, se repare ou se recupere (Marcelino et al., 2008). Deste modo, e considerando a definição de DV como a transição de suporte ventilatório para a respiração espontânea, a intervenção de enfermagem é analisada considerando a transição da pessoa que necessita de VM, quer seja invasiva ou não invasiva.

À enfermagem importa assim, independentemente da forma como o suporte ventilatório é alcançado através da tecnologia e do contexto de prática clínica, perspetivar o DV como um processo de mudança que causa impacto na situação da PSC, considerando as respostas adaptativas da PSC nas diversas fases de redução e remoção do suporte ventilatório. Considerando o DV como uma transição, coloca-se o foco da intervenção na experiência humana ao considerar que as transições, de acordo com Meleis and Trangenstein (1994), podem ser compreendidas como experiências humanas, como o conjunto de respostas influenciadas ao longo do tempo, por condições pessoais, ambientais, expectativas e percepções da pessoa, e pelos significados das experiências.

Ir ao encontro da pessoa, para intervir na sua situação e procurar identificar o mais finamente possível as componentes da situação que interagem, significa ter um vasto campo de conhecimentos que inclui os elementos que provêm da observação, de conhecimentos científicos, teorias e modelos, assim como aprendizagens das suas experiências pessoais anteriores (Hesbeen, 2000).

O encontro com a Sra. R. na UI, foi revelador da complexidade da experiência humana, na transição saúde/doença da PSC e do processo de DV. Considerando que, uma experiência particular pode ter a força suficiente para servir de modelo ou paradigma (Benner & Wrubel, 1989,), este encontro teve uma grande relevância e impacto no desenvolvimento de competências, tendo escolhido a Sra. R. para a elaboração de um Estudo de Caso. Escolha que me proporcionou uma reflexão aprofundada sobre a experiência da transição saúde/doença da Sra. R., objetivando a Teoria das Transições na prática clínica de enfermagem.

O encontro com a Sra. R., na realidade foi um reencontro. Há cerca de três meses tinha conhecido a Sra. R., em contexto de UCI polivalente onde exercia a minha prática profissional. Neste reencontro, o vasto campo de conhecimentos necessário, para intervir na situação atual da pessoa (Hesbeen, 2000), teve que ser compreendido com o conceito de pessoa com Doença Crítica Crónica (DCC), com o conhecimento adquirido sobre as intervenções de enfermagem que promovem a transição segura

do DV, e teve que ser suportado pela Teoria das Transições, selecionando fontes de informação relevantes para a tomada de decisão (ESEL, 2010), e através da prática clínica baseada em evidência científica (Regulamento nº140/2019, 2019).

O conceito de pessoa com DCC, define as pessoas, que sobreviveram a episódios de doenças críticas agudas, mas que mantêm a disfunção persistente do órgão, exigindo semanas, meses ou mesmo anos de cuidados especializados (Carson, 2012). O que evidencia a DCC, é a falência respiratória que requer uma dependência prolongada de VM (dependência ventilatória de dois dias a quatro semanas), existindo evidência crescente, que pode ser considerada uma síndrome, que engloba outras características clínicas e afetando vários sistemas e órgãos (Nelson et al., 2010).

A Sra. R. de 80 anos, com internamento há mais de um mês naquela UI, e com um período de internamento hospitalar superior a quatro meses, tendo necessitado de internamento em várias unidades de internamento, mantinha o mesmo problema que a levou à UCI onde eu exercia funções: o DV. Necessitou de VMI após ter sido submetida a artrodese anterior de C6-C7 e posterior C4-T1 em agosto de 2020, com infeção do local cirúrgico, com necessidade de desbridamento cirúrgico e lavagem cirúrgica da ferida operatória. O reencontro, revelou a Sra. R. com grau de dependência elevado e dependente em todas as atividades de autocuidado, com hipotonia generalizada, e com motivo de internamento na UI, a otimização do processo de DV, com o plano clínico de redução do tempo de suporte ventilatório durante o período diurno. O suporte ventilatório, era realizado através de uma via área artificial, traqueostomia cirúrgica, realizada há cerca de quatro meses.

O raciocínio clínico para a tomada de decisão, considerando os atuais problemas da situação de saúde da Sra. R., envolveu o juízo clínico que englobava questões sobre as intervenções terapêuticas de enfermagem que facilitem a transição, perante indicadores de processo como a ansiedade e respostas ao processo de DV como a dispneia, e a intolerância ao esforço, que revelavam a sua incapacidade de se adaptar, fisiológica e psicologicamente às fases do desmame. Questões que se colocaram e foram alvo de reflexão diária com o enfermeiro orientador, evidenciando a importância de elaborar um plano de DV individualizado e centrado nas necessidades e nas respostas adaptativas da Sra. R. às fases do processo. O sucesso do desmame pode ser otimizado através da continuidade dos cuidados, do conhecimento da pessoa, e do desenvolvimento de planos de desmame individualizados e centrados na pessoa (Crocker & Scholes, 2009).

Era notório, especificamente nas reuniões diárias multidisciplinares que se realizam no início do turno da manhã, a estratégia de intervenção refletia a centralidade na tecnologia, ou seja, um planejamento de DV centrado nos parâmetros ventilatórios e modalidades, e na quantidade de tempo que a Sra. R. estava com e sem o suporte ventilatório, e que a causa major do insucesso do DV era a ansiedade.

Após alguns turnos, e após conhecer a situação clínica atual da Sra. R., e especificamente após ter avaliado a resposta fisiológica e psicológica ao DV, foi perceptível a presença de ansiedade, relacionada com a suspensão diária do suporte ventilatório. Na observação clínica, sem suporte ventilatório, apresentava cansaço, dispneia, com taquicardia, diminuição da SatO₂ e aumento da frequência respiratória, com utilização de músculos acessórios da respiração, e ao reiniciar o suporte ventilatório, o quadro clínico de ansiedade e os sinais e sintomas descritos revertiam. Os momentos vivenciados com a Sra. R. ao longo do período de estágio, permitiram-me ter uma presença constante, o que possibilitou conhecer a sua narrativa.

A narrativa da pessoa é parte integrante dos CCP, é o primeiro passo para estabelecer uma parceria com a pessoa, para uma tomada de decisão partilhada construída em parceria. A comunicação da narrativa, envolve a partilha de experiências e a aprendizagem, sendo o caminho para criar uma compreensão comum da experiência da doença, e com os sinais da doença, dá ao profissional de saúde uma boa base para discutir e planejar cuidados com a pessoa (Ekman et al., 2011), tendo configurado uma das estratégias para identificar as propriedades da transição, e as prováveis condições facilitadoras. A presença e a disponibilidade para os momentos na comunicação da narrativa, conhecendo assim a experiência da transição da PSC, permitiu gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica, e simultaneamente permitiu gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a PSC (Regulamento nº429/2018, 2018).

A Sra. R, com internamento hospitalar de cerca de quatro meses, já tinha experienciado vários processos de desmame, com diferentes tecnologias associadas, diferentes equipas de saúde, e em alguns deles a experiência provocou-lhe sofrimento. Refere que, nas várias tentativas de DV, em outras unidades de internamento, tinha tido experiências negativas, com sensação de morte iminente (situação de paragem cardiorespiratória, com necessidade de suporte avançado de vida, após descanulação de uma traqueostomia). A pessoa no processo de DV, experiencia sentimentos de incerteza, dependência, medo e frustração, e esses

sentimentos podem influenciar diretamente o processo. O facto de a pessoa experimentar dispneia durante este processo, favorece o aparecimento da ansiedade e dificulta o desmame. Sentir que não têm força para comunicar ou segurar em objetos com as mãos, origina vulnerabilidade e sentimentos de fraqueza (Merchán-Tahvanainen et al., 2017).

Considerando que, a avaliação da prontidão para a transição (Schumacker & Meleis, 1994), requer uma compreensão abrangente da pessoa, como um dos elementos da intervenção da enfermagem, e de acordo com a RIL, a tomada de decisão requer uma perspetiva holística da pessoa (Tingsvik et al., 2015), para que o processo de DV seja seguro, identificou na dimensão fisiológica, um aspeto da situação atual da Sra. R. que poderia estar a condicionar a progressão do DV. Identificou-se o aumento da quantidade de secreções brônquicas, com características mais purulentas e espessas, e com necessidade de aspiração de secreções através da traqueostomia mais frequentes, por acessos de tosse não eficazes.

Estavam presentes um conjunto de mudanças clínicas, que influenciavam negativamente a experiência da transição da Sra. R. Proporcionar ajuda para a pessoa se libertar das tecnologias de suporte de vida, requer intervenções adaptadas às respostas particulares da pessoa, à fisiopatologia, à história clínica e à trajetória clínica esperada (Benner et al., 2011).

Assim, e após conhecer a narrativa da Sra. R, identificou-se uma estratégia de intervenção que surgiu após reflexão com o enfermeiro orientador, e planeada em colaboração com a equipa médica foram identificados os *outcomes* esperados: progressão no DV, envolvimento no cuidar, o sentimento de bem-estar, e de um ambiente terapêutico, possibilitando o desenvolvimento de competências na gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa de enfermagem e a articulação na equipa de multiprofissional (ESEL, 2010) (Regulamento nº140/2019, 2019).

Deste modo, e considerando que o desmame na sua fase ativa não podia ocorrer, por ter surgido uma complicação, reiniciou-se VM de forma contínua, sem redução do suporte ventilatório. Iniciou-se o planeamento da redução diária do valor da pressão de suporte da VM, após 48h de início da antibioterapia. Assim, o objetivo seria uma adaptação mais gradual à redução do suporte ventilatório, reduzindo e/ou prevenindo riscos e incidentes adversos, em substituição da atual estratégia que era a remoção do suporte ventilatório no período da manhã.

Os enfermeiros tentam proteger as pessoas de complicações, monitorizando as suas respostas para compreender o que a pessoa pode ou não tolerar. Observar as respostas da pessoa ao longo do tempo, ajuda a enfermeira a avaliar quando, quanto tempo, e em que medida a pessoa pode adaptar-se fisiologicamente ou suportar o *stress* causado por muitas intervenções (Benner et al., 2011).

O planeamento do DV, para que se garantisse a segurança, exigiu uma comunicação eficaz e constante, com a equipa de enfermagem e com a equipa médica, de forma a manter a continuidade do processo. A gestão do DV requer uma tomada de decisão dinâmica e colaborativa, evidenciando a importância da colaboração e comunicação interprofissional (Rose et al., 2014). A comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

Este planeamento permitiu o desenvolvimento da competência gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional (ESEL, 2010), assim como na gestão no estabelecimento da relação terapêutica perante a PSC, e família (Regulamento nº429/2018, 2018).

Identificou-se também, que o registo do plano de cuidados durante a transição é uma intervenção que promove a segurança da pessoa em DV. Surge como estratégia para uma comunicação eficaz e segura, evidenciando a relevância da continuidade de cuidados, avaliando a resposta de adaptação da PSC nas fases de progressão do desmame. O plano de cuidados é instrumento fundamental de coerência e de continuidade de cuidado, é a expressão escrita da forma como se desenvolve o processo de cuidados. Consiste em registar as bases do plano de cuidados, estabelecidas a partir do tipo de problemas, de ordem física, psíquica, afetiva, que surgem perante a situação de doença da pessoa e das conseqüentes limitações, bem como a natureza dos cuidados exigidos. Regista igualmente os dados do tempo: duração do plano, frequência dos cuidados, e avaliação do processo (Collière, 1999).

A realização de registos dos cuidados de enfermagem revelou-se uma aprendizagem, perante um sistema de registo desconhecido para mim. Foram realizados em suporte informático através da padronização da linguagem CIPE®2.0, sendo atualizado em cada turno o plano de cuidados, considerando os diagnósticos de enfermagem e as intervenções correspondentes. Assegurar a continuidade dos

cuidados, registrando as observações e intervenções realizadas, é um dever deontológico do direito ao cuidado (OE, 2015).

Sensibilizar a equipa de enfermagem, para a importância da intervenção de enfermagem na promoção da segurança na transição do DV, foi um desafio. A consciência dessa relevância para a enfermagem, enquanto membro da equipa multidisciplinar, insere-se na responsabilidade deontológica, quer na dimensão da humanização, quer na dimensão da qualidade e segurança. A sensibilização evidenciou que o DV é mais do que conhecimento técnico e escolha das definições de modo ventilatório (Haugdahl & Storli, 2012), sendo necessário intervir perante as respostas dinâmicas da pessoa na adaptação à transição. Deste modo a intervenção deve ser flexível e frequentemente revista, para que as decisões no DV possam ser corrigidas com base em alterações na condição da pessoa, e com base em indicadores fisiológicos que mudam frequentemente (Lavelle & Dowling, 2011).

O desafio remete para a dimensão da tomada de decisão clínica, considerando uma perspetiva holística e centrada na pessoa, assegurando a continuidade dos cuidados. Como refere Khalafi et al. (2016b), um processo rápido e seguro de desmame, com muito poucos efeitos colaterais, requer uma avaliação holística, abrangente da pessoa. Sensibilizar, permitindo a reflexão, para a implementação de processos que melhorem o processo de vigilância, como por exemplo, a existência de *checklists* (Henneman et al., 2012). A importância de sinalizar a pessoa que está na transição do DV, a fase do desmame na qual a pessoa se encontra, a identificação de condições que facilitam ou inibem a progressão do processo, são exemplos de sugestões de registo e transmissão de informação durante a passagem de turno, que foram evidenciadas, em intervenções pontuais de sensibilização da equipa de enfermagem, sobre o a segurança da pessoa no processo de DV.

A sensibilização não foi possível através da sessão formativa planeada, mas foi realizada através do envolvimento da equipa em momentos informais de reflexão sobre as práticas, durante a prestação de cuidados e na transmissão de informações durante as passagens de turnos. O envolvimento na reflexão melhora a aprendizagem da experiência, e melhora o julgamento clínico em situações complexas, sendo cada situação uma oportunidade para a aprendizagem clínica, conectando as ações com os resultados, saber o que ocorreu como resultado das ações de enfermagem, sendo o conhecimento um dos *outcomes* da reflexão (Tanner, 2006). Trabalhar ao lado dos outros permite, aprender novas práticas e perspetivas, tomar consciência de

diferentes tipos de conhecimento Este modo de aprendizagem, inclui observação e discussão, considerando que quando as pessoas veem o que está a ser dito e feito, as explicações podem ser muito mais curtas (Eraut, 2008).

A sensibilização da equipa de enfermagem para a gestão do processo DV, permitiu desenvolver competências na otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, através da capacitação da resposta da equipa de enfermagem (Regulamento nº140/2019, 2019).

A promoção da segurança da pessoa nas unidades de saúde, requer uma abordagem sistémica, contínua e promotora de cultura de segurança incluindo as boas práticas na prevenção e controle de infeção (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

Revelando a importância no desenvolvimento de competências para a gestão de um ambiente seguro, foram desenvolvidas intervenções com a finalidade de maximizar a intervenção na prevenção, controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (ESEL, 2010; Regulamento nº429/2018, 2018).

Simultaneamente, e considerando a PSC e a sua vulnerabilidade, a intervenção especializada de enfermagem na gestão do risco e no controle de infeção, são estratégias que diminuem a vulnerabilidade física da pessoa (Scanlon & Lee, 2007).

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são infeções adquiridas durante o processo de cuidados hospitalares, em instituições de saúde, e que não estava presente ou em incubação no momento da admissão. Representam o evento adverso mais frequente associado aos cuidados saúde (World Health Organization [WHO], 2016). As IACS aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde (DGS, 2017a).

No contexto de estágio, foi identificada a necessidade de integração do “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação (PAI) (DGS, 2017b), na prestação de cuidados de enfermagem, atendendo à implementação de intervenções que reduzissem o risco de infeção na Sra. R., mobilizando conhecimentos e competências que garantem a melhoria contínua da qualidade (Regulamento nº140/2019, 2019).

A PAI é a pneumonia que surge pela presença de uma via aérea artificial, especificamente o tubo oro/naso traqueal ou traqueostomia, através da qual se realiza a VMI há mais do que 48 horas, ou que surge após extubação/remoção da via aérea artificial há menos de 48 horas. (DGS, 2017b; National Healthcare Safety Network, 2021). Sendo a IACS mais frequente em UCI, a PAI é responsável por aumento de

dias de ventilação mecânica, de internamento em UCI e hospitalar, de uso de antimicrobianos e de mortalidade, sendo identificada em 5 a 40% das pessoas que necessitam de VMI por mais de dois dias (DGS, 2017b; Papazian et al., 2020).

Assim, e considerando o desenvolvimento da competência na integração da avaliação do risco de infeção, considerando os múltiplos contextos de intervenção, a complexidade das situações e a diferenciação dos cuidados exigidos (Regulamento Nº429/2018, 2018), prestaram-se cuidados e sensibilizou-se a equipa de enfermagem, de acordo com os eixos de intervenção na prevenção da PAI.

Os “feixes de intervenção”, têm como objetivo melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, assegurando que as pessoas recebam tratamentos e cuidados recomendados, baseados na evidência. Este conjunto de intervenções, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, são denominadas de *bundles*, e promovem um *outcome* melhor, com maior impacto do que a adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente (DGS, 2017b). A intervenção de sensibilização, e de prática clínica, incidiu sobre os feixes de intervenção de elevação da cabeceira do leito em ângulo $\geq 30^\circ$, evitar momentos de posição supina, registando no processo clínico; na realização da higiene oral com gluconato de clorexidina a 0,2%, pelo menos três vezes por dia, e documentar no processo clínico; e de manter e verificar a pressão do balão *cuff* entre 20 e 30 cmH₂O.

Ao longo do período de estágio, e como intervenções desenvolvidas no controlo e prevenção da infeção, salienta-se o cumprimento da lavagem das mãos ou a da desinfecção com solução antisséptica de base alcoólica, e a utilização de equipamento de proteção individual adequado ao procedimento que se ia realizar, contribuindo para uma prática segura, baseada a prática em evidência científica (Regulamento nº140/2019, 2019). A higiene das mãos, de acordo com o modelo conceptual proposto pela WHO, designado por “Cinco Momentos”⁷, é uma das medidas mais simples, efetiva, eficaz e mais económica na prevenção e redução das IACS (DGS, 2019). Salienta-se a importância de a higiene das mãos estar integrada numa estratégia mais ampla, as precauções básicas de controlo de infeção, que devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde e aplicadas a todos as pessoas, independentemente do seu diagnóstico. Inclui padrões de qualidade e boas práticas nos cuidados de

⁷Antes do contacto com o doente; Antes de um procedimento limpo/asséptico; Após risco de exposição a fluidos orgânicos, secreções, excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou penso; Após o contacto com o doente Após o contacto com objetos e equipamento do ambiente envolvente do doente (DGS, 2019, p.1).

saúde, e incidem sobre a higiene das mãos, o uso de luvas, a higiene e o controlo ambiental (DGS, 2017a).

Como medida de controlo ambiental, e de prevenção da infeção por SARS-CoV-2 nos hospitais, emergiu a necessidade de restringir ou suspender os períodos de visita às pessoas internadas, sendo uma estratégia de proteção da pessoa e dos profissionais de saúde. O distanciamento físico ou social é a principal estratégia de mitigação usada para reduzir a transmissão na pandemia COVID-19.

O objetivo específico de analisar o envolvimento da família no cuidado à pessoa, na adaptação aos processos de transição saúde/ doença aguda ou crónica, foi o objetivo que apresentou mais limitações e constrangimentos, devido ao contexto pandémico. Incentivar a presença e o envolvimento familiar, diminui a vulnerabilidade da pessoa (McKinley et al., 2002). A família é definida pela pessoa, considerando os indivíduos que dão apoio e com quem a pessoa tem uma relação significativa, sendo o cuidado centrado na família, a abordagem que respeita e responde às necessidades e valores das famílias (Davidson et al., 2017). A presença da família pode ter um efeito positivo para a família e para a PSC, melhorando o bem-estar da pessoa, diminuindo a ansiedade familiar (Escudero et al., 2014).

A situação de doença crítica de um dos elementos da família , conduz esta a uma experiência intrépida de sofrimento físico e emocional, fazendo emergir situações de fragilidade, e surgindo na experiência da família, sentimentos de desorientação, stress, angústia e ansiedade (Gill et al., 2016; Mendes, 2018; Mendes, 2019).

A experiência da admissão de um membro da família na UCI, solicita aos enfermeiros um cuidado humanizado, enraizado no acolhimento quotidiano, no qual as relações construídas são essenciais (Oliveira & Nunes, 2014). Proporcionar a presença, e a consequente participação e suporte, da família, remete para a dimensão da humanização dos cuidados, considerando a pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade, sendo responsabilidade da enfermagem a promoção de um ambiente humanizador (OE, 2015).

Diversas reflexões surgiram, quer com o enfermeiro orientador, quer com a equipa de enfermagem, perante o contexto de restrição de visitas, o que impedia a participação e o envolvimento da família no cuidado à pessoa internada na UI. Reflexões sobre questões que iam surgindo no contexto, como, quais as estratégias que tínhamos disponíveis naquele momento, naquele contexto, que pudessem manter a participação e o envolvimento da família perante o contexto pandémico?

De acordo com, Sá et al. (2015), as principais estratégias utilizadas pelos enfermeiros para cuidar da família da PSC, são a promoção da sua presença junto da pessoa, o apoio em situações de luto, a comunicação eficaz de informações e a promoção do seu envolvimento na participação dos cuidados à PSC.

Identificar formas eficazes de implementar o envolvimento da PSC e da família, é fundamental para melhorar a experiência da pessoa e da família, assim como melhorar a segurança, e a qualidade da prestação de cuidados (Hetland et al., 2017).

No contexto de estágio, a presença da família foi proporcionada, através de contato telefónico. A pessoa internada tem acesso ao seu telemóvel, ou através de informações transmitidas pela equipa de enfermagem e médica com a família. Pontualmente, e após agendamento com a enfermeira chefe do serviço, a família poderia vir à UI para uma visita. Foi perceptível no contexto de estágio, que a família seria um recurso de informação para conhecer a pessoa, individualizando e planeando intervenções, assim como foi evidenciada a sua relevância para o planeamento da alta hospitalar. A necessidade de informação por parte da família foi a intervenção prioritária. Surgiu na equipa, a consciencialização da necessidade de outras estratégias que promovessem a presença da família no cuidado à pessoa, como a visita virtual e videochamada. Contudo, a questão logística de aquisição de equipamentos, revelou-se uma limitação. Perante a pandemia COVID-19, foram identificadas estratégias para apoiar a presença da família durante o distanciamento físico, como a visitas virtuais através de *smartphones* e *tablets* (Hart et al., 2020).

A visita virtual revela benefícios entre os quais, permite que a equipa da UCI forneça apoio informativo e emocional às famílias, surge como uma ferramenta para promover a recuperação psicológica e física, promovendo reorientação para a PSC com *delirium*, permite ultrapassar barreiras linguísticas ou de comunicação, permite melhorar os cuidados centrados na pessoa. Emerge como uma modalidade de maior flexibilidade para a participação familiar, tendo a potencialidade de melhorar a qualidade dos cuidados prestados na UCI, tanto durante como fora das condições pandémicas (Rose et al., 2021).

Considerando as restrições impostas pela situação pandémica, surge a reflexão sobre a abordagem ao acolhimento da família que mantenha o significado de início do vínculo de confiança na relação. O acolhimento era realizado por contato telefónico, o acolhimento possível em tempos de pandemia, semelhante a uma tarefa administrada de troca de informações, influenciado pela dinâmica dos contextos.

Questiono-me, se em determinados momentos da pandemia, teria sido possível planejar um encontro com a família, por exemplo no momento da admissão, com a equipa multidisciplinar, possibilitando o acolhimento, minimizando as repercussões do afastamento e da ausência física da família e da PSC.

De acordo com Rose et al. (2014), existe evidência que o envolvimento familiar no processo de DV tem um efeito terapêutico, proporcionando o alívio da ansiedade sentida pela PSC, durante o desmame. Ao longo do estágio, gostaria de ter explorado mais a área de intervenção do envolvimento da família na transição do DV, como condição facilitadora do processo e promotora de segurança da PSC. Contudo por constrangimentos, quer no número de PSC em DV, quer pela existência esporádica de visita de familiares, existiram poucas situações em que os dois fatores se conjugaram, nomeadamente a presença da família e a pessoa na transição do DV.

Este envolvimento pode ser realizado em duas fases, na primeira fase seria planeado o envolvimento familiar no processo de DV, priorizando a comunicação aberta com a família, a avaliação da unidade familiar, e a identificação da vontade da família na participação do cuidado. Na segunda fase, o envolvimento seria efetivado consistindo na colaboração com o profissional de enfermagem no processo de comunicação, proporcionado apoio emocional e reforço positivo através da presença física, auxiliando na higiene oral e nas mudanças de decúbito, incentivar a orientação do espaço e do tempo, e participando em outros cuidados planeados previamente pela família e pelo profissional de enfermagem (Merchán-Tahvanainen et al., 2017).

Recordo a situação na qual, tive a possibilidade de identificar um aumento do nível de motivação para o processo de desmame da Sra. R. após a visita da filha e do esposo. Após a visita dos familiares, a Sra. R. começa a expressar a vontade de planejar momentos de remoção do suporte ventilatório, situação que lhe provocava ansiedade. Revelando um aumento no envolvimento no processo da transição, pela consciencialização que a sua participação e envolvimento neste processo seria imprescindível, e referindo que se conseguisse concluir o seu processo de DV, iria para casa, evidenciando indicadores de processo de desenvolvimento da confiança e de *coping*. A família como uma condição facilitadora da transição da PSC no DV, quer por ser parte integrante da individualidade da pessoa, quer pela motivação que transmite, contribui para a uma experiência de transição suportada emocionalmente, e considerando Cederwall et al., (2018), proporcionando sentimentos de segurança, valorização e de motivação.

2.2. Percurso de desenvolvimento de competências em contexto de estágio Serviço Urgência

O desenvolvimento de competências de enfermagem de mestre e especializadas, em contexto de estágio no SU, decorreu num SU Polivalente, de um hospital na área metropolitana de Lisboa, no período de 1 de fevereiro a 16 de abril de 2021, e sendo classificado como um SU polivalente, apresenta o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência (Despacho 10319/2014, 2014).

A lógica organizacional dos cuidados de saúde prestados à população no SU, está relacionada com o sistema de triagem de doentes. O evento de triagem é um encontro rápido e focado, sendo recolhida informação para atribuir uma prioridade clínica perante a situação clínica da pessoa. Este método de triagem fornece ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas (Grupo Português de Triagem, 2021).

O SU encontra-se dividido por setores em conformidade com a triagem de Manchester⁸, implementada em Portugal desde o ano 2000, sendo um instrumento de apoio à gestão do risco clínico no SU. Este sistema de triagem identifica um nível de prioridade clínica, assim como critérios de gravidade de forma objetiva e sistematizada, com a finalidade de um atendimento no respetivo tempo alvo que é recomendado, até à primeira observação médica (DGS, 2018).

A prioridade clínica é realizada considerando os conceitos de situações urgentes e emergentes. As situações de urgência são todas as situações clínicas de instalação súbita com risco de falência de funções vitais, desde as não graves até às graves. As situações de emergência são todas as situações clínicas de início súbito, em que existe ou está iminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais (DGS, 2001).

O espaço físico do SU do contexto de estágio, inclui a área de triagem com três gabinetes, sendo a triagem realizada pela equipa de enfermagem, de acordo com as prioridades clínicas. O setor da zona vermelha é constituído por duas salas de reanimação (SR), nas quais são admitidas as PSC com necessidade de intervenção emergente, como por exemplo, as situações de acidentes vasculares cerebrais (AVC), edema agudo do pulmão, enfarte agudo do miocárdio, a pessoa vítima de trauma.

⁸ O método consiste em identificar a queixa inicial e seguir o fluxograma de decisão, classificando a prioridade numa de 5 categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo de observação inicial (emergente = vermelho = 0 minutos; muito urgente = laranja = 10 min; urgente = amarelo = 60 min; menos urgente = verde = 120 min; não urgente = azul = 240 min) (DGS, 2018).

O setor da zona laranja tem uma sala de espera, três gabinetes médicos e a área de trabalho de enfermagem, estando destinado às pessoas com necessidades muito urgentes, com necessidade de maior vigilância, como por exemplo, dor intensa e inespecífica e hemorragias de pequena dimensão, avaliação inicial de monotrauma, e administração de terapêutica. O setor da zona amarela é constituído por uma sala de espera, seis gabinetes médicos e uma sala de tratamentos, sendo dirigida à pessoa com prioridade clínica urgente. Como consequência da reorganização do SU perante o contexto pandémico, os sectores verde e azul, menos urgente e não urgente respetivamente, estavam a ser encaminhados para os cuidados de saúde primários das áreas de residência. O SU engloba o Serviço de Observação (SO), que tem a capacidade para internamento com 16 camas, podendo expandir para outras áreas da urgência (corredor, sala de espera), em internamentos em macas suplementares. Outra estratégia de reorganização dos circuitos no SU, com objetivo de dar resposta às necessidades crescentes em cuidados de saúde perante a pessoa com doença COVID-19, foi a construção de uma nova área como uma extensão do SU, com o objetivo de identificar e intervir perante casos positivos de COVID-19 em pessoas com sintomatologia respiratória que se dirigem ao SU. Esta área integra elementos da equipa de enfermagem e médica do SU, tendo na sua estrutura física uma sala de triagem onde as pessoas são avaliadas; uma área de internamento com boxes abertas, quartos de isolamento e sala de reanimação.

O SU é composto por uma equipa multidisciplinar e multiprofissional, nomeadamente pela equipa de enfermagem constituída por 5 equipas, sendo cada uma composta por cerca de 20 enfermeiros, equipa médica com várias especialidades, assistentes operacionais, funcionários de limpeza, polícias, seguranças e assistente social.

No início do percurso em contexto de estágio no SU, surgiram sentimentos de apreensão e inquietação, considerando que o SU era um contexto de prática clínica de enfermagem do qual não tinha qualquer experiência anterior. Simultaneamente, senti uma enorme motivação perante a possibilidade de novas situações de aprendizagens, num percurso que se avizinhava desafiante e enriquecedor no desenvolvimento de competências de enfermagem no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica (ESEL, 2010). Após reflexão sobre os sentimentos vivenciados, surge um sentimento de vulnerabilidade, induzido pelo que considere ser, a experiência de uma transição situacional.

As transições são o resultado e resultam em mudanças de vidas, saúde, relacionamentos e ambientes, e a vulnerabilidade está relacionada com a experiência da transição (Meleis et al., 2000). A transição situacional, está associada a eventos que exigem para cada circunstância a definição, ou redefinição de papéis dos envolvidos (Meleis & Trangenstein, 1994). Considerando a experiência profissional de quinze anos, e aproximadamente de dez anos em contexto de UCI, e atualmente com experiência nova em cuidar da PSC com doença COVID-19 em UCI, com responsabilidades e competências de grau de liderança de responsável de turno, e situando-me num nível de desenvolvimento e aquisição de competências, na minha prática profissional de proficiente⁹ a perito¹⁰, no momento de integração no estágio de SU tinha a percepção que me encontrava num nível de iniciado avançado¹¹.

A consciencialização dessa vulnerabilidade na experiência da transição, permitiu ao longo do percurso, identificar as minhas condições pessoais facilitadoras da transição, identificando como recursos e suporte na experiência a enfermeira orientadora, a equipa de enfermagem e o professor orientador. A reflexão perante a experiência da transição, permitiu-me desenvolver o autoconhecimento e a assertividade (Regulamento nº140/2019, 2019).

Com a finalidade de atingir os objetivos específicos definidos, foram identificadas estratégias, em colaboração com a enfermeira orientadora e professor orientador. A estratégia inicial foi a integração e adaptação na equipa de enfermagem e multidisciplinar, identificando a SR, SO, e o sector da área laranja, como os sectores com maior potencialidade para prestar cuidados à PSC e família. Cada sector apresenta uma dinâmica com características próprias na intervenção de enfermagem, considerando o nível de prioridade clínica. A mobilização das competências adquiridas e desenvolvidas no CMEPSC, resultaram num recurso essencial neste percurso, e em especial a aquisição de competências no curso de atualização de competências no Suporte Avançado de Vida e na aquisição de competências no curso *Advanced Trauma Care for Nurses*.

⁹ A enfermeira proficiente tem uma perspetiva sobre quais dos muitos atributos e aspetos presentes são os importantes (Benner, 2001).

¹⁰ A enfermeira perita, com um enorme passado de experiência, tem uma compreensão intuitiva da situação (Benner, 2001).

¹¹ A enfermeira que já lidou com situações reais suficientes para notar (ou para que fossem apontados por um mentor) os aspetos recorrentes do significado de situações. Um principiante avançado precisa de ajuda para definir prioridades (Benner, 2001).

No cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, e família, em contexto de SU com afluxo significativo de pessoas, tornou-se perceptível a necessidade de uniformização de procedimentos, assim como a necessidade de tomadas de decisão suportadas em algoritmos clínicos, permitindo a intervenção centrada em prioridades clínicas e o encaminhamento precoce. Assim, são desenvolvidos cuidados de saúde que respondem às necessidades das pessoas, promovendo a qualidade e a segurança (DGS; 2018).

Perante a necessidade de uma intervenção de enfermagem considerando uma prioridade clínica, este percurso permitiu uma compreensão efetiva e mais profunda, da necessidade do processo de enfermagem¹², concretizado de forma sistemática e sistematizada. Na SR a abordagem à PSC, teve como guia orientador a abordagem sistematizada *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure* (ABCDE) (Instituto Nacional Emergência Médica [INEM], 2019). Os objetivos e princípios da abordagem ABCDE, são a estruturação da avaliação e da abordagem baseada em prioridade. O início do tratamento emergente de forma contínua e sequencial, permite evitar a deterioração da situação clínica até à paragem cardiorrespiratória. Permite também, melhorar o trabalho em equipa por ser uma linguagem e abordagem protocolada e uniforme (INEM, 2019). Esta abordagem permitiu-me sistematizar os cuidados iniciais à PSC, permitindo identificar as prioridades de intervenção, refletindo um processo de raciocínio clínico na interpretação e análise da observação clínica realizada, e desenvolver um juízo clínico sobre a PSC e a sua situação clínica urgente ou emergente. A necessidade de uma intervenção sistemática evidenciou a relevância da intervenção de monitorização e de vigilância da PSC.

A monitorização como a observação, medição, registo de parâmetros fisiológicos, baseando-se na observação e avaliação, é uma atividade-chave no processo de vigilância. Contudo, a monitorização por si só, é insuficiente para a realização de uma vigilância eficaz. A vigilância de enfermagem incorpora o reconhecimento e interpretação das implicações clínicas das mudanças, para orientar as decisões sobre as ações subsequentes. Melhora a qualidade dos cuidados, através de uma avaliação, interpretação e utilização adequadas da informação para orientar a gestão de cuidados individualizados (Giuliano, 2017).

¹² Processo de enfermagem: Método de organização do pensamento profissional, orientado para a tomada de decisão, resolução de problemas, o que permite uma prestação de cuidados de enfermagem individualizados e de qualidade (Doenges & Moorhouse, 2013).

O ambiente do contexto do SU revelou ser imprevisível, com um ritmo de trabalho elevado, com o objetivo de minimizar o tempo que a pessoa permanece no SU após estabilização fisiológica, refletindo um processo de enfermagem no qual a informação disponível é limitada.

Recordo umas das primeiras intervenções na SR, na abordagem, após referenciação através da Via Verde Coronária, à Sra. P., 52 anos, com o diagnóstico realizado pela equipa pré-hospitalar de enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST. Constituiu um momento de observação sobre a dinâmica de funcionamento do SU na sua vertente SR, no qual a equipa multidisciplinar apresentava uma intervenção coordenada e articulada, com a finalidade de agilizar as intervenções e os procedimentos, para que se efetivasse a decisão clínica de tratamento, que nesta situação seria a revascularização por angioplastia, na sala de hemodinâmica. Com a observação da situação, consegui compreender a operacionalização da abordagem sistematizada e sistemática, como método de organização de cuidados diferenciados e especializados.

Não obstante, surgiu a compreensão sobre a necessidade de intervir de acordo com uma prioridade clínica, que surge como o evento que desencadeia a experiência da transição saúde/doença da pessoa, mas também intervir perante as mudanças consequentes da transição. Após a estabilização fisiológica, e após ter sido informada que tinha indicação para o procedimento de revascularização, a Sra. P. verbalizou a preocupação sobre o procedimento, manifestando ansiedade e receio. Verbalizou que queria falar com o marido e com as filhas, e informá-los da situação, receando que estariam preocupados com ela. À medida que sua ansiedade aumenta, porque não consegue falar com a família, aumenta a intensidade da dor precordial. Foi administrada terapêutica analgésica, contudo a ansiedade manteve-se. A ansiedade e o medo são sentimentos comum nas pessoas que recorrem ao SU, e nos seus acompanhantes, existindo uma prevalência elevada da ansiedade na pessoa que recorre ao SU relacionada com a sintomatologia da dor (Ekwall, 2013, Wagley & Newton, 2010, Wells et al., 2018).

Na admissão no SU, a pessoa apresenta diferentes receios e inseguranças, relacionados com o desconhecimento do ambiente, com os procedimentos, com os profissionais e com a resolução da sua situação clínica (Olthuis et al., 2014). Intervindo como condição facilitadora da experiência da transição, as intervenções de enfermagem foram dirigidas à ansiedade manifestada, nomeadamente a estratégia

de comunicação empática. Com a finalidade de tranquilizar a Sra. P. através da presença física e de uma comunicação assertiva, assumindo o compromisso que iríamos informar a sua família, assim que conseguíssemos o contato telefónico, mas que a prioridade no momento seria agilizar os procedimentos para que a sua situação clínica fosse resolvida de forma célere. Através da comunicação terapêutica, a intervenção de enfermagem pode aliviar o sofrimento da pessoa no contexto de SU (Sá & Velez, 2021).

Esta situação possibilitou-me o desenvolvimento de competências na gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica, assistindo a PSC nas perturbações emocionais, especificamente na ansiedade (Regulamento nº429/2018, 2018). Ao longo do percurso, foi perceptível, e verbalizado por algumas pessoas, que em situações nas quais a ansiedade era identificada, a presença física do enfermeiro e a comunicação, diminuía o grau de ansiedade e aumentavam o sentimento de segurança.

A gestão da ansiedade é importante para os enfermeiros no SU, considerando que sentimentos de inquietação e preocupação provocam alteração no nível de conforto da pessoa. A implementação eficaz de estratégias de conforto por enfermeiros no SU previne níveis de ansiedade mais elevados. As intervenções de enfermagem psicossociais, por exemplo, estabelecimento de confiança, acolhimento à família, fornecer informação, e o suporte emocional através da presença física, têm demonstrado serem eficazes na diminuição do medo e ansiedade, e promover o conforto da pessoa (Wagley & Newton, 2010). O estado de conforto implica uma ausência de condições que o diminuem, tais como preocupação, dor, problemas e sofrimento (Kolcaba & Kolcaba, 1991)

As intervenções de enfermagem que possibilitam incluir a presença da família nos cuidados no SU, promovem na pessoa uma maior sensação de segurança, conforto, apoio, sentindo a pessoa que tem uma maior capacidade para lidar com o desconhecido, e reduzindo a ansiedade e o *stress* (Twibell et al., 2015; Soares et al., 2016; Wagley & Newton, 2010).

Em Portugal, a presença da família no SU foi formalizada através do direito de acompanhar os doentes no SU, descrito na carta dos direitos do doente internado, tendo a pessoa direito no processo de admissão, a identificar um acompanhante ou, se isso não for possível devido a alterações no estado de consciência, será atribuído através de uma prova do grau de parentesco. No contexto de estágio, perante o

contexto de pandemia COVID-19, surgiram estratégias para reduzir as cadeias de transmissão, sendo suspenso o período de visita no SO, assim como foi restringido acompanhamento da PSC no SU por um familiar.

Deste modo, no contexto de estágio foram poucas as situações de contacto com familiares, sendo a comunicação com os familiares realizada quase na totalidade por contatos via telefone. Considerando que, os enfermeiros nos cuidados críticos, cuidam das famílias, asseguraram a presença da família, transmitem à família informações, e encorajaram o envolvimento da família em atividades de cuidador (Spichiger et al., 2005), a ausência da presença física condicionou a relação com a família, e a intervenção de enfermagem no envolvimento da família. Para a família é um período particularmente de *stress*, devido à natureza única, imprevista e imprevisível da situação de emergência, e pela incerteza sobre os *outcomes* da situação crítica, surgindo como necessidades da família nos contextos de SU, a participação e a comunicação (Redley et al., 2019). A comunicação eficaz com a família reduz o seu sofrimento porque clarifica a compreensão da situação (Shajani & Snell, 2019), sendo esta intervenção a que mais condicionalismo apresentou no contexto de estágio.

O contato com a família da PSC em situação emergente e urgente, revelou a necessidade de informação da família, e especificamente informações sobre a evolução clínica. O facto de o seu familiar experienciar uma situação crítica, e não poderem estar presentes nesse momento, provocava sentimentos de ansiedade e de impotência. A prestação de informações à família é relevante para a aceitação do processo de doença, e para a construção progressiva de um prognóstico de uma situação crítica (Barreto et al., 2017). Num processo em que a família sofre com a doença crítica do seu familiar, a informação transmitida emerge como uma estratégia que traz significado à situação (Sá & Velez, 2021).

Os constrangimentos institucionais nos períodos de visitas e de acompanhamento, e as suas repercussões no envolvimento e participação da família, foram tema de reflexão, elaborando um jornal de aprendizagem sobre a problemática vivenciada, atendendo que é igualmente importante para a humanização, a comunicação entre profissionais de saúde, a pessoa e a sua família. Comunicação, que é mais do que uma simples troca de informação, inclui o modo, o tom, e o conteúdo, e representa uma ferramenta importante para construir confiança e respeito, e facilita uma tomada de decisão conjunta (Gill et al., 2016; Rivi et al., 2021).

Após as situações iniciais vivenciadas na SR e SO, surge a reflexão sobre a forma de intervir, mantendo o cuidado de enfermagem humanizado e que promova a dignidade da pessoa, considerando o respeito pelos princípios éticos.

A intervenção de enfermagem na experiência da transição saúde /doença da PSC, e intervindo de acordo com prioridades clínicas, deve refletir a abordagem centrada na pessoa. Assim, considerando Brink and Skott, (2013), a prioridade é intervir na experiência da pessoa numa abordagem centrada na pessoa, e assim humanizar os cuidados de saúde. Inclui a perspectiva da experiência do sintoma, sendo esta experiência um processo dinâmico, que envolve a percepção, a avaliação do significado e a resposta ao sintoma. Os sintomas são o núcleo da comunicação e do diálogo, sempre que as pessoas e os profissionais se encontram em situações de cuidados de saúde, e na relação que se estabelece requer o desenvolvimento de competências que se foquem nas narrativas das pessoas, que incluam a sua situação de vida e a experiência da doença, e requer a compreensão do significado do sintoma ou sintomas para a pessoa (Brink & Skott, 2013).

A reflexão sobre a intervenção de enfermagem especializada no SU, permite a compreensão que a intervenção surge como condição facilitadora do processo de transição, e que o encontro com a PSC no SU ocorre após um evento (experiência dos sintomas) que induz uma prioridade clínica. O foco da enfermagem contempla as mudanças que causam impacto na PSC e família, que modificam a sua situação de saúde/doença e envolvem padrões de resposta como por exemplo sentimentos de ansiedade, medo, insegurança e desconforto. Emerge a necessidade de desenvolver competências considerando as narrativas da pessoa, e adquirir conhecimento sobre como a experiência do sintoma pode ser individualmente expressa e interpretada. O que significa que diferentes pessoas com experiências de sintomas semelhantes, não devem ser cuidadas ou apoiadas da mesma forma. Os sintomas frequentemente não refletem só os aspetos físicos, mas também refletem ansiedade, depressão, medo e expectativas (Brink & Skott, 2013).

No contexto de estágio, tive a oportunidade de adquirir conhecimentos sobre a efetivação na prática clínica das Via Verdes (VV), nomeadamente da VV Acidente Vascular Cerebral (AVC), VV Coronária, VV trauma. A VV é uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que devem ser especialmente valorizadas (DGS, 2017).

Salienta-se a intervenção na PSC com diagnóstico de AVC, perante a qual tive um maior número de experiências na ativação da VV. A equipa de VVAVC deve ter um número de telefone dedicado (DGS, 2017c). No contexto de estágio, o telefone da VV era atribuído ao enfermeiro responsável pela SR, em cada turno. Na intervenção na PSC com diagnóstico de AVC no SU, uma das principais preocupações com a informação, é a identificação da hora do início dos sintomas. A avaliação inicial da PSC com provável AVC é semelhante à de outras situações críticas: estabilização imediata da via aérea, respiração e circulação, seguido por uma avaliação dos défices neurológicos e possíveis comorbilidades (DGS, 2017c; Jauch et al., 2013). No SU, as suspeitas de uma situação de AVC agudo, devem ser triados com a mesma prioridade que os doentes com EAM ou trauma grave, independentemente da gravidade dos défices neurológicos (Jauch et al., 2013).

O conceito de que “tempo é cérebro” impõe a necessidade de agilizar um sistema, no qual a luta contra o tempo é o primeiro objetivo, e assim prevenir situações que causem atrasos no acesso da pessoa com suspeita de AVC aos cuidados de saúde, desde a porta de casa ou de qualquer outro local, até à porta da unidade de saúde adequada (VV pré-hospitalar) e desta até ao início do tratamento adequado (VV intra-hospitalar) (DGS, 2017c). O tempo influencia o prognóstico e a decisão terapêutica, podendo o tratamento ser realizado com terapêutica fibrinolítica intravenosa, sendo a terapia de primeira linha, e deve ser iniciada até 4 a 5 h após início dos sintomas (Powers et al., 2019), ou ser realizado através de trombectomia mecânica (tratamento endovascular) até 6 h após inícios dos sintomas (Gauberti et al., 2021).

Na SR, tive também a possibilidade de intervir na PSC vítima de politrauma, em articulação e colaboração com a equipa multidisciplinar, atendendo ao conceito do *Advanced Trauma Life Support*, desenvolvendo assim competências na triagem secundária e na gestão de comunicação de informações (Regulamento nº429/2018, 2018). Após a fase de reanimação e avaliação primária da pessoa traumatizada grave, deve iniciar-se o processo de avaliação secundária.

A realização da avaliação secundária, (em menos de 1 hora), é uma triagem sistematizada, cefalocaudal, incluindo áreas facilmente esquecidas: crânio, pescoço, dorso e períneo. Durante este período, efetua-se um conjunto de procedimentos e exames complementares de diagnóstico e terapêutica, como por exemplo a administração de terapêutica analgésica adequada (DGS, 2010).

Ao longo do percurso, desenvolvi a capacidade de liderar a abordagem à pessoa vítima de trauma, como resultado de competências adquiridas em situações vivenciadas no contexto de estágio. A pessoa vítima de trauma admitida no SU refere sentir-se assustada, com dor e em choque, pelo que a construção de uma conceção/relação com a equipa de saúde proporciona sentimentos de segurança, de respeito e de humanização (Skene et al., 2017). A admissão no SU da pessoa vítima de trauma, e na globalidade das admissões da PSC na SR, proporcionou o desenvolvimento de competências na gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, perante a situação de complexidade do seu estado de saúde (Regulamento nº429/2018, 2018).

A gestão adequada e eficaz da dor, é um direito de todas as pessoas que sofrem de dor, sendo o objetivo principal reduzir a dor, manter a função e minimizar os efeitos adversos (Hachimi-Idrissi et al., 2020), revelando a gestão da dor no SU um desafio, e em específico em algumas situações na SR e SO.

A dor definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante, à que está relacionada com danos reais ou potenciais nos tecidos, é sempre uma experiência pessoal que é influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais.(Raja et al., 2020).O problema mais comum e premente da gestão da dor no SU é o sub-tratamento da dor, conhecido como oligoanalgesia (Motov & Khan, 2008; Vijayvargiya et al., 2021).

No SU, após a estabilização fisiológica, a gestão da dor PSC no SU tem que ser abordada imediatamente, assim como a gestão da ansiedade, sendo a comunicação uma estratégia de intervenção (Vijayvargiya et al., 2021). A gestão eficaz da dor pode melhorar outros resultados a curto e longo prazo no SU, incluindo o sono, a função física, a qualidade de vida e prevenir o desenvolvimento de dor crónica a longo prazo (Hachimi-Idrissi et al., 2020). A dor sub-tratada pode iniciar um ciclo vicioso, no qual dor contínua pode ser a causa de ansiedade e medo, e vice versa (Carter et al., 2016).

A dor deve ser reavaliada, e ao identificar que a analgesia é inadequada, devem ser administrados outro tipo de analgésicos em sinergia com estratégias não farmacológicas. As intervenções não farmacológicas, surgindo algumas em contexto de estágio, são comprovadamente eficazes na mitigação dos níveis de ansiedade, stress e dor, e podem ser implementados nos SU, nomeadamente o posicionamento, técnicas de redução do stress, controlo de atenção (distração), e otimização de

técnicas como a aplicação de tala, tração, a imobilização, a aplicação de calor/frio (Hachimi-Idrissi et al., 2020).

Considerando a evidência científica e a as experiências vivenciadas em contexto de estágio, a gestão da dor surge como uma intervenção de enfermagem com o objetivo de proporcionar conforto e reduzir a ansiedade. A prática clínica e a reflexão sobre a ação no contexto de estágio, nomeadamente na integração das intervenções não farmacológicas no plano de cuidados da PSC, como o posicionamento, a distração, promoveu o desenvolvendo de competências na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC, otimizando as respostas (Regulamento nº429/2018, 2018), e evidenciou a importância do registo e da partilha da informação com a equipa multidisciplinar da gestão da dor.

O Transporte Intra-Hospitalar (TIH) foi uma constante durante o período de estágio, sendo realizados transportes entre os sectores do SU, especificamente entre a SR e o SO, e entre outros serviços, nomeadamente bloco operatório, UCI, sala de hemodinâmica, serviços de diagnóstico, como o serviço de imagiologia. Revelou ser uma intervenção com um planeamento articulado, quer com a equipa médica, quer com os outros serviços de destino, de forma a minimizar riscos e efeitos adversos, promovendo a segurança da PSC. O TIH é o processo de transporte de uma área para outra em um ambiente hospitalar para fins de diagnóstico ou terapêutico, sendo este processo composto por três fases, a decisão, o planeamento e a efetivação (Bergman et al., 2017; Blakeman & Branson, 2013). O TIH expõe a PSC a um ambiente móvel, o que pode facilmente conduzir a eventos adversos, desde remoção de dispositivos, monitorização inadequada, a falha de funcionalidade dos equipamentos e instabilidade cardiovascular e respiratória da PSC (Gimenez et al., 2017; Ismail et al., 2020; Parveez et al., 2020).

No SU, o TIH, ocorre em condições clínicas de incertezas e imprevisibilidade, com tempo limitado para a avaliação, existindo assim potenciais riscos de segurança no processo de TIH (Zhang et al., 2021), e a maioria das complicações são evitáveis com uma avaliação e preparação adequadas antes do transporte (Bourn et al., 2018).

Os incidentes que podem ocorrer durante o TIH, podem ser agrupados em incidentes relacionados com a PSC, com a equipa de saúde, com o equipamento de transporte, e com o ambiente de transporte (Salt et al., 2020). O TIH em segurança, necessita da efetivação de pré requisitos organizacionais, (avaliação de recursos, equipamento adequado), de competências e atributos dos profissionais de saúde

(capacidade de antecipar e prever, o conhecimento e a experiência) e de comportamentos e ações (planeamento, preparação, cooperação e comunicação, liderança) (Bergman et al., 2020). Assim, e considerando a intervenção especializada na gestão de um ambiente seguro e a competência de liderança, no contexto de estágio, as intervenções de enfermagem que promovem a segurança da PSC no TIH, tiveram como estratégias a coordenação e comunicação entre profissionais, a verificação do equipamento que deve estar adaptado à finalidade do transporte, devendo assegurar a continuidade dos cuidados e a monitorização durante o transporte. Informar a PSC, assumindo uma comunicação assertiva, sobre a finalidade e as características do TIH, surge como intervenção essencial na redução da ansiedade, considerando a dimensão ética e deontológica. Esta intervenção revelou também, a necessidade de desenvolver competências de uma comunicação eficaz, quer na transmissão de informações sobre a PSC, quer na articulação multidisciplinar.

Todas as experiências e a reflexão das intervenções de enfermagem vivenciadas, foram essenciais e de extrema relevância para o desenvolvimento de competências, e considerando Benner (2001), o desenvolvimento de competências, requer do enfermeiro a disponibilidade para a aquisição do conhecimento através de uma prática visível, da análise e reflexão sobre as suas experiências.

As competências desenvolvidas e adquiridas na prática clínica, permitiram-me intervir com um grau de autonomia crescente, otimizando a intervenção de enfermagem facilitadora da transição saúde/doença da PSC, e desenvolvendo competências na dinamização da resposta a situações de emergência (ESEL, 2010).

Priorizar de uma forma sistematizada, através da abordagem ABCDE, e de forma sistemática pela monitorização e vigilância da PSC, suportada pelo referencial teórico, a Teoria das Transições, resultaram nas estratégias de intervenção no desenvolvimento de competências, que promoveram a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem, surgindo no processo de transição saúde/doença da PSC como condição facilitadoras da transição. Através das intervenções autónomas e interdependentes de enfermagem, e em articulação com equipa multidisciplinar, no contexto de estágio foram desenvolvidas competências em suporte avançado de vida e trauma; na identificação e resposta de forma antecipatória a focos de instabilidade, e na execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à PSC (Regulamento nº429/2018, 2018).

A estratégia na abordagem sistemática e sistematizada, contribuíram também para o desenvolvimento de competências de grau de mestre, especificamente, saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos multidisciplinares (Decreto-Lei nº65/2018, 2018).

Na SR foi igualmente possível refletir sobre intervenções de enfermagem que promovem a segurança no processo de DV, no contexto de SU. Recordo o Sr. R. de 45 anos., admitido na SR por quadro de hematómeses, com instabilidade hemodinâmica, com sinais de choque hipovolémico, inquieto, com heteroagressividade, sem outra alteração neurológica. Com indicação clínica para realizar diagnóstico diferencial, realizou endoscopia digestiva alta no SU, que revelou rutura de varizes esofágicas, sendo realizada hemóstase.

Para o procedimento endoscópico e pela instabilidade hemodinâmica, foi submetido a Entubação Orotraqueal (EOT) e instituída VMI e iniciou sedação em perfusão contínua para otimizar sincronia ventilatória. O Sr. R. permaneceu na SR por falta de vagas em UCI, e nesse período a instabilidade fisiológica reverteu, e surgiu a decisão clínica para extubação orotraqueal.

A extubação pressupõe assim, que seja realizado o DV, sendo que é considerada uma das fases finais da transição. A reflexão sobre o DV no SU surge neste momento, atendendo que a transição para devolver a autonomia ventilatória ao Sr. R. necessita de uma intervenção de enfermagem facilitadora desse processo, assegurando a prevenção de novos focos de instabilidade fisiológica, e assim promover uma transição segura. A tomada de decisão de enfermagem deve assim incluir a perspetiva holística da PSC, e nesta situação, e tendo o conhecimento da inquietação e heteroagressividade do Sr. R. na admissão, a tomada de decisão deve priorizar a avaliação da resposta da PSC à redução do grau de sedação. Consequentemente, diminui-se o risco de um despertar agitado que tivesse consequências adversas como a ansiedade, comprometendo o processo de DV. Intervenções como a avaliação e controle da dor, a presença física do enfermeiro durante a suspensão da sedação, assim como a monitorização e vigilância de sinais vitais, e uma comunicação contínua foram implementadas com a finalidade de promover uma transição segura.

No SU, a necessidade de EOT pode surgir por várias razões, algumas das quais são de duração transitória. A extubação no SU deve ser abordada de forma lógica, e para que a extubação no SU seja segura, deve-se considerar a avaliação da pessoa

em quatro domínios: a resolução do processo que originou a necessidade de EOT, a capacidade da pessoa de manter uma via aérea patente; a capacidade de oxigenação e ventilação com valores baixos de suporte ventilatório; e que o planeamento clínico previsto antecipe que a pessoa já não vai necessitar de VM (Gray et al., 2013).

Na consecução do objetivo específico promover a gestão de cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem na intervenção à PSC com necessidade de VMI foi realizada uma sessão de formação em serviço. A sessão teve como tema “Ventilação mecânica invasiva – Conceitos para a prática de enfermagem no serviço de urgência”. Surgiu como necessidade formativa da equipa de enfermagem em VM, identificada em reflexão com a enfermeira orientadora, com elementos da equipa de enfermagem, e com o enfermeiro chefe do SU, e simultaneamente sustentada pelo Despacho 10319/2014 (2014), que evidencia que os enfermeiros que exercem funções em SU tenham formação em ventilação mecânica. No planeamento da sessão, incluiu-se uma componente prática, com o ventilador do SU, permitindo agregar os conteúdos teóricos da sessão uma componente prática., como o objetivo de permitir aos formandos ter contacto com o equipamento, demonstrando modos ventilatórios e possíveis intercorrências na sincronia ventilatória e identificando intervenções de enfermagem. A sessão de formação permitiu também momentos de partilha da minha experiência e competências adquiridas na prática clínica em contexto de UCI, no cuidar da PSC com necessidade de VMI.

Saliento a relevância de ter desenvolvido atividades de enfermeiro coordenador, em colaboração com a enfermeira orientadora, tendo a oportunidade de compreender a organização dos setores, considerando a gestão de cuidados, de recursos humanos e materiais, com a finalidade de manter a eficácia e eficiência dos cuidados.

No início de cada turno e após utilização da SR, realizei intervenções na verificação e reposição de material, medicação, assim como verificação do equipamento de monitorização, e testes ao equipamento de desfibrilhação e ventilação. Esta atividade permitiu salvaguardar condições de segurança no cuidar da PSC em situações de emergência (Regulamento nº 429/2018, 2018), promovendo um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº 140/2019, 2019). Outras atividades passaram pela coordenação da equipa de assistentes operacionais, a mobilização de recursos, por vezes elementos da equipa de enfermagem de um setor para outro, perante as necessidades de cuidados de enfermagem em cada setor, e a articulação com a equipa médica em situações de alta, transferências e TIH.

A importância da gestão dos recursos humanos e materiais para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e seguros, funcionam como uma rede de suporte à intervenção direta à PSC.

A coordenação de equipa é uma intervenção dinâmica, sendo necessário um amplo conhecimento e experiência do contexto, e da cultura organizacional, visto ser necessário em muitas situações, adaptar o estilo de liderança ao clima organizacional, favorecendo a melhor resposta da equipa (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Destaco também, atividades desenvolvidas paralelamente ao contexto de estágio, e que enriqueceram o percurso de desenvolvimento de competências, nomeadamente a participação no Congresso Internacional de Controlo de Infecção (Anexo I), e no VIII Congresso Internacional Virtual Ibero-Americano de Enfermagem – Novos tempos, novos desafios (Anexo II). Neste congresso realizei uma comunicação intitulada “A pessoa em situação crítica na transição segura do desmame ventilatório” (Anexo III), o que possibilitou a disseminação do conhecimento, com a partilha dos resultados da RIL elaborada.

Estas atividades surgem como estratégia de divulgação e aquisição de conhecimento científico na área da enfermagem, a nível internacional. A participação no congresso, permitiu desenvolver competências na capacidade de comunicar as conclusões, os conhecimentos e raciocínios, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades (Decreto-Lei nº65/2018, 2018).

Considerando o percurso realizado, e após uma análise crítica e reflexiva, englobando a experiência de transição vivenciada, considero que desenvolvi competências na prática clínica que me possibilitam situar num nível proficiente (Benner, 2001), perante a perspetiva adquirida, sobre quais dos atributos e aspetos presentes são os importantes na intervenção de enfermagem à PSC, no contexto SU.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso de desenvolvimento de competências de mestre e enfermeiro especialista, com início no CMEPSC, integrando a realização do estágio, e que se conclui com a elaboração deste Relatório de Estágio, surge na minha vivência enquanto profissional de enfermagem, como um momento de reflexão sobre a disciplina e a profissão de enfermagem.

A reflexão surge perante o desenvolvimento de competências no âmbito dos cuidados críticos, permitindo a compreensão contemporânea e contextualizada da prática de enfermagem avançada. Como refere Silva (2007), a enfermagem avançada sustentada nas teorias de enfermagem, com competências na tomada de decisão, reflete o diagnóstico e a intervenção de enfermagem focados nas respostas humanas às transições vividas.

Emerge a consciencialização de que este percurso permitiu construir uma matriz que sustentará a prática clínica de enfermagem, agregando as competências desenvolvidas e adquiridas ancoradas nas teorias de enfermagem, baseadas na evidência científica, e com a finalidade de um cuidado centrado na PSC e família,

As teorias organizam formalmente o conhecimento, apresentando um conjunto de conceitos que, inter-relacionados, formam modo próprio de ver o mundo, facilita a compreensão da realidade, favorece a reflexão, incluindo elementos científicos na compreensão e na análise da realidade (Simões & Sapeta, 2019).

Ao longo do percurso, o encontro com o conceito de transição e com o referencial teórico da Teoria das Transições, sustentou o pensamento e norteou a intervenção de enfermagem nos contextos de estágios, suportando o juízo clínico na prática clínica. Emerge assim, a compreensão sobre o impacto do processo de mudança na pessoa, e família, provocado por um evento que altera a sua situação de saúde para uma situação crítica. O encontro da enfermagem com a pessoa que necessita de cuidados críticos, é o encontro não com o doente, não com a doença, mas sim com a pessoa que vivencia a experiência de uma transição saúde/doença, considerando todas as condições e padrões de respostas que surgem na vivência da transição.

As intervenções especializadas de enfermagem que promovem a segurança do processo de DV, surgem assim como imperativo face ao grau de vulnerabilidade da pessoa, associada aos riscos do processo de transição. São intervenções centradas na pessoa, e na compreensão e da valorização dos aspetos psicológicos do DV, evidenciando que, de acordo Watson (1988), as experiências humanas não são

mensuráveis, são compreendidas através da forma como são percebidas, e o conhecimento da experiência vivida pressupõe conhecer a essência do fenômeno através da pessoa que o vivencia.

A transição segura da PSC no DV evidencia a necessidade da intervenção de enfermagem como condição facilitadora da transição, com a finalidade de minimizar o impacto da transição, reduzir o grau de vulnerabilidade e do risco durante o processo de DV. A dimensão da segurança na intervenção especializada, expressa a gestão do risco associado à complexidade da transição do DV, estendendo-se para além da esfera de relação entre enfermeiro e a PSC. A transição para que seja segura, pressupõe uma intervenção abrangente, que englobe os sistemas de suporte ao cuidado direto à PSC, revelando o processo de tomada de decisão na gestão de um ambiente terapêutico e seguro.

A tomada de decisão baseada no juízo clínico centrado na PSC e nas suas respostas de adaptação à transição, resulta na compreensão singular e individual da pessoa, permitindo a competência tecnológica ampliar o conhecimento sobre a pessoa e uma intervenção individualizada momento a momento.

Todo o conhecimento adquirido sobre a temática da transição segura da PSC no DV, permitiu compreender que a abordagem contemporânea da temática, necessita de uma atualização de evidência científica, através da investigação e da reflexão, sendo necessária a produção de conhecimento da disciplina de enfermagem sobre a temática. A pesquisa da literatura realizada demonstra essa necessidade, considerando os anos de publicação de fontes primárias sobre a temática. A produção de novo conhecimento científico sobre a intervenção complexa de enfermagem na PSC e família, em processo de DV, permitirá a atualização do conhecimento, uma prática de enfermagem baseada na evidência, e centrada na pessoa e família. Nos cuidados de saúde o envolvimento da enfermagem na experiência da transição saúde/doença da PSC, e família, promovendo transição saudável e o bem-estar, expõe a relevância das competências de enfermeiro especialista, assim como a importância social dos cuidados de enfermagem.

No período de prática clínica, foram identificadas as situações de aprendizagem que potencializaram o desenvolvimento de competências. A prática clínica permitiu a reflexão sobre a vulnerabilidade que o ambiente e a situação de doença incutem na PSC. Considero que as limitações e constrangimentos da situação pandémica nos contextos de cuidados de saúde, e paralelamente as exigências profissionais e

pessoais, especificamente a gestão do tempo, conduziram a limitações na concretização de atividades planeadas inicialmente.

É ao longo do tempo que uma enfermeira adquire a experiência, e que o conhecimento clínico, que resulta na sinergia entre os conhecimentos práticos simples e os conhecimentos teóricos, se desenvolve (Benner 2001). Neste sentido, e atendendo à motivação crescente sobre o fenómeno da transição segura da PSC no processo de DV, expressa-se a intenção de continuar a desenvolver competências clínicas nesta área temática, assim como promover a produção de conhecimento da disciplina de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <http://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Bambi, S., Lucchini, A., & Rasero, L. (2015). Weaning of adult patients from short and long term mechanical ventilation. Updates. *SCENARIOI*, 32(1), 5–20
- Barreto, M. da S., Marcon, S. S., & Garcia-Vivar, C. (2017). Patterns of behaviour in families of critically ill patients in the emergency room: a focused ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 73(3), 633–642. <https://doi.org/10.1111/jan.13156>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2nd ed.). Springer publishing company
- Benner, P., Tanner, C. A., & Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgement, and ethics*. Springer Publishing Company
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring : stress and coping in health and illness*. Menlo Park, CA : Addison-Wesley
- Bergman, L. M., Pettersson, M. E., Chaboyer, W. P., Carlström, E. D., & Ringdal, M. L. (2017). Safety hazards during intrahospital transport: a prospective observational study. *Critical Care Medicine*, 45(10), 1043–1049. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002653>
- 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>
- Blackwood, B. (2000). The art and science of predicting patient readiness for weaning from mechanical ventilation. *International Journal of Nursing Studies*, 37(2), 145–151. [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(99\)00062-0](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(99)00062-0)

- Blakeman, T. C., & Branson, R. D. (2013). Inter- and intra-hospital transport of the critically ill. *Respiratory Care*, 58(6), 1008–1023.
<https://doi.org/10.4187/respcare.02404>
- Boles, J. M., Bion, J., Connors, A., Herridge, M., Marsh, B., Melot, C., Pearl, R., Silverman, H., Stanchina, M., Vieillard-Baron, A., & Welte, T. (2007). Weaning from mechanical ventilation. *European Respiratory Journal*, 29(5), 1033–1056.
<https://doi.org/10.1183/09031936.00010206>
- Bourn, S., Wijesingha, S., & Nordmann, G. (2018). Transfer of the critically ill adult patient. *BJA Education*, 18(3), 63–68. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2017.11.008>
- Bridges, E. J. (1992). Transition from ventilatory support: Knowing when the patient is ready to wean. *Critical Care Nursing Quarterly*, 15(1), 14–20.
<https://doi.org/10.1097/00002727-199205000-00003>
- Brink, E., & Skott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*, 03(08), 563–567. <https://doi.org/10.4236/ojn.2013.38077>
- Brito, M. A. C. de. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado: Uma teoria explicativa* [Doctoral dissertation, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa] Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.
<http://hdl.handle.net/10400.14/12617>
- Burns, K. E. A., Meade, M. O., Rrt, A. P., & Mdcn, N. K. J. A. (2014). Noninvasive ventilation as a weaning strategy for mechanical ventilation in adults with respiratory failure: a Cochrane systematic review. *Canadian Medical Association*, 186(3), 112–122. <https://doi.org/10.1503 /cmaj.130974>
- Burns, S. M., Ryan, B., & Burns, J. E. (2000). The weaning continuum use of Acute Physiology and Chronic Health Evaluation III, Burns Wean Assessment Program, Therapeutic Intervention Scoring System, and Wean Index scores to establish stages of weaning. *Critical Care Medicine*, 28(7), 2259–2267.
<https://doi.org/10.1097/00003246-200007000-00013>
- Carson, S. S. (2012). Definitions and epidemiology of the chronically critically ill. *Respiratory Care*, 57(6), 848–858. <https://doi.org/10.4187/respcare.01736>

- Carter, D., Sendziuk, P., Elliott, J. A., & Braunack-Mayer, A. (2016). Why is Pain Still Under-Treated in the Emergency Department? Two New Hypotheses. *Bioethics*, 30(3), 195–202. <https://doi.org/10.1111/bioe.12170>
- Cederwall, C. J., Olausson, S., Rose, L., Naredi, S., & Ringdal, M. (2018). Person-centred care during prolonged weaning from mechanical ventilation, nurses' views: an interview study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 46, 32–37. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.11.004>
- Chesnay, M. (2015). Vulnerable populations: vulnerable people. In M. Chesnay & B. A. Anderson (Eds.), *Caring for vulnerable: perspectives in nursing theory, practice and research* (5th ed., pp. 3–12). Jonas & Bartlett Learning
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: a nursing Concern. In A.I. Meleis (Ed.), *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 24–38). Springer Publishing Company, LLC
- Collière, M.-R. (1999). *Promover a Vida*. Lidel - Edições Técnicas.
- Crocker, C., & Kinnear, W. (2008). Weaning from ventilation: Does a care bundle approach work? *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(3), 180–186. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.11.003>
- Crocker, C. (2009). Weaning from ventilation – current state of the science and art. *Nursing in Critical Care*, 14(4), 185–190. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2009.00334.x>
- Crocker, C., & Scholes, J. (2009). The importance of knowing the patient in weaning from mechanical ventilation. *Nursing in Critical Care*, 14(6), 289–296. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2009.00355.x>
- Crocker, C., & Timmons, S. (2009). The role of technology in critical care nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 65(1), 52–61. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04838.x>
- Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., Cox, C. E., Wunsch, H., Wickline, M. A., Nunnally, M. E., Netzer, G., Kentish-Barnes, N., Sprung, C. L., Hartog, C. S., Coombs, M., Gerritsen, R. T., Hopkins, R. O., Franck, L. S., Skrobik, Y., ... Curtis, J. R. (2017). Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Critical Care Medicine*,

45(1), 103-128. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169>

Decreto-Lei n.º 65/2018. (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Presidência Do Conselho de Ministros, Diário da República, Série I (Nº 157 de 2018-08-16)*, 4147 – 4182. eli: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>

Despacho nº. 10319/2014. (2014). Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos. *Ministério Da Saúde, Diário da República, Série II (Nº 153 de 11-08-2014)*, 20673–20678

Despacho nº. 9390/2021. (2021) Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. *Ministério Da Saúde, Diário da República, Diário da República, Série II (N.º 187 de 24-09-2021)*, 96 - 103

Direção-Geral de Saúde. (2001). Rede de Referenciação Hospitalar de Emergência / Urgência. *Direcção de Serviços de Planeamento*, 24. <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2010). *Circular Normativa Nº 07/DQS/DQCO. Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*. Direção-Geral Da Saúde. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Organização-dos-Cuidados-Hospitalares-Urgentes-ao-Doente-Traumatizado.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. in *Relatório Técnico Final*, 142. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção Geral da Saúde. (2017b). *Norma nº21/2015: “Feixe de intervenções” de prevenção de pneumonia associada à intubação*. Norma Nº021/2015 de

16/12/2015 Atualizada a 30/05/2017. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017c). *Norma Nº 015/2017*. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Direção-Geral Da Saúde. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023807.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Norma Nº 002/2018* Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Direção-Geral Da Saúde . <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2018/01/i024340.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Norma Nº 007/2019 - Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Direção-Geral Da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf>.

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Orientação nº 038/2020 - COVID-19: Acompanhantes e Visitas nas Unidades Hospitalares*.

Doenges, M., Moorhouse, M., & Murr, A. (2014). *Nursing care plans: guidelines for individualized client care across the life span* (9th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I. L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L. E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care - Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248–251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>

Ekwall, A. (2013). Acuity and anxiety from the patient's perspective in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 39(6), 534–538. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.10.003>

Eraut, M. R. (2008). *How Professionalgroups Learn through Work*.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). *Objetivos e Competências do CMEPSC*. <https://bit.ly/2HemEQM>

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2020a). *Documento orientador da unidade curricular estágio com relatório: curso de mestrado em enfermagem pessoa em situação crítica 2020-2021*. <https://bit.ly/2R4nQsZ>

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2020b). Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações. ESEL - Centro de Documentação e Biblioteca, 1–37.

Escudero, D., Viña, L., & Calleja, C. (2014). For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 38(6), 371–375. <https://doi.org/10.1016/j.medine.2014.01.001>

Esteban, A., Anzueto, A., Frutos, F., Alía, I., Brochard, L., Stewart, T. E., Benito, S., Epstein, S. K., Apezteguía, C., Nightingale, P., Arroliga, A. C., & Tobin, M. J. (2002). Characteristics and outcomes in adult patients receiving mechanical ventilation: A 28-day international study. *Journal of the American Medical Association*, 287(3), 345–355. <https://doi.org/10.1001/jama.287.3.345>

Fan, E., Zakhary, B., Amaral, A., McCannon, J., Girard, T. D., Morris, P. E., Truwit, J. D., Wilson, K. C., & Thomson, C. C. (2017). Liberation from mechanical ventilation in critically ill adults: An official ATS/ACCP clinical practice guideline. *Annals of the American Thoracic Society*, 14(3), 441–443. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201612-993CME>

Funk, G. C., Anders, S., Breyer, M. K., Burghuber, O. C., Edelmann, G., Heindl, W., Hinterholzer, G., Kohansal, R., Schuster, R., Schwarzmaier-D'Assie, A., Valentin, A., & Hartl, S. (2010). Incidence and outcome of weaning from mechanical ventilation according to new categories. *European Respiratory Journal*, 35(1), 88–94. <https://doi.org/10.1183/09031936.00056909>

Gauberti, M., Martinez de Lizarrondo, S., & Vivien, D. (2021). Thrombolytic strategies for ischemic stroke in the thrombectomy era. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 19(7), 1618–1628. <https://doi.org/10.1111/jth.15336>

Gill, M., Bagshaw, S. M., McKenzie, E., Oxland, P., Oswell, D., Boulton, D., Niven, D. J., Potestio, M. L., Shklarov, S., Marlett, N., & Stelfox, H. T. (2016). Patient and family member-led research in the intensive care unit: A novel approach to patient-centered research. *PLoS ONE*, 11(8). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0160947>

Giménez, A. M., Serrano, P., & Marín, B. (2003). Clinical validation of dysfunctional ventilatory weaning response: The Spanish experience. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 14(2), 53–64.

<https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2003.tb00060.x>

- Gimenez, F. M. P., de Camargo, W. H. B., Gomes, A. C. B., Nihei, T. S., Andrade, M. W. M., Valverde, M., & Grion, C. M. C. (2017). Analysis of Adverse Events during Intrahospital Transportation of Critically Ill Patients. *Critical Care Research and Practice*. 2017(8):1-7 <https://doi.org/10.1155/2017/6847124>
- Giuliano, K. K. (2017). Improving patient safety through the use of nursing surveillance. *Biomedical Instrumentation and Technology*, 51(Horizons), 34–43. <https://doi.org/10.2345/0899-8205-51.s2.34>
- Gray, S. H., Ross, J. A., & Green, R. S. (2013). How to safely extubate a patient in the emergency department: a user's guide to critical care. *CJEM*, 15(05), 303–306. <https://doi.org/10.2310/8000.2012.120795>
- Grupo Português de Triagem. (2021). Sistemas de Triagem de Manchester. http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110
- Hachimi-Idrissi, S., Coffey, F., Doblas, V., Hautz, W., Leach, R., Sauter, T., & Sforzi, I. (2020). *Guidelines for the management acute pain in emergency situations*. European Society for Emergency Medicine. <http://www.eusem.org>
- Haugdahl, H. S., & Storli, S. L. (2012). “In a way, you have to pull the patient out of that state ...”: The competency of ventilator weaning. *Nursing Inquiry*, 19(3), 238–246. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00567.x>
- Henneman, E. A., Gawlinski, A., & Giuliano, K. K. (2012). Surveillance: A strategy for improving patient safety in acute and critical care units. *Critical Care Nurse*, 32(2), 9–18. <https://doi.org/10.4037/ccn2012166>
- Herdman, T. H., & Shigemi, K. (2018). *Nanda International nursing diagnoses: definitions and classification* (11^a Ed.). Artmed.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva do cuidar*. Lusociência
- Hetland, B., Hickman, R., McAndrew, N., & Daly, B. (2017). Factors Influencing Active Family Engagement in Care Among Critical Care Nurses. *AACN Advanced Critical Care*, 28(2), 160–170. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2017118>

- Hirzallah, F. M., Alkaissi, A., & do Céu Barbieri-Figueiredo, M. (2019). A systematic review of nurse-led weaning protocol for mechanically ventilated adult patients. *Nursing in Critical Care*, 24(2), 89–96. <https://doi.org/10.1111/nicc.12404>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2019). *Manual de Suporte Avançado de Vida* (p.244).<https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/07/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2019.pdf>
- Ismail, M. R. M., Baharuddin, K. A., Zainal Abidin, Z. E., Abu Bakar, M. A., & Sjahid, A. S. (2020). Study on the incidence of adverse events during intra-hospital transfer of critical care patients from emergency department. *The Medical Journal of Malaysia*, 75(4), 325–330. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32723989>
- Jauch, E. C., Saver, J. L., Adams, H. P., Bruno, A., Connors, J. J. (Buddy), Demaerschalk, B. M., Khatri, P., McMullan, P. W., Qureshi, A. I., Rosenfield, K., Scott, P. A., Summers, D. R., Wang, D. Z., Wintermark, M., & Yonas, H. (2013). Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. *Stroke*, 44(3), 870–947. <https://doi.org/10.1161/STR.0b013e318284056a>
- Jeganathan, N., Kaplan, C. A., & Balk, R. A. (2015). Ventilator liberation for high-risk-for-failure patients: Improving value of the spontaneous breathing trial. *Respiratory Care*, 60(2), 290–296. <https://doi.org/10.4187/respcare.03111>
- Jenny, J., & Logan, J. (1992). Knowing the Patient: One Aspect of Clinical Knowledge. *The Journal of Nursing Scholarship*, 24(4), 254–258. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1992.tb00730.x>
- Khalafi, A., Elahi, N., & Ahmadi, F. (2016a). Continuous care and patients' basic needs during weaning from mechanical ventilation: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 37, 37–45. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.05.005>
- Khalafi, A., Elahi, N., & Ahmadi, F. (2016b). Holistic care for patients during weaning from mechanical ventilation: A qualitative study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(11). <https://doi.org/10.5812/ircmj.33682>
- Knebel, A., Shekleton, M., Burns, S., Clochesy, J., Hanneman, S., & Ingersoll, G. (1994). Weaning from mechanical ventilation: concept development. *American Journal of Critical Care*, 3(6), 416–420. <https://doi.org/10.4037/ajcc1994.3.6.416>

- Knebel, A., Shekleton, M., Burns, S., & Clochesy, J. (1998). Weaning from mechanical ventilatory support: Refinement of a model. *American Journal of Critical Care*, 7(2), 149–152.
- Kolcaba, K. Y., & Kolcaba, R. J. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of advanced nursing*, 16(11), 1301–1310. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01558.x>
- Kwon, E., & Choi, K. (2017). Case-control Study on Risk Factors of Unplanned Extubation Based on Patient Safety Model in Critically Ill Patients with Mechanical Ventilation. *Asian Nursing Research*, 11(1), 74–78. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.03.004>
- Lago, A. F., Gastaldi, A. C., Mazzoni, A. A. S., Tanaka, V. B., Siansi, V. C., Reis, I. S., & Basile-Filho, A. (2019). Comparison of International Consensus Conference guidelines and WIND classification for weaning from mechanical ventilation in Brazilian critically ill patients: A retrospective cohort study. *Medicine*, 98(42). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017534>
- Lavelle, C., & Dowling, M. (2011). The factors which influence nurses when weaning patients from mechanical ventilation: Findings from a qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(5), 244–252. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.06.002>
- Leplege, A., Gzil, F., Cammelli, M., Lefevre, C., Pachoud, B., & Ville, I. (2007). Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 29(20–21), 1555–1565. <https://doi.org/10.1080/09638280701618661>
- Locsin, R. C. (2015). Rozzano Locsin's Technological Competency as Caring in Nursing. In M. C. Smith & M. E. Parker (Eds.), *Nursing Theories and Nursing Practice* (4th Ed., pp. 449–460). F.A. Davis Company.
- MacIntyre, N. R. (2013). The ventilator discontinuation process: An expanding evidence base. *Respiratory Care*, 58(6), 1074–1082. <https://doi.org/10.4187/respcare.02284>
- Mancebo, J. (1996). Weaning from mechanical ventilation. *European Respiratory Journal*, 9(9), 1923–1931. <https://doi.org/10.1183/09031936.96.09091923>

- Marcelino,P., Marum,S., Fernandes, A.P., Caramelo, N., Dias, C., Ribeiro, P., Agrelo, A., Alves, C., Testas, J. C., Nunes, J., Pimentel, I., Mata, C., & Borba, A. (2008). Manualde Ventilação Mecânico Adulto-Abordagem ao doente crítico. (P.Marcelino,Ed.). Lusociência.
- Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Fowler, R. A., Meyfroidt, G., Nakagawa, S., Pelosi, P., Vincent, J.-L., Vollman, K., & Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, 37, 270–276.
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., Karlsson, B., McCance, T., Mekki, T. E., Porock, D., van Lieshout, F., & Wilson, V. (2015). Person-centredness – the ‘state’ of the art. *International Practice Development Journal*, 5, 1–15. <https://doi.org/10.19043/ipdj.5SP.003>
- McKinley, S., Nagy, S., Stein-Parbury, J., Bramwell, M., & Hudson, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(1), 27–36. <https://doi.org/10.1054/iccn.2002.1611>
- Meade, M., Guyatt, G., Cook, D., Griffith, L., Sinuff, T., Kergl, C., Mancebo, J., Esteban, A., & Epstein, S. (2001). Predicting Success in Weaning From Mechanical Ventilation. *Chest*, 120(6), 400–424. https://doi.org/10.1378/chest.120.6_suppl.400S
- Meleis, A. I. (1975). Role insufficiency and role supplementation: A conceptual framework. *Nursing Research*, 24(4), 264–271.
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255–259. [https://doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](https://doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)
- 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>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories un nursing research and pratice* (A. Meleis (ed.)). Springer Publishing Company

- Meleis, A. I. (2015). Transitions Theory. In M. C. Smith & M. E. Parker (Eds.), *Nursing Theories and Nursing Practice* (4th ed., pp. 361–380). F.A. Davis Company.
- Mendes, A. P. (2018). Impact of critical illness news on the family: hermeneutic phenomenological study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 170–177. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0163>
- Mendes, A. P. (2019). Critical health-disease transition in the family: Nursing intervention in the lived experience. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(1), 154–161. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0616>
- Merchán-Tahvanainen, M. E., Romero-Belmonte, C., Cundín-Laguna, M., Basterra-Brun, P., San Miguel-Aguirre, A., & Regaira-Martínez, E. (2017). Patients' experience during weaning of invasive mechanical ventilation: A review of the literature. *Enfermería Intensiva (English Ed.)*, 28(2), 64–79. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2016.11.001>
- Meyer, G., & Lavin, M. (2005). Vigilance: The Essence of Nursing. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 10(3). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol10No03PPT01>
- Motov, S. M., & KhanKhan, A. N. (2008). Problems and barriers of pain management in the emergency department: Are we ever going to get better? *Journal of Pain Research*, 2, 5. <https://doi.org/10.2147/JPR.S4324>
- National Healthcare Safety Network. (2021). Pneumonia (Ventilator-associated [VAP] and non-ventilatorassociated Pneumonia [PNEU]) Event. In *Patient Safety Component Manual* (pp. 1–39). Centers for Disease Control and Prevention. www.cdc.gov/nhsn
- Nelson, J. E., Cox, C. E., Hope, A. A., & Carson, S. S. (2010). Chronic critical illness. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 182(4), 446–454. <https://doi.org/10.1164/rccm.201002-0210CI>
- Oliveira, C. N., & Nunes, E. D. C. A. (2014). Caring for family members in the ICU: challenges faced by nurses in the interpersonal praxis of user embracement. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(4), 954–963. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014003590013>
- Olthuis, G., Prins, C., Smits, M.-J., van de Pas, H., Bierens, J., & Baart, A. (2014). Matters of Concern: A Qualitative Study of Emergency Care From the

- Perspective of Patients. *Annals of Emergency Medicine*, 63(3), 311-319.
<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.08.018>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros
- Papazian, L., Klompas, M., & Luyt, C.-E. (2020). Ventilator-associated pneumonia in adults: a narrative review. *Intensive Care Medicine*, 46(5), 888–906.
<https://doi.org/10.1007/s00134-020-05980-0>
- 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>
- Pham, T., Brochard, L. J., & Slutsky, A. S. (2017). Mechanical Ventilation: State of the Art. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(9), 1382–1400.
<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.05.004>
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B. M., Hoh, B., Jauch, E. C., Kidwell, C. S., Leslie-Mazwi, T. M., Ovbiagele, B., Scott, P. A., Sheth, K. N., Southerland, A. M., Summers, D. V., & Tirschwell, D. L. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 50(12), 344–418.
<https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211>
- Pu, L., Zhu, B., Jiang, L., Du, B., Zhu, X., Li, A., Li, G., He, Z., Chen, W., Ma, P., Jia, J., Xu, Y., Zhou, J., Qin, L., Zhan, Q., Li, W., Jiang, Q., Wang, M., Lou, R., & Xi, X. (2015). Weaning critically ill patients from mechanical ventilation: A prospective cohort study. *Journal of Critical Care*, 30(4), 862.e7-862.e13.
<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.04.001>

- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982.
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Redley, B., Phiri, L. M., Heyns, T., Wang, W., & Han, C. (2019). Family needs during critical illness in the Emergency Department: A retrospective factor analysis of data from three countries. *Journal of Clinical Nursing*, 28(15–16), 2813–2823.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14857>
- Regulamento n.º 429/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. *Ordem Dos Enfermeiros, Diário da República, Série II (Nº 135 de 2018-07-16)*, 19359–19370. <http://www.dre.pt>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem Dos Enfermeiros, Diário da República, Série II (Nº 26 de 2019-02-06)*, 4744–4750. <http://www.dre.pt>
- Rivi, V., Melegari, G., & Blom, J. M. C. (2021). How to humanise the COVID-19 intensive care units. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 26(4), 141–142.
<https://doi.org/10.1136/bmjebm-2020-111513>
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 65–72. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997026065.x>
- Rose, L., Blackwood, B., Egerod, I., Haugdahl, H., Hofhuis, J., Isfort, M., Kydonaki, K., Schubert, M., Sperlinga, R., Spronk, P., Storli, S., McAuley, D. F., & Schultz, M. J. (2011). Decisional responsibility for mechanical ventilation and weaning: an international survey. *Critical Care*, 15(6). <https://doi.org/10.1186/cc10588>
- Rose, L., Dainty, K. N., Jordan, J., & Blackwood, B. (2014). Weaning From Mechanical Ventilation: A Scoping Review of Qualitative Studies. *American Journal of Critical Care*, 23(5), 54–70. <https://doi.org/10.4037/ajcc2014539>

- Rose, L., Yu, L., Casey, J., Cook, A., Metaxa, V., Pattison, N., Rafferty, A. M., Ramsay, P., Saha, S., Xyrichis, A., & Meyer, J. (2021). Communication and virtual visiting for families of patients in intensive care during the COVID-19 pandemic: A UK national survey. *Annals of the American Thoracic Society*, 18(10), 1685–1692. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202012-1500OC>
- Rothaar, R., & Epstein, S. (2003). Extubation failure: magnitude of the problem, impact on outcomes, and prevention. *Current Opinion in Critical Care*, 9(1), 59–66. <https://doi.org/10.1097/00075198-200302000-00011>
- Runciman, W., Hibbert, P., Thomson, R., Van Der Schaaf, T., Sherman, H., & Lewalle, P. (2009). Towards an International Classification for Patient Safety: Key concepts and terms. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(1), 18–26. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn057>
- Sá, F. G.de, Botelho, M., & Henriques, M. (2015). Cuidar da familia da pessoa em situacao critica: a experiencia do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31–46. <https://www.researchgate.net/publication/302914687>
- Sá, F. L. F. R. G. de, & Velez, M. A. M. R. B. A. V. (2021). Family care in the emergency department: nurses' lived experiences. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série(Nº 8), 1–8. <https://doi.org/10.12707/rv21007>
- Salam, A., Tilluckdharry, L., Amoateng-Adjepong, Y., & Manthous, C. A. (2004). Neurologic status, cough, secretions and extubation outcomes. *Intensive Care Medicine*, 30(7), 1334–1339. <https://doi.org/10.1007/s00134-004-2231-7>
- Salt, O., Akpınar, M., Sayhan, M. B., Örs, F. B., Durukan, P., Baykan, N., & Kavalci, C. (2020). Intrahospital critical patient transport from the emergency department. *Archives of Medical Science*, 16(2), 337–344. <https://doi.org/10.5114/aoms.2018.79598>
- Scanlon, A., & Lee, G. (2007). The use of the term vulnerability in acute care: Why does it differ and does it mean? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 54–59. <https://bit.ly/2vNuvzt>
- Schmidt, G. A., Girard, T. D., Kress, J. P., Morris, P. E., Ouellette, D. R., Alhazzani, W., Burns, S. M., Epstein, S. K., Esteban, A., Fan, E., Ferrer, M., Fraser, G. L., Gong, M. N., Hough, C. L., Mehta, S., Nanchal, R., Patel, S., Pawlik, A. J.,

- Schweickert, W. D., ... Truwit, J. D. (2017). Official executive summary of an American Thoracic Society/American College of Chest Physicians clinical practice guideline: Liberation from mechanical ventilation in critically ill adults. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 195(1), 115–119. <https://doi.org/10.1164/rccm.201610-2076ST>
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. Ibrahim. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
- Shajani, Z., & Snell, D. (2019). Wright & Leahey's nurses and families: A guide to family assessment and intervention (7th ed.). F. A. Davis Company
- Silva, A. P. (2007). "Enfermagem Avançada": Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11–20.
- Simões, Â., & Sapeta, P. (2019). Conceito de dignidade na enfermagem: análise teórica da ética do cuidado. *Revista Bioética*, 27(2), 244–252. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272306>
- Skene, I., Pott, J., & McKeown, E. (2017). Patients' experience of trauma care in the emergency department of a major trauma centre in the UK. *International Emergency Nursing*, 35, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.02.005>
- Soares, J. R., Martin, A. R., Rabelo, J. F., Barreto, M. da S., & Marcon, S. S. (2016). Presença da família durante o atendimento emergencial: Percepção do paciente vítima de trauma. *Aquichan*, 16(2), 193–204. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.2.7>
- Spichiger, E., Wallhagen, M. I., & Benner, P. (2005). Nursing as a caring practice from a phenomenological perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(4), 303–309. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2005.00350.x>
- Stayt, L. C., Seers, K., & Tutton, E. (2015). Patients' experiences of technology and care in adult intensive care. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), 2051–2061. <https://doi.org/10.1111/jan.12664>
- Tanner, C. A. (2006). Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>

- Thille, A. W., Richard, J.-C. M., & Brochard, L. (2013). The Decision to Extubate in the Intensive Care Unit. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 187(12), 1294–1302. <https://doi.org/10.1164/rccm.201208-1523CI>
- Tingsvik, C., Johansson, K., & Mårtensson, J. (2015). Weaning from mechanical ventilation: Factors that influence intensive care nurses' decision-making. *Nursing in Critical Care*, 20(1), 16–24. <https://doi.org/10.1111/nicc.12116>
- Twibell, R. S., Craig, S., Siela, D., Simmonds, S., & Thomas, C. (2015). Being There: InPatients' perceptions of family presence during resuscitation and invasive cardiac procedures. *American Journal of Critical Care*, 24(6), 108–115. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2015470>
- Vijayvargiya, M., Panchal, S., Asawale, K., & Desai, A. (2021). Oligoanalgesia in the emergency setting – An Indian review. *Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma*, 18, 38–43. <https://doi.org/10.1016/j.jcot.2021.03.025>
- Wagley, L. K., & Newton, S. E. (2010). Emergency Nurses' Use of Psychosocial Nursing Interventions for Management of ED Patient Fear and Anxiety. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 415–419. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.07.022>
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing*. National League for Nursing
- Wells, K., Craven, P., Steenblik, J., Carlson, M., Cooper, C., & Madsen, T. (2018). Prevalence and treatment of anxiety among emergency department patients with pain. *American Journal of Emergency Medicine*, 36(7), 1315–1317. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2017.11.042>
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- Wikström, A. C., Cederborg, A. C., & Johanson, M. (2007). The meaning of technology in an intensive care unit-an interview study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(4), 187–195. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.03.003>
- World Health Organization. (2016). Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. In *World Health Organization*. <http://apps.who.int/bookorders>.

Zhang, W., Lv, J., Zhao, J., Ma, X., Li, X., Gu, H., Zhang, M., & Zhou, R. (2021). Proactive risk assessment of intrahospital transport of critically ill patients from emergency department to intensive care unit in a teaching hospital and its implications. *Journal of Clinical Nursing*, 1–14.

<https://doi.org/10.1111/jocn.16072>

Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., Zhao, X., Huang, B., Shi, W., Lu, R., Niu, P., Zhan, F., Ma, X., Wang, D., Xu, W., Wu, G., Gao, G. F., & Tan, W. (2020). A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine*, 382(8), 727–733.

<https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Protocolo de pesquisa da Revisão Integrativa da Literatura

PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Título da revisão:

A Pessoa Situação Crítica na transição segura do desmame ventilatório

Autores da revisão:

1Ana Margarida Polido Pinheiro, 2Filipe Alexandre Morgado Ramos

1Mestranda em Enfermagem na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica; Enfermeira na Unidade de Queimados do Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; marg.pp@gmail.com

2Professor Assistente Convidado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; filipe.ramos@esel.pt

RESUMO

O desmame ventilatório conceptualizado como uma transição do suporte ventilatório mecânico para respiração espontânea, e como um processo complexo de transferência de esforço respiratório para a PSC, apresenta ao longo do processo a possibilidade de ocorrência de eventos e/ou circunstâncias que resultam em riscos e/ou danos (ex. sofrimento, reintubação endotraqueal). Assim, revela-se de extrema importância conhecer e identificar as intervenções de Enfermagem na promoção da segurança na transição do desmame ventilatório.

A presente revisão integrativa da literatura com o tema a PSC na transição segura do desmame ventilatório, resulta na estratégia científica para aprofundar e sintetizar conhecimentos que suportem e fundamentem a prática de enfermagem perante a PSC em processo de desmame ventilatório, utilizando a evidência científica disponível. A revisão encontra-se integrada no 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica, com a finalidade de identificar e analisar as intervenções de Enfermagem que promovem a transição segura do desmame ventilatório da PSC.

Método: A revisão irá permitir identificar, avaliar e sintetizar todo o tipo de artigos científicos através de uma pesquisa sistemática. Os estudos serão selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos. A pesquisa será realizada nas bases de dados CINAHL with Full Text e MEDLINE with Full Text, através da plataforma agregadora de bases de dados EBSCO host. A literatura cinzenta e outros

artigos pesquisados manualmente serão identificados através do motor de busca Google Scholar. Após a análise dos artigos selecionados será sintetizada a informação

Palavras-chaves: Enfermagem; Cuidados Críticos; Desmame do Ventilador; Segurança do paciente.

INTRODUÇÃO

O processo de desmame ventilatório é vivenciado pela PSC como um período de stress, emergindo sentimentos de medo, ansiedade e/ou angústia (Merchán-Tahvanainen et al., 2017)

O desmame ventilatório definido como a transição do suporte ventilatório para a respiração espontânea (Bridges, 1992; Knebel et al., 1998; Mancebo, 1996) remete para a transferência da autonomia ventilatória para a pessoa, sendo um processo individualizado e sequencial de diversos procedimentos (Marcelino et al., 2008). O tempo utilizado no processo de desmame representa 40-50% da duração total VMI (Esteban et al., 2002). Traduz um processo contínuo e dinâmico, influenciado por variáveis fisiológicas, psicológicas e ambientais, sendo dividido em três fases distintos: *preweaning*, *weaning* and *weaning outcomes* (Burns et al., 2000). Fatores fisiológicos como a dor, dificuldade em respirar, sensação de boca seca e de asfixia, contribuem para uma experiência negativa, marcada por sentimentos de desconforto e mal-estar e de sentimentos de desamparo, medo e apreensão (Merchán-Tahvanainen et al., 2017).

A tomada de decisão no desmame ventilatório e a possibilidade de extubação não é isenta de risco. Na PSC em processo de desmame pode surgir insuficiência respiratória e cardíaca associado ao aumento do trabalho respiratório durante a redução do apoio ventilatório mecânico (Jeganathan et al., 2015). A ocorrência de desmames ventilatórios prematuros conduzem a complicações, nomeadamente à perda da proteção das vias respiratórias, aspiração, doenças respiratórias, compromisso da difusão de gases e falha na extubação (Lago et al., 2019). Falha na extubação ocorre em 10 a 20%, e está associada a outcomes piores, incluindo taxas de mortalidade de 25 a 50% (Thille et al., 2013).

A necessidade de reintubação aumenta a incidência de mortalidade hospitalar, aumento do tempo de internamento na UCI e no hospital, um tempo mais prolongado

de VMI, custos hospitalares mais elevados, e incidência de traqueostomia na PSC (Rothaar & Epstein, 2003).

A transição do suporte ventilatório para a respiração espontânea poderá assim revestir-se de características de um incidente de segurança, considerando a definição de incidente de segurança de DGS (2011), como um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário e de uma ameaça à segurança, como um conjunto de circunstâncias que podem conduzir ao dano.

O dano inclui o prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante, inclui doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte. O sofrimento considerado como a experiência de qualquer desconforto subjetivo, e o risco a probabilidade de ocorrência de um incidente (DGS, 2011).

Além do prejuízo na estrutura funcional ou efeito pernicioso na transição do desmame ventilatório, é de extrema relevância o sentimento de segurança da PSC. Sentir-se seguro expressa um estado em que a pessoa experimenta uma ausência de risco de danos físicos ou emocionais (Wassenaar et al., 2014).

A transição do desmame ventilatório, pode resultar numa experiência relevante na vida da PSC, sendo lembrado com sentimentos negativos, no entanto, fatores como o apoio prestado pela equipa de saúde, a família ou a autodeterminação permitem que a pessoa vivencie a experiência com menos sofrimento físico e emocional, promovendo assim o sentimento de controlo e participação no processo de desmame ventilatório (Merchán-Tahvanainen et al., 2017).

Khalafi, et al. (2016), fazendo referência a estudos sobre o envolvimento dos enfermeiros no desmame ventilatório, ilustram a importância da tomada de decisões e da autonomia dos enfermeiros nesta área. Independentemente dos critérios selecionados para o desmame ventilatório, os enfermeiros são responsáveis de avaliar a situação da PSC para determinar se cumpre critérios de prontidão e sucesso.

O sucesso do desmame ventilatório pode ser otimizado através da continuidade dos cuidados, conhecimento do paciente e o desenvolvimento de planos individualizados centrados no paciente, o que sugere a importância do envolvimento dos enfermeiros no processo e o reconhecimento da sua complexidade (Crocker & Scholes, 2009).

A intervenção de enfermagem na transição segura do desmame ventilatório surge assim como uma intervenção complexa que resulta da interação entre as intervenções específicas em cada uma das fases.

A questão de investigação, Quais as intervenções de Enfermagem que promovem a transição segura do desmame ventilatório da Pessoa em Situação Crítica na unidade de cuidados intensivos? permitirá identificar, analisar e sintetizar a evidência científica existente, dando o suporte científico para a prática clínica.

METODOLOGIA

A questão de investigação permite orientar o desenvolvimento dos critérios específicos e uma estrutura da revisão. (Aromataris & Munn, 2020)

A questão de investigação da presente revisão foi formulada de acordo com a mnemónica PICO, “Quais as intervenções de Enfermagem (I) que promovem a transição segura (O) do desmame ventilatório da Pessoa Situação Crítica (P) na unidade de cuidados intensivos (C)?”

P: Pessoa em Situação Crítica em processo de desmame ventilatório

I: Intervenções de Enfermagem

C: Unidades de Cuidados Intensivos

O: Segurança

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A seleção dos artigos é baseada nos atributos da mnemónica PICO e nas propriedades dos artigos que surgem na pesquisa.

Critérios de inclusão

Selecionados todos os artigos:

- Incluam pessoas com idade igual ou superior a 18 anos;
- Permitam responder ao fenómeno da questão previamente identificada;
- No idioma português, inglês e espanhol;
- Acessíveis com *Full Text*;
- Literatura cinzenta e outra documentação que revele conteúdo imprescindível para a análise da questão de investigação.

Critérios de exclusão

Serão excluídos os artigos que:

- Incluam só pessoas com idades inferiores a 18 anos;
- Não respondam ao fenómeno da questão de investigação;
- Não se incluam na restrição temporal: 2015-2020 (5 anos).

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A estratégia de pesquisa contemplou as seguintes fases metodológicas: pesquisa inicial limitada na base de dados MEDLINE, CINAHL e motor de busca Google Scholar, identificando artigos e as de palavras-chave associadas à temática em estudo. Foram selecionados os recursos de pesquisa, as bases de dados CINHAL with Full Text e MEDLINE with Full Text.

Após a pesquisa inicial foram selecionados os termos a utilizar na pesquisa nas bases de dados online, utilizando os termos indexados correspondentes (CINHAL – CINHAL Headings; MEDLINE – MESH 2020), através do acesso pela plataforma EBSCO host. A execução da pesquisa nas duas bases de dados permitirá identificar os termos de pesquisa apresentados no quadro 1, utilizando os termos booleanos OR e AND, da seguinte forma: (P - população) AND (I – intervenções) AND (C – contexto) AND (O - *Outcomes*). A estes artigos serão adicionados os artigos identificados na literatura cinzenta, por pesquisa manual, que cumpram os critérios de inclusão/exclusão.

Quadro 1. Estratégia de pesquisa termos naturais e indexados

	P Pessoa em situação crítica em desmame ventilatório	I Intervenções de Enfermagem	C Unidade de Cuidados intensivos	O Segurança
		And	And	And
Termos naturais	OR	OR	OR	OR
Termos indexados	OR	OR	OR	OR

Processo de seleção

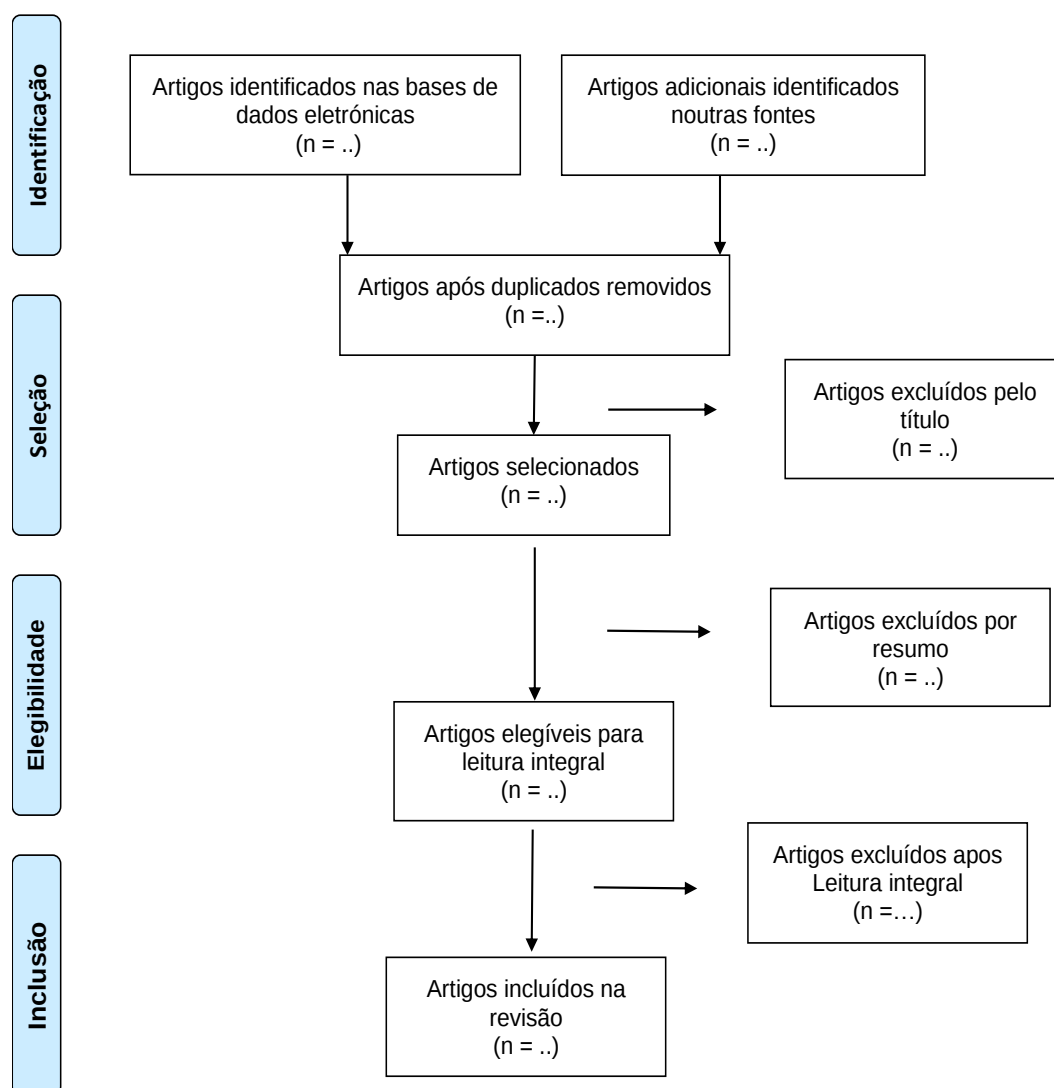
Após identificação dos artigos através da pesquisa nas bases de dados, os mesmos serão listados e ordenados por ordem alfabética.

Como primeiro passo da seleção serão eliminados os artigos em duplicado, assim como os artigos nos quais os títulos não respondem à questão de investigação e aos critérios de inclusão/exclusão. Dos artigos restantes, serão analisados os resumos e

serão eliminados os artigos cujo resumo não corresponda aos critérios de inclusão/exclusão. Os artigos com títulos e resumos que não possuam informação precisa que permita excluí-los, por si só da revisão, serão analisados pelo texto integral, avaliando se correspondem aos critérios de inclusão.

Após esta seleção permanecem os artigos elegíveis para a leitura do texto integral, analisando os critérios de inclusão e de exclusão. O processo de identificação, dos artigos selecionados será esquematizado no fluxograma PRISMA (figura 1). Para a extração e organização dos resultados será construído um suporte, quadro ou tabela, onde será registado tipo de estudo, ano do artigo, objetivos e resultados, e intervenções de enfermagem descritas.

Figura 1 Fluxograma PRISMA da seleção de artigos (Adaptado de Liberati et al.,2009)



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). (2020). *JB I Manual for Evidence Synthesis* (JBI).
- Bridges, E. J. (1992). Transition from ventilatory support: Knowing when the patient is ready to wean. *Critical Care Nursing Quarterly*, 15(1), 14–20. <https://doi.org/10.1097/00002727-199205000-00003>
- Burns, S. M., Ryan, B., & Burns, J. E. (2000). The weaning continuum use of Acute Physiology and Chronic Health Evaluation III, Burns Wean Assessment Program, Therapeutic Intervention Scoring System, and Wean Index scores to establish stages of weaning. *Critical Care Medicine*, 28(7), 2259–2267. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/00003246-200007000-00013>
- Crocker, C., & Scholes, J. (2009). The importance of knowing the patient in weaning from mechanical ventilation. *Nursing in Critical Care*, 14(6), 289–296. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2009.00355.x>
- Esteban, A., Anzueto, A., Frutos, F., Alía, I., Brochard, L., Stewart, T. E., Benito, S., Epstein, S. K., Apezteguía, C., Nightingale, P., Arroliga, A. C., & Tobin, M. J. (2002). Characteristics and outcomes in adult patients receiving mechanical ventilation: A 28-day international study. *Journal of the American Medical Association*, 287(3), 345–355. <https://doi.org/10.1001/jama.287.3.345>
- Jeganathan, N., Kaplan, C. A., & Balk, R. A. (2015). Ventilator liberation for high-risk-for-failure patients: Improving value of the spontaneous breathing trial. *Respiratory Care*, 60(2), 290–296. <https://doi.org/10.4187/respcare.03111>
- Khalafi, A., Elahi, N., & Ahmadi, F. (2016). Continuous care and patients' basic needs during weaning from mechanical ventilation: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 37, 37–45. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.05.005>
- Knebel, A., Shekleton, M., Burns, S., & Clochesy, J. (1998). Weaning from mechanical ventilatory support: Refinement of a model. *American Journal of Critical Care*, 7(2), 149–152.
- Lago, A. F., Gastaldi, A. C., Mazzoni, A. A. S., Tanaka, V. B., Siansi, V. C., Reis, I. S., & Basile-Filho, A. (2019). Comparison of International Consensus Conference guidelines and WIND classification for weaning from mechanical ventilation in Brazilian critically ill patients. *Medicine*, 98(42), e17534. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017534>

- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J. & Moher, D. (2009, July). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *PLoS Medicine*, (6)7. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
- Mancebo, J. (1996). Weaning from mechanical ventilation. *European Respiratory Journal*, 9(9), 1923–1931. <https://doi.org/10.1183/09031936.96.09091923>
- Merchán-Tahvanainen, M. E., Romero-Belmonte, C., Cundín-Laguna, M., Basterra-Brun, P., San Miguel-Aguirre, A., & Regaira-Martínez, E. (2017). Patients' experience during weaning of invasive mechanical ventilation: A review of the literature. *Enfermería Intensiva (English Ed.)*, 28(2), 64–79. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2016.11.001>
- Rothaar, R., & Epstein, S. (2003). Extubation failure: magnitude of the problem, impact on outcomes, and prevention. *Current Opinion in Critical Care*, 9(1), 59–66. <https://doi.org/10.1097/00075198-200302000-00011>
- Thille, A. W., Richard, J.-C. M., & Brochard, L. (2013). The Decision to Extubate in the Intensive Care Unit. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 187(12), 1294–1302. <https://doi.org/10.1164/rccm.201208-1523CI>
- Wassenaar, A., Schouten, J., & Schoonhoven, L. (2014). Factors promoting intensive care patients' perception of feeling safe: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(2), 261–273. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.07.003>

ANEXOS

**ANEXO I - Certificado de participação no Congresso Internacional de Controlo
de Infecção 2021**

Congresso Internacional de Controlo de Infecção

25 e 26 de março

2021

ORGANIZAÇÃO
ixus
formação e consultoria, lda.

Certificado

Para os devidos efeitos, certifica-se que o(a) Ex.mo(a) Senhor(a)

Ana Margarida Pinheiro

Participou no Congresso Internacional de Controlo de Infecção 2021

Que se realizou via On-Line, ZOOM, nos dias 25 e 26 de março de 2021,

com a duração total de 16 horas.

Porto, 29 de março de 2021



A Presidente do Congresso
Margarida Ferreira



O Diretor da Entidade Formadora
Josué Morais



**ANEXO II - Certificado de participação no VIII Congresso Internacional Virtual
Ibero-Americano de Enfermagem –
Novos tempos, novos desafios**



D. José María Vázquez Chozas
Presidente de la Fundación para la Cooperación Investigación y Desarrollo
de la Enfermería FUNCIDEN



Certifica que:

POLIDO PINHEIRO, ANA MARGARIDA

Ha participado en el

VIII Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería

"Nuevos tiempos, nuevos retos"

Celebrado en la Plataforma de Congresos de la Fundación para la Cooperación,
Investigación y Desarrollo de la Enfermería **FUNCIDEN**

Desde el día 17/03/2021 al 24/03/2021

con un total de **54 horas**.

25/03/2021



Congreso declarado de Interés
Profesional, Científico y Formativo

José María Vázquez Chozas
Presidente FUNCIDEN



Esta actividad docente, con nº de expediente 07-AFOC-00506.3/2021, ha sido acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid-Sistema Nacional de Salud, con créditos de formación continuada para las profesiones: Enfermería
Los créditos de esta actividad formativa no son aplicables a los profesionales, que participen en la misma, y que estén formándose como especialistas en Ciencias de la Salud

4,40 Créditos CFC

Enlace de validación: <https://congresos.funciden.org/validacion/2bec4bc0-8d5c-11eb-8612-0685e55e30a1>

**ANEXO III - Certificado de participação com comunicação “A pessoa em
situação crítica na transição segura do desmame ventilatório”**



D. José María Vázquez Chozas
Presidente de la Fundación para la Cooperación Investigación y Desarrollo
de la Enfermería FUNCIDEN



Certifica que:

POLIDO PINHEIRO, ANA MARGARIDA

Autor principal

MORGADO RAMOS, FILIPE ALEXANDRE

Primer coautor

Han participado con la Comunicación:

A pessoa em situação crítica na transição segura do desmame ventilatório

En el VIII Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería

"Nuevos tiempos, nuevos retos"

Celebrado en la Plataforma de Congresos de la Fundación para la Cooperación,
Investigación y Desarrollo de la Enfermería **FUNCIDEN**

Desde el día 17/03/2021 al 24/03/2021.

25/03/2021

Publicado en el CD-ROM del Congreso

Sala	1	Área temática	3	Capítulo	130
------	---	---------------	---	----------	-----

Editado por **FUNCIDEN**
ISBN CD-ROM: 978-84-16679-14-0
Depósito Legal: M-28323-2020



José María Vázquez Chozas
Presidente FUNCIDEN

Congreso declarado de Interés Profesional, Científico y Formativo

Enlace de validación: <https://congresos.funciden.org/validacion/63131986-8e73-11eb-b905-06e8c1186537>

