



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

**Promoção da segurança no transporte da pessoa em  
situação crítica: Uma intervenção especializada de  
enfermagem**

**Ana Raquel Carreira Matias**

---

**Lisboa  
2021**



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

**Promoção da segurança no transporte da pessoa em  
situação crítica: Uma intervenção especializada de  
enfermagem**

**Ana Raquel Carreira Matias**



Orientador: Professora Doutora Florinda Laura Ferreira Rodrigues  
Galinha De Sá



**Lisboa  
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*“Tudo o que se passa  
no mundo onde vivemos  
é em nós que  
se passa”.*

Fernando Pessoa

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Nuno, meu amor e melhor amigo, porto de abrigo e asas para voar, por ser a tranquilidade nos dias de tempestade e orientação nas minhas incertezas.

À minha família, em especial aos meus pais e irmãos, por serem a minha força e me ensinarem que os limites existem apenas na nossa consciência.

Aos meus amigos, por acreditarem em mim e se terem feito presentes em todos os meus momentos de ausência.

Ao Raul, à Suse, à Raquel, ao Tiago e ao Hugo, por todas as horas de partilha e companheirismo com que recheámos esta aventura.

À Professora Florinda Galinha de Sá, não só pelo apoio e suporte nos períodos menos coloridos, mas pela excelência e exigência com que me guiou neste percurso.

Aos Enfermeiros orientadores e todos os profissionais com que me cruzei neste percurso, pelo exemplo e por me ajudarem na construção deste caminho, enriquecido dia após dia, por todos os momentos de reflexão e partilha de conhecimento.

E, por fim, a todos aqueles que dão sentido à profissão – as pessoas alvo de cuidados e as suas famílias – por me incentivarem, a cada momento, a tornar-me a melhor enfermeira que posso ser.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS**

ADR – Área Dedicada a Respiratórios

AHA - *American Heart Association*

APA - *American Psychological Association*

ASPECTS - *Alberta Stroke Program Early Computed Tomography Score*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CARNA - *College and Association of Registered Nurses of Alberta*

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

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

DGS - Direção Geral de Saúde

ECG - Eletrocardiograma

ECMO – Oxigenação por Membrana Extracorporal

EEMI - Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HDFVVC - Hemodiafiltração Venovenosa Contínua

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

mmHg – Milímetros de Mercúrio

NIHSS - *National Institutes of Health Stroke Scale*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OM, & SPCI – Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

PaCO<sub>2</sub> – Pressão Parcial de Dióxido de Carbono

PaO<sub>2</sub> - Pressão Parcial de Oxigénio

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PIC – Pressão Intracraniana

PSC - Pessoa em Situação Crítica

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

RSMM – Revisão Sistemática de Métodos Mistos

SARS-CoV<sub>2</sub> – Infeção pelo novo Coronavírus

SAV – Suporte Avançado de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SU - Serviço de Urgência

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

TAC-CE - Tomografia Axial Computorizada-Crânio Encefálica

TSFR – Técnica de Substituição da Função Renal

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UICD - Unidade de Internamento de Curta Duração

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

VV – Via Verde

VV – Via Verde AVC

WHO – *World Health Organization*

## RESUMO

O transporte da pessoa em situação crítica é uma realidade indiscutível na perspectiva do cuidar, dada a reorganização e estratificação dos sistemas de saúde. No entanto, origina um ambiente desafiante e stressante nos contextos de prestação de cuidados, visto que está associado a um elevado risco de deterioração clínica da pessoa e à incidência de eventos adversos. A sua segurança constitui, assim, um desafio à prestação de cuidados, conceito esse reconhecido como uma área prioritária de investigação e intervenção.

Este relatório descreve criticamente o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem, em contexto de serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos. Este percurso, delineado segundo a metodologia de projeto, considera as aptidões enunciadas na legislação portuguesa para obtenção do grau de mestre, os objetivos delineados pela escola para este ciclo de formação, as competências comuns e específicas preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros para o enfermeiro especialista e o Modelo *Dreyfus* de aquisição de competências. Centrado na intervenção especializada de enfermagem na promoção da segurança no transporte da pessoa em situação crítica, este percurso é suportado pelos referenciais teóricos de Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (Patricia Benner) e *Technological Competence as Caring in Nursing* (Rozzano Locsin).

Destaco, assim, o desenvolvimento de competências de mestre, nomeadamente a aplicação de conhecimentos progressivamente consolidados, a capacidade de compreensão e resolução de problemas, respeitando as implicações e responsabilidades ético-sociais, a divulgação do conhecimento obtido e a manutenção de uma aprendizagem contínua, em articulação com as de enfermeira especialista na área da pessoa em situação crítica.

**Palavras-chave:** Estado Crítico, Transporte de pacientes, Enfermagem, Segurança.

## **ABSTRACT**

The transport of a critically ill patient is an indisputable reality in the caring perspective, given the reorganization and stratification of health care systems. However, it creates a challenging and stressful environment in the health care context, as it is associated with a high risk of the patient's clinical deterioration and facilitates the occurrence of adverse events. Their safety is a challenge to health care systems, a concept that is recognized as a priority area for research and intervention.

This report critically describes my path towards the acquisition and development of specialized nursing skills in the context of an emergency room and an intensive care unit. This path, outlined according to the project methodology, considers the skills listed on the Portuguese legislation for obtaining a master's degree, the objectives outlined by the school for this training cycle, the common and specific skills recommended by the Ordem dos Enfermeiros for the specialist nurse, and the Dreyfus Model of Skill Acquisition. Focused on the specialized nursing intervention in promoting safe transport for critically ill patients, this path is supported by the theoretical frameworks of Excellence and Power in Clinical Nursing Practice (Patricia Benner) and Technological Competence as Caring in Nursing (Rozzano Locsin).

Thus, I emphasize the development of master's skills, namely the application of progressively consolidated knowledge, the ability to understand and solve problems, respecting the implications and ethical-social responsibilities, the dissemination of knowledge obtained, and the maintenance of continuous learning, in articulation with those of a specialist nurse in the area of critically ill patients.

**Key-words:** Critical illness, Transportation of Patients, Nursing, Safety.

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	15
1.1. A complexidade do cuidado de enfermagem à PSC .....	15
1.2. O cuidado de enfermagem especializado na promoção da segurança no transporte da PSC.....	19
1.3. Intervenções da equipa multidisciplinar promotoras da segurança no transporte da PSC.....	25
<b>2. PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b>	28
2.1. Aprofundar conhecimentos de enfermagem especializados no cuidado à PSC e sua família.....	30
2.2. Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e sua família, na sua complexidade, em contexto de SU e UCI .....	35
2.3. Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e sua família ao longo das fases do transporte intra-hospitalar e inter-hospitalar .....	44
2.4. Refletir criticamente sobre a necessidade de competências especializadas em enfermagem na promoção da segurança no transporte da PSC .....	51
2.5. Contribuir para o aumento de conhecimentos da equipa de enfermagem na área do cuidado à PSC e sua família.....	55
<b>3. CONCLUSÃO</b> .....	58
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	62
<b>ANEXO</b> .....	
ANEXO I - Estratificação do risco no transporte da PSC	
<b>APÊNDICES</b> .....	
APÊNDICE I – Cronograma	
APÊNDICE II - Objetivos específicos e atividades a desenvolver no SUMC	
APÊNDICE III – Objetivos específicos e atividades a desenvolver na UCI	
APÊNDICE IV – Acompanhamento da PSC no transporte inter-hospitalar e intra-hospitalar	
APÊNDICE V – Planeamento e efetivação do transporte da PSC	
APÊNDICE VI – Poster: Intervenções na promoção da segurança no transporte da PSC	

## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), assumindo-se como um recurso que integra, crítica e reflexivamente, o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências em contexto de Serviço de Urgência (SU) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Este percurso foi definido e concretizado com o intuito de alcançar as aptidões enunciadas na legislação portuguesa para obtenção do grau de mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018), assim como responder aos objetivos delineados para este ciclo de formação (ESEL, 2010). Assim, valoriza a consolidação e aplicação de conhecimentos, a capacidade de compreensão e resolução de problemas, respeitando as implicações e responsabilidades ético-sociais, a divulgação do conhecimento obtido e a promoção de uma aprendizagem ao longo da vida (Decreto-Lei n.º 65/2018). Considerando a área de especialização à pessoa em situação crítica (PSC), este processo construiu-se de modo a abranger as competências comuns e específicas para o enfermeiro especialista preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Regulamento n.º 429/2018; Regulamento n.º 140/2019), enquadrando-as com o Modelo *Dreyfus* de aquisição de competências (Benner, 2001).

O Modelo *Dreyfus* de aquisição de competências aplicado à enfermagem é situacional e descreve cinco níveis progressivos de desenvolvimento – principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito – em que o enfermeiro reconhece e responde, gradualmente, a diferentes necessidades de ação, desenvolvendo um sentido de responsabilidade em relação à pessoa cuidada, ou um sentido de atuação, que lhe permite tornar-se um elemento essencial na equipa multidisciplinar (Benner, 2001). Deste modo, o enfermeiro perito compreende a situação de cuidados como um todo, reconhecendo a aquisição de competências como um reflexo das mudanças induzidas pela experiência e pelo domínio, suportando-se num *know how* incorporado que melhora a sua atuação (Benner, 2001).

É nesta assunção de que a experiência conduz à perícia, que o enfermeiro procura o comportamento que melhor responde às exigências singulares e particulares de cada situação (Benner, 2001; Locsin, 2005), direcionando-se no sentido do seu mandato e responsabilidade social, respeitando os normativos ético-

deontológicos que regem a profissão e concretizando a excelência do seu exercício profissional (OE, 2001; Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005; OE, 2011).

Esta perspetiva de desenvolvimento contínuo, associada a um agir cada vez mais diferenciado, complexo e, muitas vezes, imprevisível, facilmente se desvanece em circunstâncias menos felizes do dia-a-dia da profissão. No entanto, acredito que o enfermeiro não se constrói num só momento, mas sim, numa infinidade de instantes nos quais interage consigo mesmo, pares e não pares, e com aqueles de quem cuida. Isto traduz-se, a meu ver, na importância de a enfermagem manter o seu carácter evolutivo e permanentemente atualizado, procurando uma resposta direcionada e eficaz às necessidades efetivas das pessoas. Convicta desta ideologia, e com o intuito de complementar o meu desenvolvimento pessoal e profissional, numa área da prestação de cuidados que me desafia e apaixona diariamente, optei por ingressar no presente CMEPSC.

O meu percurso profissional tem vindo a desenvolver-se em contextos de prestação de cuidados à PSC, especificamente em UCI. Atualmente, a exercer funções num Serviço de Medicina Intensiva (SMI), julgo que me situo na transição entre enfermeira competente e enfermeira proficiente, sendo capaz de compreender as situações como partes de um todo, implementando planos de ação com tomadas de decisão holísticas e antecipando o inesperado (Benner, 2001). Considerando que o enfermeiro pode agir como perito num contexto específico, e que poderá agir num nível de competência distinto noutras situações para as quais não tem experiência ou formação, realço a importância deste percurso, na medida em que pretendo atingir um nível de perícia no contexto onde me situo e, simultaneamente, adquirir competência em contextos de prestação de cuidados à PSC em que não a obtive ainda.

Assim, a metodologia de projeto utilizada na concretização deste percurso iniciou-se com a escolha de uma área temática que representa para mim uma motivação individual e profissional, com o intuito de adquirir “*capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real*”, numa estreita relação entre “*a teoria e prática*” (Ruivo, Ferrito, Nunes, & 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem [CLE], 2010, p. 3).

Nesse sentido, surgiu o tema “**Promoção da segurança no transporte da PSC: Uma intervenção especializada de enfermagem**”, uma vez que considero que na procura da resposta mais adequada às suas necessidades de saúde, a complexidade de cuidar da pessoa-família ao longo das fases do transporte intra-

hospitalar e/ou inter-hospitalar é exacerbada e deve traduzir-se, cada vez mais, em cuidados seguros e de qualidade.

Ao longo do meu percurso nesta área de prestação de cuidados, e como elemento inicial da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI) do hospital onde desempenho funções, pude vivenciar o *stress*, o receio e a insegurança no transporte da PSC, frequentemente associados à perda de noção de ambiente controlado ou à sensação de isolamento perante o inesperado. Estes sentimentos foram sendo colmatados com a oportunidade de trabalhar com enfermeiros que considero serem elementos de referência. No entanto, a falta de formação na área, a ausência de treino em equipa, a inexistência de protocolos de transporte específicos e a própria dinâmica da equipa multidisciplinar (em que o enfermeiro mais capacitado para o transporte da PSC não é aquele que efetivamente o planeia e realiza), são aspetos ainda predominantes nos contextos e que, na minha perspetiva, influenciam e condicionam a segurança da pessoa e a qualidade dos cuidados prestados.

O conceito de PSC remete, quase que automaticamente, para a dependência de “*meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica*” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19362), pelo que o transporte destas pessoas é uma realidade indiscutível na perspetiva do cuidar, dada a reorganização e estratificação dos sistemas de saúde (Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [OM, & SPCI], 2008; Alamanou, & Brokalaki, 2014; Graça, Silva, Correia, & Martins, 2017; Regulamento n.º 964/2020). No entanto, este origina um ambiente altamente desafiante e stressante nos contextos de prestação de cuidados, mesmo para equipas multidisciplinares experientes (Kue, Brown, Ness, & Scheulen, 2011; Alamanou et al., 2014), visto que está associado a um risco elevado de deterioração clínica da pessoa e ao aparecimento de eventos adversos (Sharafi, Ghahramanian, Sheikhalipour, Ghafourifard, & Ghasempour, 2020).

A segurança da pessoa constitui, assim, um desafio à prática de cuidados, conceito esse reconhecido na literatura como uma preocupação crescente à escala mundial e uma área prioritária de investigação e intervenção (Blackwood, Albarran, & Latour, 2011; Bergman, Pettersson, Chaboyer, Carlstrom, & Ringdal, 2020; World Health Organization [WHO], 2021). Isto é congruente com a ideia de que a segurança da pessoa é uma “*responsabilidade de equipa*” que deve mobilizar as competências individuais de cada um dos seus elementos, tal como promulgado no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015, p.

3882-2). Na mesma perspetiva, de acordo com os normativos ético-deontológicos da profissão, o enfermeiro tem o dever de intervir segundo os melhores conhecimentos técnico-científicos, procurando a excelência do exercício profissional e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (OE, 2001; Nunes et al., 2005; OE, 2011; Regulamento n.º 140/2019).

No entanto, a construção de um cuidado seguro e de qualidade, adequado às exigências de cada transporte e às necessidades específicas da pessoa-família não tem vindo a ser confirmada na evidência (Droogh, Smit, Absalom, Ligtenberg, & Zijlstra, 2015), nem tão pouco valorizada nos contextos de prestação de cuidados (OM, & SPCI, 2008).

Nesse sentido, o objetivo geral deste percurso consiste em **desenvolver competências especializadas de enfermagem na promoção da segurança no transporte da PSC**, tendo sido definidos os seguintes objetivos específicos:

- Aprofundar conhecimentos de enfermagem especializados na área do cuidado à PSC e sua família;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e sua família, na sua complexidade, em contexto de SU e UCI;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e sua família ao longo das fases do transporte intra-hospitalar e inter-hospitalar;
- Refletir criticamente sobre a necessidade de competências especializadas em enfermagem na promoção da segurança no transporte da PSC;
- Contribuir para o aumento de conhecimentos da equipa de enfermagem na área do cuidado à PSC e sua família.

Assim, este percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, enquadrado no tema em estudo do presente relatório, interseta-se com que a OE define para o enfermeiro especialista, como sendo aquele que possui “*competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados*”, num domínio específico da enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744). Na mesma perspetiva, relaciona-se com a reconstrução de um sentido de atuação, em que considero a pessoa-família e os seus padrões de resposta aos processos de saúde-doença, demonstro elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, assim como implemento intervenções de enfermagem competentes (Carper, 1978; Benner, 2001).

A área de especialização em enfermagem à PSC incute ao desenvolvimento de competências que permitam a prestação de “*cuidados altamente qualificados*” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19362), visto que estes contextos de prestação de cuidados englobam um conjunto de meios diagnósticos e terapêuticos (Ponce, 2002), em que a tecnologia é parte integrante da prática competente do enfermeiro (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011). Estes são operacionalizados por numerosas equipas multidisciplinares, articuladas e treinadas para responderem eficazmente às necessidades de quem cuidam, exigindo ao enfermeiro uma articulação entre ciência e tecnologia na competência do cuidar, sem descurar a sua vertente humana na relação que estabelece com a pessoa-família.

Assim, este percurso é abordado com recurso ao referencial teórico de Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (Benner, 2001) e à teoria de médio alcance *Technological Competence as Caring in Nursing* (Locsin, 2005). Na procura da excelência do cuidado de enfermagem, perspetivar a competência tecnológica como uma expressão do cuidar, é reconhecê-la enquanto meio deliberado e intencional do enfermeiro de conhecer a pessoa a cada momento, vivenciado conjuntamente o processo de enfermagem (Locsin, 2005, 2013, 2017). Ao rejeitar-se esta preconceção da pessoa enquanto objeto de cuidados, tão enraizada na prestação de cuidados à PSC, e particularmente aquando da sua necessidade de transporte, assume-se o conhecimento e o significado do ser como premissas na capacidade de cuidar do enfermeiro (Benner, 2001; Locsin, 2005).

Este relatório estrutura-se, assim, em três capítulos: O primeiro sintetiza o enquadramento teórico sobre o cuidado de enfermagem especializado na promoção da segurança no transporte da PSC; O segundo descreve o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, considerando os objetivos definidos e a reflexão sobre as atividades implementadas; O terceiro apresenta as conclusões sobre os resultados obtidos, a análise das competências adquiridas e o seu contributo para o meu desenvolvimento pessoal, profissional e para a enfermagem.

Este documento foi redigido de acordo com o guia orientador para elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações da ESEL (Godinho, 2020), segundo o novo acordo ortográfico e a norma APA (7ª edição).

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Na compreensão dos conceitos que suportam o presente relatório, e partindo de uma abordagem inicial ancorada nos referenciais teóricos que sustentam este percurso, este enquadramento teórico encontra-se dividido em três subcapítulos: 1) A complexidade do cuidado de enfermagem à PSC; 2) O cuidado de enfermagem especializado na promoção da segurança no transporte da PSC; 3) Intervenções da equipa multidisciplinar promotoras da segurança no transporte da PSC.

## 1.1. A complexidade do cuidado de enfermagem à PSC

A aquisição e desenvolvimento de competências, numa estreita relação entre a experiência e o domínio (Benner, 2001) permitem que o enfermeiro reconstrua, gradualmente, os seus padrões de conhecimento em enfermagem, na interdependência que se estabelece entre o entendimento do comportamento humano em processos de saúde-doença, a perceção dos significados das compreensões humanas, a noção pessoal da individualidade de cada um e a capacidade para optar em situações concretas de julgamentos éticos e morais (Carper, 1978).

Abordar o cuidado de enfermagem, suportada em referenciais teóricos que dão sentido ao meu *ser enfermeira*, impele a uma reflexão sobre um cuidar cada vez mais humanizado, num mundo tecnológico em constante transformação. Porque cuidar do outro é complexo e é nessa complexidade que a minha identidade enquanto enfermeira, se desenvolve e reconstrói diariamente.

A complexidade pode definir-se enquanto uma interação gradual e dinâmica, que incorpora o risco, a incerteza, a interdependência e as interações entre os elementos de um sistema, numa tentativa de resolver problemas (Fairchild, 2010). Esta, tende a ser abordada através da desconstrução do todo em partes, numa tentativa ilusória de a equiparar à dificuldade, com o intuito de a compreender. Era neste tipo de raciocínio disjuntivo, comparando o biológico ao funcionamento de uma máquina, que se iniciaram as práticas de cuidados (Heesben, 2000) e ao qual, a meu ver, se continua a associar, sistematicamente, a intervenção à PSC.

A PSC é aquela cuja situação de saúde se agudizou, ficou gravemente doente ou ferida, não tendo a capacidade de manter a sua estabilidade fisiológica de forma independente ou apresentando um alto risco de desenvolver instabilidade fisiológica rapidamente, exigindo cuidados intensivos contínuos e tecnologia de apoio para

sobreviver (Benner et al., 2011). Esta é, frequentemente, mais vulnerável à incidência de eventos adversos, devido à gravidade e/ou instabilidade associada à sua condição clínica, necessidade de administração de medicamentos de alto risco e realização de intervenções complexas (Alamanou, et al., 2014; Bergman et al., 2020).

Esta conceptualização pode conduzir, erroneamente, a um agir centrado numa perspetiva biomédica que “*fez perder a consciência e o sentido do conjunto*” (Heesben, 2000, p. 32), focando-se no *corpo-objeto* e em concretização de tarefas, não contemplando a pessoa na sua totalidade e unicidade (Locsin, & Purnell, 2007). Redirecionando para a minha realidade de prestação de cuidados, à tipologia de pessoas internadas, à parafernália de dispositivos a conhecer e manusear e à existência de um pensamento, ainda, bastante focado na cura e no tratamento, veio associar-se o isolamento da pessoa devido à pandemia causada pela infeção por coronavírus (SARS-CoV<sub>2</sub>), impondo-se um rígido distanciamento entre quem cuida e quem é cuidado, num ambiente de prestação de cuidados que se caracteriza por si só pela sua particularidade na restrição de entradas e saídas.

É um facto que a atualidade impõe novos desafios no que diz respeito às funções e competências do enfermeiro. Assim, a reflexão sobre que sentido deve ter o desenvolvimento da disciplina e profissão de enfermagem assenta, de acordo com Silva (2007), na evolução do conhecimento em enfermagem, na consolidação do exercício profissional e na obrigatoriedade dos sistemas de saúde se organizarem para responderem efetivamente às necessidades da população, assim como, o potencial da enfermagem para essa resposta.

Nesse sentido, considero que este percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, inserida no seio de equipas multidisciplinares com as quais me fui gradualmente identificando, é sustentado e enriquecido pela teoria de médio alcance *Technological Competence as Caring in Nursing* (Locsin, 2005), que defende a coexistência harmoniosa entre a tecnologia e o cuidado de enfermagem, através da competência tecnológica, com o intuito de *knowing persons*, como um todo, a cada momento (Locsin, 2005, 2013, 2017).

Esta, deriva do referencial teórico *Nursing as Caring* (Boykin, & Schoenhofer, 2001), sendo suportada pelos seus pressupostos: A enfermagem é uma disciplina e uma prática profissional; as pessoas cuidam em virtude da sua humanidade e vivem o cuidado momento a momento; a pessoa cuidada é um ser inteiro e completo a cada

momento; *personhood* significa viver e crescer no cuidado, sendo fortalecido através da participação em relações de cuidar (Boykin, et al., 2001; Locsin, 2005).

Cuidar em enfermagem é, deste modo, cuidar da pessoa, vivenciar esse cuidado e desenvolver-se com o mesmo, estabelecendo-se uma experiência compartilhada entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, em que cuidar aperfeiçoa o sentido do significado de ser pessoa – *personhood* (Boykin et al., 2001; Locsin, 2005). Desta forma, o cuidar desenvolve-se de forma única, singular e irrepetível (Heesben, 2000), numa articulação entre a capacidade de reflexão, raciocínio e revisão de valores do enfermeiro (Benner, 2001; Fairchild, 2010).

Isto significa contemplar a pessoa como um ser inteiro e completo a cada momento, reconhecendo-a enquanto participante no cuidado, numa postura de *estar com*, em vez de *fazer por* (Locsin, 2013). Este cuidado de enfermagem, suportado no conhecimento integral do outro (Locsin, 2005; Locsin, et al., 2007), mantém o foco na preservação da humanidade de cada pessoa (Locsin, 2013, 2017), face à complexidade de cuidar em ambientes cada vez mais exigentes, tecnológicos e tecnicistas (Locsin, 2013, 2017).

De facto, o crescente progresso da ciência, tem enriquecido os contextos de prestação de cuidados à PSC de um significativo investimento tecnológico (Ponce, 2002), exigindo às equipas multidisciplinares, e nomeadamente aos enfermeiros, um diálogo constante entre a teoria e a prática, no desenvolvimento permanente e gradual das suas competências, que respondam individualmente às necessidades específicas de cada pessoa (Benner, 2001; Regulamento n.º 140/2019).

Isto é congruente com o defendido por Boykin et al., (2001) em que em cada situação concreta se constrói um relacionamento interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa, em que o primeiro atende às chamadas para o cuidado, criando respostas que nutrem o ser pessoa. Ao oferecer um convite direto (Boykin et al., 2001) à pessoa de quem cuido, conhecendo-a enquanto me conheço a mim mesma, numa alusão ao meu conhecimento e compreensão enquanto pessoa (Carper, 1978), amplio a compreensão desta do que é ser cuidada.

Nesse sentido, a enfermagem é uma relação de cuidar, cuja ciência é orientada pela arte e ética moral do cuidado e da responsabilidade (Carper, 1978; Benner, 2001). É ultrapassando-se o raciocínio disjuntivo, no sentido de um raciocínio complexo, que o cuidar em enfermagem se desenvolve (Heesben, 2000), respondendo à individualidade de cada pessoa-família, que vivenciam uma situação

específica de cuidados, exigindo uma resposta de enfermagem igualmente singular e particular (Benner, 2001; Locsin, 2005; Mendes, 2020).

No entanto, o uso da tecnologia sem a perspectiva do cuidar em enfermagem pode originar um vazio entre o enfermeiro e a pessoa, em que o primeiro desvaloriza a essência do segundo, reduzindo-o apenas à sua condição de saúde-doença (Locsin, 2005). Não é infrequente ver o enfermeiro a olhar para um monitor ou um ventilador, utilizando-os como principais fontes de saber, em vez de assumir uma presença intencional e autêntica, nesse movimento dinâmico e contínuo de a conhecer como um todo, a cada momento (Benner, 2001; Locsin, 2005, 2017).

O desafio de individualizar o cuidado tecnológico, no encontro da pessoa, não consiste somente na diferenciação exigida pelos meios tecnológicos, mas na criatividade e forma inovadora de apreciar a pessoa na sua totalidade (Locsin, 2013). Assim, quando o uso da tecnologia se transforma em competência tecnológica, o processo de enfermagem é vivido (Locsin, 2005), direcionando o agir do enfermeiro e suportando o seu processo de tomada de decisão (Tanner, 2006).

O processo de enfermagem implica, dessa forma, quatro etapas (Locsin, 2005): *Knowing* (orientado pelo conhecimento tecnológico, em que a pessoa é apreciada como participante no cuidado); *designing* (o enfermeiro e a pessoa-família planeiam o plano de cuidados, que responde aos desejos de cuidado e nutre o seu ser pessoa); *participation in appreciation* (implementação do plano de cuidados e a sua avaliação); *verifying knowledge* (de forma contínua e circular, que demonstra a mudança constante e dinâmica da natureza do conhecimento em enfermagem).

Dos diferentes padrões do conhecimento em enfermagem, o padrão ético é, na minha opinião, um dos mais desafiantes para o enfermeiro, exigindo compreender diferentes filosofias sobre o que é bom, o que é certo, na complexidade de situações concretas (Carper, 1978). A ética estuda o comportamento humano de acordo com princípios morais do certo e errado, culturalmente aceites em determinado contexto (Robichaux, 2012). Aplicado aos cuidados de enfermagem, define-se ética como o “*encontro intersubjetivo*” entre o enfermeiro e a pessoa-família (Renaud, 2010, p. 3), exigindo compreensão, disponibilidade, envolvimento e reflexão sobre o agir.

Isto é congruente com o código deontológico do enfermeiro, baseado no princípio da obrigação de servir a pessoa no respeito pela vida humana (Nunes et al., 2005). Intuitivamente, a pessoa-família esperam do enfermeiro um cuidado não apenas técnico, mas humano (Locsin, 2005), onde a vertente ética não pode ser

desfigurada (Renaud, 2010). É em situações ambíguas, indeterminadas ou onde existem conflitos de valores, que surgem os dilemas éticos, sendo necessário um processo de tomada de decisão (Tanner, 2006), que permita avaliar a situação e formular uma resposta apropriada, de acordo com a pessoa-família, a experiência do enfermeiro e a aplicação dos princípios éticos (Beauchamp, & Childress, 2013).

Nesse sentido, o cuidado de enfermagem exprime-se na interação estabelecida entre o enfermeiro, a pessoa-família e a vivência conjunta das experiências de saúde-doença (Benner, 2001; Locsin, 2005), na complexidade que lhes é intrínseca. Reconhecendo a complexidade de cuidar da PSC e sua família, de forma segura e com qualidade, ao longo do seu transporte, e valorizando o potencial desta área temática para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, assim como da enfermagem enquanto disciplina e profissão, importa compreender o cuidado de enfermagem especializado na promoção da segurança no transporte da PSC.

### **1.2. O cuidado de enfermagem especializado na promoção da segurança no transporte da PSC**

Segurança pode definir-se enquanto uma atitude de prevenção do dano, relacionado com a exposição da pessoa a cuidados de saúde, ao mínimo aceitável (WHO, 2021). Este mínimo aceitável relaciona-se com a percepção da equipa multidisciplinar face ao seu conhecimento atual, à disponibilidade dos recursos e ao próprio contexto de prestação de cuidados, ponderando-se o risco associado ao não tratamento ou a um tratamento alternativo (Despacho n.º 1400-A/2015; WHO, 2021).

O conceito de segurança encontra-se incorporado nos domínios da prestação de cuidados à PSC, assente no diagnóstico, vigilância e monitorização de qualidade, assim como na prevenção e gestão do erro clínico (Benner, 2001; Benner et al., 2011). Assim, intrinsecamente relacionado com a noção de segurança surge, invariavelmente e não menos importante, a vigilância da pessoa (Meyer, & Lavin, 2005; Kutney-Lee, Lake, & Aiken, 2009).

Descrita enquanto “*primeira forma de defesa do doente*” (Benner, 2001, p. 121), a vigilância define-se enquanto um estado científico, intelectual e experiencial de atenção, percepção e identificação de detalhes clinicamente significativos, que permite ponderar o risco inerente às situações da prática de enfermagem e determinar a ação, de forma adequada às necessidades da pessoa (Meyer et al., 2005).

É, dessa forma, uma função primária em enfermagem (Benner, 2001; Kutney-Lee et al., 2009) e um pré-requisito ao agir do enfermeiro, exigindo cinco pressupostos - *attaching meaning to what is, anticipating what may be, calculating the risk, stay ready to act, monitoring results/outcomes* (Meyer et al., 2005), em torno dos quais se elaboram as intervenções de enfermagem. A vigilância de enfermagem reflete-se na perícia do enfermeiro (Benner, 2001) e relaciona-se com a segurança e qualidade dos cuidados (Kutney-Lee et al., 2009).

Um dos enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional do enfermeiro reforça estes conceitos, englobando-os no cuidado de enfermagem na prevenção de complicações (OE, 2001). Nesta área, no que respeita ao cuidado de enfermagem especializado à PSC, a excelência do cuidar em enfermagem centra-se na identificação precoce de problemas, na prescrição de intervenções de enfermagem especializadas face aos problemas identificados, na implementação dessas intervenções com rigor técnico e científico e na gestão adequada de protocolos terapêuticos complexos (OE, 2011).

Embora frequentemente considerado um cuidado inseguro e desafiante (Droogh et al., 2015; Sharafi et al., 2020), o transporte da PSC é uma realidade indiscutível na perspetiva do cuidar, dada a reorganização e estratificação dos sistemas de saúde (Alamanou et al., 2014; Graça et al., 2017).

Distingue-se em transporte pré-hospitalar (quando realizado do local de acidente/doença súbita para uma instituição de saúde), transporte intra-hospitalar (quando ocorre no seio da mesma entidade de saúde) ou em transporte inter-hospitalar (quando concretizado entre instituições de saúde) (OM, & SPCI, 2008; Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2012a; Kulshrestha, & Singh, 2016). Existe ainda outra terminologia associada ao transporte da PSC, denominando-o como transporte primário, secundário e terciário para o transporte pré-hospitalar, inter-hospitalar e intra-hospitalar, respetivamente (INEM, 2012a).

De acordo com o INEM (2012a), o transporte pré-hospitalar é realizado, em Portugal, sob responsabilidade do INEM encontrando-se enquadrado no Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). Por esse motivo, dada a especificidade associada ao transporte da PSC neste contexto, os objetivos delineados para este percurso e considerando a minha experiência profissional, optou-se pela sua exclusão na definição do tema em estudo, embora se mantenha enquanto uma temática de especial interesse e relevância.

Por outro lado, os transportes intra-hospitalar e inter-hospitalar procuram oferecer um nível de assistência superior ou permitir a realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, que não são possíveis de ser realizados no serviço ou instituição de origem (OM, & SPCI, 2008; INEM, 2012a; Kulshrestha et al., 2016). Envolvem as fases de decisão, planeamento e efetivação (OM, & SPCI, 2008; INEM, 2012a), devendo estas ser implementadas sistematicamente e suportadas em recomendações baseadas em evidência (Intensive Care Society, 2019; Bergman et al., 2020).

Ética e deontologicamente, a decisão do transporte é um ato médico (OM, & SPCI, 2008; INEM, 2012a; Intensive Care Society, 2019; Regulamento n.º 964/2020), devendo esta ser favorável quando os benefícios do transporte são superiores aos riscos equacionáveis. No entanto, o domínio clínico, o *know how* incorporado, a prática baseada na evidência e a capacidade de visualizar a situação real como um todo, atuando adequadamente (Benner, 2001) reforçam a importância da inclusão do enfermeiro neste processo de tomada de decisão (Alamanou et al., 2014).

É nesta fase que deve estar integrado o consentimento informado, em que a pessoa (quando se encontra consciente e capaz de decidir sobre aspetos relativos ao seu tratamento), deve ser informada da necessidade do transporte, assim como dos riscos associados, para que possa intervir de forma deliberada no processo de tomada de decisão (OM, & SPCI, 2008; Intensive Care Society, 2019; Regulamento n.º 964/2020). No entanto, a minha experiência leva-me a considerar que, o transporte da PSC coloca frequentemente em confronto o princípio ético do respeito pela autonomia (enquanto escolha de como e de que forma a pessoa quer ser cuidada), com os princípios éticos da beneficência (enquanto tentativa do “bem agir”) e da justiça (enquanto distribuição dos recursos), assumindo-se uma atitude paternalista no cuidar que tende a desvalorizar a liberdade individual de cada um (Beauchamp et al., 2013).

Assim, a garantia de obtenção do consentimento informado à pessoa ou seu representante legal, quando possível, assim como a devida informação à família, é um dever do enfermeiro, no cumprimento da sua responsabilidade profissional (Nunes et al., 2005). É segundo esta ótica que o enfermeiro define e elabora, em conjunto com a pessoa-família, um plano de cuidados individualizado (Locsin, 2005; Tanner, 2006), que tem em consideração as necessidades clínicas da pessoa, a sua capacidade para a tomada de decisão e o respeito pelos restantes princípios éticos (Beauchamp et al., 2013), promovendo-se, quando adequado, um transporte seguro.

O planeamento do transporte é realizado em conjunto pelas equipas médica e de enfermagem e relaciona-se, intrinsecamente, com a promoção da segurança e prevenção de eventos adversos, baseando-se na coordenação, comunicação, estabilização da pessoa, preparação (da equipa de transporte, equipamento de monitorização e tipologia de transporte) e documentação (OM, & SPCI, 2008; INEM, 2012a; Alamanou et al., 2014; Kulshrestha et al., 2016; Intensive Care Society, 2019; Regulamento n.º 964/2020).

Esta fase inclui, assim, a seleção e o contacto com o serviço de destino, avaliando-se a distância a percorrer e o tempo estimado de percurso, a agregação de toda a documentação associada à condição clínica da pessoa, assim como a escolha dos meios de monitorização e de terapêutica mais adequados à sua condição clínica e da tipologia de transporte, (OM, & SPCI, 2008; INEM, 2012a; Kulshrestha et al., 2016; Regulamento n.º 964/2020). A estabilização da PSC, através da identificação e resolução de condições que implicam risco de vida, a definição de objetivos fisiológicos a manter durante o transporte e a antecipação de eventuais complicações assumem-se como preponderantes na preparação deste processo (OM, & SPCI, 2008; INEM, 2012a; Alamanou et al., 2014; Kulshrestha et al., 2016).

Na mesma perspetiva, no sentido de se facilitar a preparação do transporte da PSC, garantindo-se os recursos necessários à segurança da pessoa e a minimização da incidência de eventos adversos, tem-se investido no desenvolvimento de *check-lists* de verificação (Comeau, Armendariz-Batiste, & Woodby, 2015; Williams, Karuppiah, Greentree, & Darvall 2020). Estas reúnem um conjunto de intervenções que permitem reduzir o tempo de internamento, a morbilidade e mortalidade da PSC. Porém, nem sempre são valorizadas nesse sentido, sendo a sua utilização influenciada por fatores culturais e de liderança, podendo ser percecionadas como um acréscimo à carga de trabalho dos enfermeiros (Williams et al., 2020).

Por fim, o planeamento incorpora a escolha da equipa de transporte, considerando as características da PSC a transportar, os recursos humanos existentes (OM, & SPCI, 2008; Regulamento n.º 964/2020) e aspetos relacionados com a prevenção e controlo de infeção (Allen, Wanersdorfer, Zebley, Shapiro, Coullahan, & Sarani, 2020). Embora a evidência tenha evoluído no sentido de reformular o conhecimento na área do transporte da PSC, em Portugal, a equipa multidisciplinar que acompanha este transporte é ainda determinada de acordo com critérios objetivos adaptados a partir da estratificação de risco proposta por Etxebarria,

Serrano, Ruiz, Cía, Olaz, & López (1998) pela OM, & SPCI (2008). Esta é constituída por enfermeiro e/ou médico, com auxiliar de ação médica/tripulante de ambulância, de acordo com a tipologia de transporte (anexo I).

A efetivação do transporte é da responsabilidade da equipa multidisciplinar que realiza o transporte, que poderá ser interna ou externa ao serviço de origem, e cuja responsabilidade legal e técnica da prestação de cuidados só termina após garantida a continuidade dos mesmos no serviço de destino ou no regresso ao serviço de origem (OM, & SPCI, 2008; INEM, 2012a; Alamanou et al., 2014; Kulshrestha et al., 2016; Intensive Care Society, 2019; Regulamento n.º 964/2020). Esta fase origina uma “*exposição a riscos adicionais*”, exigindo recursos “*diferenciados e proporcionais ao risco de falência de órgão*” (Freitas, & Gomes, 2015, p. 529), para garantir que a continuidade dos cuidados ocorre a um nível de qualidade nunca inferior ao do serviço ou instituição de origem (OM & SPCI, 2008).

O transporte intra-hospitalar da PSC é, por norma, efetivado pela equipa multidisciplinar do serviço de origem, enquanto o transporte inter-hospitalar pode ou não ser efetivado por uma equipa específica de transporte, de acordo com as necessidades clínicas da PSC, os recursos disponíveis (OM, & SPCI, 2008; Regulamento n.º 964/2020) e/ou protocolos institucionais existentes, como sucede nos casos de transporte da PSC sob Oxigenação por Membrana Extracorporal (ECMO). Por outro lado, a Rede de Transporte Regional do Doente Crítico, legalmente organizada para permitir uma resposta integrada e efetiva ao transporte inter-hospitalar da PSC, numa perspetiva de “*eficiência e equidade dos serviços*”, não se encontra ainda implementada em Portugal (Despacho n.º 5058-D/2016, p. 12164-5).

O transporte pressupõe assim uma deslocação para o exterior (do serviço de origem ou da instituição de saúde), com alteração do ambiente de prestação de cuidados, que afasta a equipa multidisciplinar dos recursos humanos e materiais que a suportam e com os quais está familiarizada (Droogh et al., 2015). Este isolamento é ainda mais acentuado no transporte inter-hospitalar, potenciando os riscos inerentes ao mesmo (Graça et al., 2017; Eiding, et al., 2019; Doucet, & Rhéaume, 2020).

Porém, não é aceitável qualquer deterioração clínica da pessoa, que não esteja diretamente relacionada com a sua doença de base e que se possa imputar ao seu transporte (OM, & SPCI, 2008; Intensive Care Society, 2019). Assim, o transporte da PSC deve ser considerado uma extensão dos cuidados prestados no serviço de origem, valorizando-se uma continuidade na abordagem à pessoa, com um nível de

monitorização, terapêutica e atuação adequados à sua condição clínica, reavaliações frequentes e resolução de complicações (OM, & SPCI, 2008; Freitas et al., 2015).

A continuidade dos cuidados define-se em dois conceitos centrais - o cuidado ao longo do tempo e o foco nas necessidades de saúde da pessoa – distinguindo-se nas suas dimensões informativa, de gestão e relacional/interpessoal (College and Association of Registered Nurses of Alberta [CARNA], 2008). Na minha perspetiva, no transporte da PSC é valorizada a continuidade de cuidados informativa, enquanto transferência eficaz e eficiente de dados relativos à situação da pessoa, com o intuito de evitar a fragmentação do cuidado e garantindo a sua adequação, quando esta é transferida de um ambiente de cuidados para outro (CARNA, 2008).

Assim, o transporte da PSC é percecionado como um cuidado exigente e diferenciado, que requer recursos humanos, materiais e temporais, num sentido de responsabilidade compartilhada no seio da equipa multidisciplinar (Bergman et al., 2020), visto que está associado a um risco elevado de deterioração clínica da pessoa e ao aparecimento de eventos adversos (Sharafi et al., 2020).

Eventos adversos definem-se enquanto lesões, ou potenciais lesões, que se originam a partir da gestão dos cuidados de saúde (Bergman et al., 2020). A sua incidência é proporcional à duração do transporte, gravidade da doença ou lesão prévia ao transporte, assim como à inexperiência das equipas multidisciplinares (Droogh et al., 2015; Jia, Wang, Gao, Liu, & Yu, 2016; Sharafi et al., 2020).

Estes podem distinguir-se em eventos clínicos ou técnicos (OM, & SPCI, 2008; Droogh et al., 2015; Doucet et al., 2020). Os eventos clínicos relacionam-se com a vulnerabilidade da PSC para a instabilidade fisiológica (com repercussão mais considerável a nível respiratório, cardiovascular e neurológico) e a fiabilidade da sua monitorização (devido ao efeito das vibrações e possíveis mudanças de temperatura). Por outro lado, os eventos técnicos centram-se em questões relacionadas com a comunicação ineficaz, efeitos da deslocação (devido a movimentos de aceleração-desaceleração), falha de equipamentos e/ou problemas técnicos.

A OM, & SPCI (2008) enumeram três momentos críticos para a ocorrência destes eventos, nomeadamente no início do transporte (nos primeiros cinco minutos), na transferência da PSC (da cama para a maca e vice-versa) e ao longo de transportes prolongados (com duração superior a trinta minutos). Na PSC cujo transporte ocorre para um ambiente externo à UCI, este processo está associado a um aumento da incidência de eventos adversos, morbidade e mortalidade (Alamanou et al., 2014).

Contrariando esta realidade, e numa perspetiva de melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa-família, considero que o transporte da PSC se deve desenvolver em torno da segurança e vigilância da pessoa, enquanto eixos estruturantes da intervenção especializada do enfermeiro. Isto é congruente com a noção de perícia em enfermagem, na gestão de situações complexas, conhecendo a pessoa, enquanto pessoa, e os seus padrões típicos de resposta (Benner, 2001; Locsin, 2005).

Assim, o enfermeiro assume um papel preponderante em todas as fases do transporte, em que com base no seu *know-how* (Benner, 2001), garante, de forma contínua, o cuidado à pessoa-família. Nesse sentido, este assume um papel essencial no processo de tomada de decisão, na preparação, estabilização e vigilância adequadas, assim como na preocupação com a dignidade e respeito pela pessoa-família durante todo o processo, mantendo ou potenciando uma cultura de segurança (Alamanou et al., 2014; Droogh et al., 2015; Sharafi et al., 2020; Williams et al., 2020), de acordo com a sua responsabilidade e deontologia profissional (Nunes et al., 2005), devidamente inserido na sua equipa multidisciplinar.

Esta ideia é congruente com o defendido pelo PNSD 2015-2020, em que a prevenção e gestão dos riscos associados aos cuidados de saúde é um processo coletivo (Despacho n.º 1400-A/2015). Assim, para compreender qual a abordagem que a equipa multidisciplinar deve adotar para promover a segurança no transporte da PSC, foi elaborada uma Revisão Sistemática de Métodos Mistos (RSMM), com o intuito de integrar evidências quantitativas, qualitativas e mistas, numa compreensão mais holística sobre o tema em estudo (Pluye, & Hong, 2014).

### **1.3. Intervenções da equipa multidisciplinar promotoras da segurança no transporte da PSC**

Um dos primeiros estudos retrospectivos nesta área reforça a preocupação crescente com a segurança no transporte da PSC, introduzindo a noção de que uma equipa de transporte especializada, a estabilização hemodinâmica da pessoa e a sua monitorização adequada são partes integrantes e essenciais na promoção de um cuidado seguro e de qualidade (Ehrenwerth, Sorbo, & Hackel, 1986).

As boas práticas no transporte da PSC continuam a focar-se na criação de uma política institucional e formal sobre o transporte, na organização de equipas multidisciplinares especializadas, devidamente formadas e treinadas, e na

implementação de programas de acompanhamento e auditoria (OM, & SPCI, 2008; INEM, 2012a; Intensive Care Society, 2019).

No entanto, este transporte é tendencialmente realizado por equipas multidisciplinares inexperientes ou pouco experientes, que não conhecem a pessoa ou o equipamento de monitorização, em meios de transporte pouco adequados à situação clínica e/ou para serviços ou instituições que não tem as condições necessárias para o diagnóstico ou tratamento (OM, & SPCI, 2008). A evidência sugere três motivos para esta realidade (Droogh et al., 2015): A equipa multidisciplinar com capacidade e responsabilidade para o cuidado da PSC não é aquela que concretiza o transporte; falta de motivação para a mudança; falta de evidência de que as recomendações são efetivamente benéficas.

Estatisticamente, a literatura confirma estes dados, reportando que 31,3% dos enfermeiros manifestam desconhecer ou não utilizar protocolos específicos de transporte (Sharafi et al., 2020) e que 7,9% dos eventos adversos ocorridos estão relacionados com a equipa multidisciplinar e o equipamento utilizado (Jia et al., 2016). Droogh et al. (2015) reforçam ainda que 91% dos eventos adversos poderiam ser evitados, através da presença de equipas multidisciplinares devidamente formadas e treinadas na área do transporte da PSC, pela familiarização com o nível de atuação e equipamentos necessários, a maior capacidade para preparar e estabilizar a PSC, assim como, uma melhor capacidade de gestão de problemas.

Nesse sentido, esta RSMM permitiu concluir que a segurança no transporte da PSC é promovida quando a equipa multidisciplinar pondera e decide sobre as necessidades de saúde da pessoa, planeia adequadamente o processo de transporte, intervém precocemente na prevenção e resolução de eventos adversos e atua, continuamente, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados.

A ponderação e decisão sobre as necessidades de saúde da pessoa relacionam-se com a intervenção da equipa multidisciplinar ao nível da avaliação de aspetos organizacionais da prestação de cuidados (Hui, Lo, Lee, Chan, Tang, & Kalinowski, 2012; Burrell, Pilcher, Pellegrino, & Bernard, 2017; Allen *et al.*, 2020) e na coordenação dos recursos humanos, materiais e temporais existentes (Gillman, Jacobs, & Fatovich, 2014; Jones, Zychowicz, Champagne, & Thornlow, 2016; Maddry, Arana, & Savell, 2017; Doucet et al., 2020; Bergman *et al.*, 2020).

A preparação e planeamento do transporte da PSC foca-se no desenvolvimento da perícia da equipa multidisciplinar, na sua capacidade para antecipar necessidades

potenciais decorrentes da condição clínica da pessoa e/ou do próprio transporte (reconhecendo precocemente situações de risco de vida e intervindo na estabilização de prioridades clínicas), na adequação e correta utilização de equipamentos de monitorização e numa transição de cuidados segura, através de uma comunicação eficaz (Hui et al., 2012; Bérubé, Bernard, & Marion, 2013; Gillman et al., 2014; Comeau et al., 2015; Jones et al., 2016; Burrel et al., 2017; Gimenez, Carmargo, & Gomes, 2017; Maddry et al., 2017; Habibzadeh, Aliha, Imanipour, & Mehran, 2017; Kwack, Yun, & Lee, 2018; Eiding et al., 2019; Allen et al., 2020; Bergman et al., 2020; Doucet et al., 2020; Petry, & Diniz, 2020).

A intervenção precoce durante o transporte da PSC centra-se no trabalho em equipa, na monitorização e vigilância de acordo com as necessidades da pessoa e na intervenção proativa da equipa multidisciplinar na prevenção e/ou resolução de eventos adversos, em que cada elemento adere ao papel atribuído no seio da equipa, prestando cuidados de acordo com o seu nível de responsabilidade e deontologia profissional (Bérubé et al., 2012; Gillman et al., 2014; Comeau et al., 2015; Jones et al., 2016; Burrel et al., 2017; Maddry et al., 2017; Kwack et al., 2018; Allen et al., 2020; Bergman et al., 2020; Doucet et al., Petry et al., 2020).

Por fim, a segurança no transporte da PSC é influenciada pelas características do ambiente onde o mesmo se desenvolve, pelo que a atuação contínua, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados, é transversal a todas as fases do transporte. Esta consiste na padronização de diretrizes para o transporte da PSC, numa postura reflexiva (individual e coletiva) sobre a prática de cuidados e no aumento da consciencialização sobre a segurança da pessoa (através da notificação de eventos adversos, na procura coletiva de soluções para a sua resolução e na implementação de instrumentos de auditoria que avaliem os cuidados de saúde) (Bérubé et al., 2013; Comeau et al., 2015; Jones et al., 2016; Maddry et al., 2017; Gimenez et al., 2017; Eiding et al., 2019; Bergman et al., 2020; Doucet et al., 2020; Petry et al., 2020).

Assim, esta RSMM demonstra a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e multifacetada na promoção da segurança no transporte da PSC, assim como sugere a necessidade de mais pesquisas, que articulem as intervenções da equipa multidisciplinar com as suas experiências ao longo deste processo, numa melhor compreensão de todas as variantes que promovem a segurança da PSC e a qualidade dos cuidados prestados.

## 2. PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Com o objetivo geral de **desenvolver competências especializadas de enfermagem na promoção da segurança no transporte da PSC**, a implementação da metodologia de projeto é um meio deliberado de “*resolução de um problema ou suprimento de uma necessidade*” (Ruivo et al., 2010, p. 31), com o intuito de oferecer um sentido às atividades desenvolvidas e refletir sobre o percurso desenvolvido.

Este percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, calendarizado em forma de cronograma (apêndice I), foi concretizado em dois contextos profissionais - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e UCI Polivalente. Os objetivos específicos e as atividades a desenvolver no SUMC (apêndice II) e na UCI (apêndice III) foram previamente definidos, de modo a facilitar a aquisição de competências individuais, contribuir para o desenvolvimento das equipas multidisciplinares onde me integrei e promover a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados prestados.

O primeiro estágio realizou-se no SUMC de um hospital público classificado no Grupo I (Portaria n.º 82/2014), que dá resposta a uma área de influência direta de cerca de 535,927 mil habitantes, de dois dos concelhos cujo território representa a maior densidade populacional da área metropolitana de Lisboa (Nuñez, Gouveia, & Almeida e Sousa, 2020). Esta tipologia de SU define-se enquanto segundo nível de acolhimento de situações de urgência, funcionando em articulação, de acordo com as respetivas redes de referênciação (Despacho n.º 10319/2014).

A estrutura física deste SU ocupa a área central do segundo piso da instituição hospitalar, sendo organizada por prioridades clínicas, de acordo com o sistema de Triagem de Manchester (Direção Geral de Saúde [DGS], 2015) e por especialidades médico-cirúrgicas. Encontra-se dividida fisicamente em duas áreas, a área limpa e a área dedicada a respiratórios (ADR), para as quais a pessoa é inicialmente direcionada, segundo um fluxograma e de acordo com a sua queixa principal e/ou conjunto de sinais e sintomas apresentados, pela equipa de pessoal administrativo.

Dada a evolução exponencial de casos por SARS-CoV<sub>2</sub> durante a realização deste estágio, estas áreas foram reestruturadas e ampliadas diariamente: A área limpa, constituída por dois postos de triagem, uma sala de reanimação, áreas ambulatorias de medicina e cirurgia e uma unidade de internamento de curta duração (UICD). A ADR, com constituição semelhante, distingue-se por ser um espaço em

pressão negativa, com um posto de triagem, uma sala de reanimação, áreas ambulatoriais organizadas por prioridades clínicas e cinco UICD.

Deste modo, sem qualquer experiência profissional neste tipo de contexto, definiu-se um percurso que, na minha opinião, se tornou facilitador na compreensão da dinâmica e método de trabalho da equipa de enfermagem, no reconhecimento e compreensão das principais patologias médico-cirúrgicas, num melhor entendimento dos circuitos que a pessoa-família realiza e, naturalmente, neste meu processo de aquisição e desenvolvimento de competências.

Este percurso, iniciou-se assim, com a realização de turnos pelos diferentes postos do SU – triagem, área ambulatoria, sala de reanimação e UICD – permitindo-me uma maior familiarização com o espaço físico, equipa multidisciplinar e dinâmicas na prestação de cuidados. Posteriormente, pela interação imediata com pessoas potencialmente urgentes/emergentes (permitindo-me o confronto com uma maior diversidade de experiências de aprendizagem), assim como pelo facto do enfermeiro alocado à sala de reanimação ser também aquele que é responsável por efetuar os transportes necessários (pela sua diferenciação profissional e conjunto de competências adquiridas), a minha permanência neste local foi uma decisão conjunta, que potenciou a minha aprendizagem.

O segundo estágio realizou-se numa UCI de um hospital público inserido num centro hospitalar classificado no Grupo II (Portaria n.º 82/2014), respondendo a uma área de influência direta de cerca de 257,372 mil habitantes da área metropolitana de Lisboa (Nuñez et al., 2020). Este centro hospitalar funciona em articulação entre si, de acordo com as redes de referenciação atuais e os recursos humanos e técnicos de que dispõe, tendo tido a oportunidade de constatar a organização existente entre as suas diversas unidades, numa lógica de sistema integrado de prestação de cuidados, que respeita os princípios da racionalidade, complementaridade, apoio técnico e eficiência (Portaria n.º 147/2016). Esta referenciação foi ainda mais evidente numa fase inicial deste estágio, devido ao pico da terceira vaga da pandemia e pela necessidade exponencial de recursos de medicina intensiva (Nuñez et al, 2020).

Esta UCI caracteriza-se por ser uma unidade polivalente, constituída por onze camas de nível III (Paiva, Fernandes, & Granja, 2016), oito em modelo de *open space* e três quartos de isolamento de pressão negativa, respondendo a variadas especialidades médico-cirúrgicas. No último ano, esta foi uma das principais UCI do centro hospitalar dedicada a pessoas com infeção por SARS-CoV<sub>2</sub>, pelo que se

encontrava ainda isolada para este feito. Nos últimos turnos, devido a uma diminuição do número de internamentos, os quartos de isolamento foram utilizados como camas “tampão” (para pessoas a aguardar resultado laboratorial) ou de “quarentena” (para pessoas com necessidade de isolamento profilático), possibilitando o contacto com especialidades para as quais tenho uma experiência menor.

A minha experiência profissional nesta área, com as competências previamente adquiridas no cuidado à PSC, permitiram definir um percurso de aquisição e desenvolvimento de competências que promoveu uma maior confiança, autonomia e proatividade na gestão e prestação de cuidados. No entanto, valorizando o transporte da PSC enquanto linha de pensamento, a baixa casuística de transportes que verifiquei neste contexto, impulsionou a uma reformulação de alguns dos objetivos específicos previamente delineados, retirando o foco da área do transporte e evidenciando o cuidado seguro à PSC e sua família.

A prestação de cuidados de enfermagem em dois contextos que, simultaneamente, são tão semelhantes e díspares entre si, possibilitou-me o confronto com diferentes formas de atuação (Benner, 2001) que permitiu, na minha opinião, desenvolver uma **intervenção especializada de enfermagem na promoção da segurança no transporte da PSC e sua família.**

### **2.1. Aprofundar conhecimentos de enfermagem especializados no cuidado à PSC e sua família**

A identificação precoce de situações de deterioração clínica ou de risco de vida, através da vigilância ativa, a intervenção de enfermagem adequada às necessidades da PSC e a avaliação da sua resposta aos protocolos terapêuticos implementados (Benner et al., 2011) são competências que tenho vindo a desenvolver enquanto enfermeira de cuidados intensivos.

Nesse sentido, a familiaridade que reconheci no ambiente, tipologia e dinâmica de cuidados da UCI, traduziram-se numa maior confiança e autonomia relativamente ao processo de tomada de decisão, nível de vigilância e tipo de intervenção mais adequados e individualizados a cada situação particular. No entanto, as diferenças existentes na gestão dos cuidados (para aquilo que sempre foi a minha realidade no cuidado à PSC) e as variações, ainda que subtis, em aspetos particulares do cuidado de enfermagem, manifestaram-se em momentos de dúvida e insegurança que me levaram a questionar e a refletir sobre o que já sei, o que faço e a forma como o faço.

Contrariamente, no SU, um contexto de prestação de cuidados de grandes dimensões e pouco familiar, constatei que, embora precisasse de reforçar conhecimentos e competências de enfermagem especializados na área do transporte da PSC, necessitei igualmente de atualizar ou aprofundar, em algumas particularidades, saberes específicos relacionados com as situações de prestação de cuidados nas quais colaborei.

Assim, a formulação de um objetivo, no sentido de englobar todo o cuidado à PSC e sua família, relacionou-se com a necessidade de incorporar a ideia de que o conhecimento é dinâmico, e que este caminho que construo, significa desenvolver-me, continuamente, pela apropriação de situações de cuidados que experiencio, adaptando-as ao *know-how* que possuo e à riqueza dos contextos onde as mesmas ocorrem (Benner, 2001).

Acompanhar os enfermeiros orientadores ao longo deste percurso (tirando partido da sua longa experiência profissional) e a assunção de uma postura, que evoluiu da observação participante para uma atitude cada vez mais interventiva no cuidado à pessoa com disfunção multiorgânica, incutiu-me a recorrer à evidência científica, assim como à comparação de protocolos de atuação, no sentido de encontrar respostas para as preocupações que me foram surgindo.

A prestação de cuidados na sala de reanimação do SU possibilitou a interação constante com pessoas alvo de cuidados potencialmente urgentes/emergentes em contexto de vias verdes (VV) implementadas no serviço (AVC e coronária), com administração da respetiva terapêutica farmacológica e/ou encaminhamento para intervenção endovascular. Na mesma perspetiva, o contacto com a pessoa com AVC hemorrágico, submetida a intervenção neurocirúrgica e internada na UCI, permitiu desenvolver a minha intervenção nesta área, assim como, compreender e vivenciar, de certa forma, a continuidade dos cuidados neste tipo de situações em particular.

As doenças cerebrovasculares mantêm-se enquanto principais causas de morbilidade e mortalidade nos países ocidentais (DGS, 2017a), sendo o AVC a urgência médica mais frequente do sistema nervoso central (Falcão, Pinho e Melo, & Ferro, 2015). Por esse motivo, aprofundar conhecimentos na área do cuidado à pessoa com AVC, com o intuito de prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e sua família de forma individualizada e segura, tornou-se fundamental.

A *American Heart Association* (AHA) (2016) define o AVC enquanto uma lesão neurológica aguda devido à interrupção do fornecimento de sangue para uma área

específica do cérebro, distinguindo-se em AVC isquêmico (associado a uma oclusão arterial súbita numa região do cérebro) e AVC hemorrágico (associado ao rompimento repentino de um vaso sanguíneo sobre o tecido circundante).

A vulnerabilidade do tecido cerebral à privação sanguínea, traduzida na destruição irreversível de um elevado número de células nervosas em cada minuto de isquemia, reflete-se concisamente na ideia central do algoritmo de atuação nestes casos clínicos, a designada VV-AVC, focada no reconhecimento precoce, diagnóstico célere e início rápido do tratamento mais adequado ou encaminhamento para tratamento definitivo (AHA, 2016; DGS, 2017a).

Desta forma, o AVC agudo exige tratamento emergente e efetivo (Falcão et al., 2015). A abordagem inicial a uma pessoa com suspeita de AVC é semelhante a qualquer outra urgência/emergência, podendo ser utilizada a abordagem sistematizada ABCDE (Olgers, Dijkstra, Drost-de Klerck, & Ter Maaten, 2017; Cathala, & Moorley, 2020), com foco no suporte da via aérea, respiração e circulação, seguindo-se a avaliação neurológica, controlo de glicemia capilar, vigilância da temperatura corporal, confirmação imagiológica, avaliação de disfagia, prevenção de complicações, tratamento fibrinolítico e transferência para unidade de AVC ou UCI, se necessário (AHA, 2016; DGS, 2017a).

Relativamente ao tratamento, o AVC hemorrágico conduz a situações clínicas que são analisadas, frequentemente, por médico neurocirurgião, por eventual necessidade de tratamento cirúrgico. Por outro lado, o tratamento fibrinolítico (administração endovenosa de *alteplase*, em dose adequada ao peso da pessoa) é o mais recomendado na abordagem à pessoa com AVC isquêmico agudo, sem evidência de hemorragia intracraniana, até às 4,5 horas do início dos sintomas (Falcão et al., 2015; AHA, 2016). Atualmente, o tratamento endovascular no AVC isquêmico agudo, pode ser utilizado de forma isolada ou em complementaridade com o tratamento fibrinolítico, consistindo na rutura mecânica do trombo ou colocação de *stent* de resgate (AHA, 2016).

Assim, enquanto no SU, tive a oportunidade de prestar cuidados à pessoa com AVC isquêmico/hemorrágico numa fase aguda (assumindo uma abordagem inicial sistematizada, vigiando e intervindo adequadamente de acordo com os problemas detetados, e acompanhando nos respetivos transportes intra-hospitalar e inter-hospitalar), na UCI confrontei-me, pela primeira vez, com o cuidado à PSC com esta patologia, após intervenção neurocirúrgica. Embora o confronto com esta realidade

tenha sido bastante reduzido, a oportunidade de prestar cuidados à pessoa com hemorragia subaracnoídea e AVC hemorrágico permitiu o reforço de conhecimentos e competências, com o intuito de prestar intervenções de enfermagem que visaram minimizar a lesão neurológica secundária (Falcão et al., 2015; Manita, 2015).

A lesão neurológica primária é influenciada pelo tipo de trauma, da sua violência e dinâmica, sendo o resultado de um dano diretamente aplicado no crânio e no conteúdo intracraniano. Posteriormente a este dano, ocorre uma deterioração neurológica e/ou vascular, associada a uma alteração profunda dos mecanismos de homeostasia cerebral, nomeadamente a perfusão cerebral e a pressão intracraniana (PIC), que conduzem a alterações, potencialmente reversíveis, definidas enquanto lesão neurológica secundária (Manilha, Santiago, & Cunha e Sá, 2015).

É nesta possibilidade de reversão do dano que assenta a abordagem terapêutica à pessoa com lesão neurológica, articulando medidas gerais aplicáveis a qualquer PSC (como uma ventilação adequada, a prevenção da pneumonia de aspiração, a estabilidade hemodinâmica, a profilaxia da trombose venosa profunda e das crises epiléticas, a normoglicemia e normotermia), com intervenções específicas de minimização da lesão neurológica secundária, através do estabelecimento de uma adequada oxigenação cerebral (Manilha et al., 2015).

A hipoxia ( $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$ ), a hipocapnia ( $\text{PaCO}_2 < 35 \text{ mmHg}$ ), a hipercapnia ( $\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$ ), a hipotensão (TA sistólica  $< 90 \text{ mmHg}$ ), a hipertermia (temperatura  $> 37^\circ\text{C}$ ), o aumento da PIC superior a  $10 \text{ mmHg}$  e/ou a diminuição da pressão de perfusão cerebral inferior a  $50 \text{ mmHg}$ , são indicadores que condicionam negativamente a lesão neurológica secundária e, cuja vigilância e monitorização são fundamentais para uma intervenção precoce, adequada e segura que influencia o *outcome* da PSC (Manilha et al., 2015; Manita, 2015).

Assim, a vigilância contínua e a monitorização sistematizada da PSC com disfunção neurológica, articulando instrumentos de avaliação que já dominava (como a Escala de Coma de Glasgow, para nível de consciência e a *Richmond Agitation-Sedation Scale*, para nível de sedação) com outros inicialmente desconhecidos (como a Escala *FOUR Score* e Escala de Avaliação da Força Motora de *Lower*) e os dados obtidos através da neuromonitorização multimodal (como monitorização invasiva da PIC, índice bi-espectral e eletroencefalografia intermitente), permitiram elaborar um plano de cuidados individualizado às necessidades singulares destas pessoas

(Locsin, 2005; Tanner, 2006) e, simultaneamente, promover um cuidado de enfermagem tendencialmente mais seguro.

Por último, outro dos exemplos mais significativos que gostaria de realçar, pela oportunidade que este percurso me trouxe de observar e questionar aspetos que considero decisivos para a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, reside na prestação de cuidados à PSC com técnica de substituição da função renal (TSFR) sob anticoagulação regional com citrato.

A hemodiafiltração veno-venosa contínua (HDFVVC) é uma técnica que combina a hemodiálise com a hemofiltração, sendo a TSFR mais frequentemente utilizada em UCI, pela diminuição de complicações associadas ao tratamento e pelo aumento da sobrevivência e qualidade de vida em pessoas com necessidade de diálise crónica (Ferreira, 2015).

A anticoagulação regional com citrato assume-se como a modalidade de anticoagulação predileta na TSFR à PSC (Morabito, Pistolesi, Tritapepe, & Fiaccadori, 2014; Legrand, & Tolwani, 2021). Ao limitar a anticoagulação ao circuito extracorporal, mantém os benefícios da anticoagulação convencional com heparina (redução da coagulação do filtro, melhoria da eficácia da técnica e aumento do tempo de utilização do filtro), diminuindo o risco de eventos adversos para a pessoa (Legrand et al., 2021).

Porém, depende da implementação de protocolos terapêuticos complexos (Regulamento n.º 429/2018), pela necessidade de uma maior vigilância da condição clínica e analítica da pessoa (risco de alterações eletrolíticas e/ou de ácido-base) e pela precaução que se exige na utilização desta modalidade na PSC em choque ou insuficiência hepática (Legrand et al., 2021).

É essencial que a prescrição da TSFR seja diária e individualizada, de modo a responder às necessidades terapêuticas da pessoa (Ferreira, 2015; Legrand et al., 2021). Esta individualização do cuidado implica conhecer a pessoa e conhecer os dados obtidos através de uma vigilância contínua e sistematizada, à semelhança dos exemplos anteriores, para planear e implementar um plano de cuidados igualmente singular (Locsin, 2005) e promotor da segurança da pessoa (Legrand et al., 2021).

Estes exemplos traduzem a riqueza das experiências que estes contextos trouxeram para o meu crescimento pessoal e profissional, embora a familiaridade de um e os meus sentimentos de insegurança e receio face ao outro não me tivesse permitido, *à priori*, reconhecer o seu valor. Considero que, o confronto com lacunas preexistentes, a atualização de conhecimentos e a postura crítica que desenvolvi

gradualmente na prestação de cuidados, promoveu a construção de um cuidado cada vez mais refletido, seguro e diferenciado à PSC e sua família.

Este trabalho individual na consolidação de conhecimentos no cuidado à PSC, e especificamente no aprofundamento de saberes sobre o transporte da PSC, foi reforçado pelo contacto com peritos nesta área. Nesse sentido, assistir a um *webinar* organizado pela Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, intitulado *Transporte do doente crítico em tempos Covid-19* (com a participação de dois palestrantes médicos intensivistas, a exercer funções em diferentes países), permitiu responder a algumas das preocupações relacionadas com o transporte da PSC durante a pandemia.

Assim, esta partilha de experiências e conhecimentos, sobre ambientes fisicamente distantes, mas próximos nas suas vivências, permitiu reforçar a noção dos desafios inerentes ao transporte inter-hospitalar da PSC, nomeadamente a valorização da fase do planeamento, a importância de se “trabalhar em rede” e das transferências precoces, enquanto aspetos fundamentais na promoção da segurança da pessoa, assim como, da própria equipa multidisciplinar.

Por fim, a concretização deste objetivo, através da consolidação de saberes técnico-científicos, permitiu desenvolver uma compreensão mais ampla e refletida sobre o cuidado à PSC e sua família nos diferentes processos de saúde-doença (ESEL, 2010; Decreto-Lei n.º 65/2018). Na mesma perspetiva, reforçar competências ao nível do desenvolvimento de aprendizagens profissionais e da responsabilidade profissional, ética e legal (Regulamento n.º 140/2019), suportada por um juízo clínico que articula o domínio e a experiência no processo de cuidar (Benner, 2001), possibilitou o desenvolvimento de um cuidado especializado, seguro e competente na prestação de cuidados à PSC e sua família, em contexto de SU e UCI.

## **2.2. Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e sua família, na sua complexidade, em contexto de SU e UCI**

O desempenho de funções no SMI tem-me possibilitado adquirir competências na prestação de cuidados à PSC de etiologia, predominantemente médica e, mais recentemente, cirúrgica (com foco na cirurgia geral). Este conhecimento, experiência e confiança na abordagem à PSC, traduzem-se no reconhecimento precoce de situações clínicas urgentes/emergentes durante a minha permanência nestes contextos de estágio, orientando a minha linha de pensamento para o nível de vigilância e intervenção mais adequados.

No entanto, enquanto a familiaridade e o conforto que encontrei na UCI promoveram, quase que automaticamente, uma maior confiança, proatividade e autonomia na prestação de cuidados, a perda de sensação de um ambiente controlado e familiar, a interação com uma equipa multidisciplinar de grande dimensão, num espaço físico que não dominava na sua totalidade, transformou o SU num desafio e, simultaneamente, numa autêntica oportunidade de aprendizagem.

Assim, ambos os percursos se iniciaram com uma integração gradual na equipa multidisciplinar, que considero ter sido bastante positiva e favorecida pelo conhecimento da estrutura física dos serviços, da leitura, compreensão e discussão dos seus protocolos e procedimentos, assim como da adaptação gradual a novas dinâmicas de trabalho.

Embora o pico da pandemia por SARS-CoV<sub>2</sub>, como o vivenciado nos meses de janeiro-março, ter condicionado, frequentemente, a prestação de cuidados de enfermagem a um método funcional, considero que em ambos os contextos, o esforço coletivo foi direcionado para um método de prestação de cuidados individual (Costa, 2004). Enquanto o primeiro consiste na fragmentação do cuidado de enfermagem em tarefas, de forma automatizada e exigindo competências de natureza maioritariamente executiva, o segundo centra-se no cuidado global e contínuo ao longo do turno, em que a responsabilidade de todos os cuidados a uma pessoa (ou conjunto de pessoas) é garantida por um enfermeiro em particular (Costa, 2004).

A filosofia de cuidar no qual assenta a minha prestação de cuidados, e que orientou a concretização deste percurso, não me permite defender o método funcional. Acredito que a coexistência harmoniosa entre a tecnologia e o cuidado de enfermagem (Locsin, 2005), sem descurar a vertente humana na relação que estabeleço com aqueles de quem cuido, é a atitude que pretendo continuar a desenvolver enquanto enfermeira perita (Benner, 2001) e futura enfermeira especialista (Regulamento n.º 429/2018; Regulamento n.º 140/2019).

No entanto, o aumento exponencial de casos de infeção por SARS-CoV<sub>2</sub>, associado a um incremento abrupto do número de pessoas internadas, cuja situação clínica se tornava rápida e inesperadamente, mais grave ou crítica, obrigou a uma reflexão individual e coletiva sobre a gestão de recursos humanos, materiais e temporais, cada vez mais escassos e à qual, considero, ninguém ficou indiferente. Desse modo, embora estes não sejam os métodos de trabalho em enfermagem preferencialmente defendidos na evidência científica (Costa, 2004), as características

dos próprios serviços e a organização e gestão das equipas de enfermagem face ao vivido, permitiu que o cuidado continuasse, dentro do possível, centrado na pessoa-família, assim como nas suas necessidades de saúde.

O cuidado centrado na pessoa é uma atitude do enfermeiro. Rogers (2009) abordou pela primeira vez este conceito baseando-se na premissa de que o ser humano tem a capacidade para avaliar as situações, compreendendo-se a si mesmo e ao seu contexto, e decidindo sobre o seu projeto de vida. Atualmente, esta abordagem defende a individualidade e singularidade enquanto pessoa, adotando o enfermeiro uma atitude de incluir quem cuida no processo de tomada de decisão, construindo uma relação de confiança e respeitando as suas crenças e valores (McCormack, & McCance, 2006).

Isto é congruente com a ideia de que a pessoa é influenciada pelo contexto onde se insere, e se define enquanto um ser auto interpretativo, determinado por conceitos, práticas e experiências de vida (Benner, 2001). Desta forma, reconhecer a pessoa como um ser inteiro e completo a cada momento (Locsin, 2005) é legitimá-la como participante no cuidado (Locsin, 2013), numa situação específica marcada por significados e preocupações, que não podem ser desvalorizados (Benner, 2001). A forma como a pessoa está na situação estabelece, assim, diferentes possibilidades de estar ao enfermeiro, sob a forma de cuidar (Boykin et al., 2001; Locsin, 2005).

Nestes contextos de prestação de cuidados, o cuidado centrado na pessoa é frequentemente dificultado pelas características particulares da PSC, pelo ambiente tecnológico (e os desafios decorrentes do suporte das suas necessidades vitais) e pela compreensão deste conceito pela própria equipa de saúde (Jakimowicz, & Perry, 2015), potenciado a vulnerabilidade da PSC (Mckinley, Nagy, Stein-parbury, Bramwell, & Hudson, 2002). A individualização do cuidar, antecipando e satisfazendo as necessidades da pessoa, respeitando os seus desejos e envolvendo a família no processo de cuidados, assume-se como uma abordagem que tende a contrariar essa vulnerabilidade (McCormack et al., 2006).

No entanto, o envolvimento da família no processo de cuidados foi fortemente condicionado durante esta fase da pandemia por SARS-CoV<sub>2</sub>. O distanciamento físico entre pessoa-família, já previamente existente em algumas situações, foi levado ao seu extremo, com o conseqüente isolamento da pessoa a partir do momento em dava entrada no hospital. A esta dura realidade foi adicionada a insuficiência de recursos humanos para oferecer uma resposta digna às necessidades emocionais destas

famílias, sendo este contacto, predominantemente, impessoal, célere, realizado por via telefónica e de forma meramente informativa.

Assim, o cuidado à *“pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica”* (Regulamento n.º 429/2018, p. 19359) desenvolveu-se gradualmente, num conjunto de experiências que considero terem sido, simultaneamente, verdadeiros desafios e oportunidades de aprendizagem.

O SU, destacando a prestação de cuidados nas diferentes VV, em situações de compromisso da função respiratória (com necessidade de suporte ventilatório por ventilação mecânica invasiva [VMI] e ventilação não invasiva [VNI]), paragem cardiorrespiratória (PCR), choque, disritmias, desequilíbrio de pH/hidroeletrolítico, queimaduras e intoxicações medicamentosas, permitiu a aquisição e o desenvolvimento de competências ao nível do processo de tomada de decisão, planeamento de cuidados e antecipação de focos de instabilidade (evitando complicações ou prevenindo eventos adversos), assim como de uma melhor capacidade de vigilância e intervenção, promovendo a comunicação e a continuidade dos cuidados (Regulamento n.º 429/2018).

Concomitantemente, a UCI, e dispondo dos mais variados recursos tecnológicos na abordagem à PSC (como o suporte ventilatório por VMI e VNI, oxigénio de alto fluxo, monitorização hemodinâmica avançada por cateter PiCCO, suporte extracorporal renal e hepático, remoção extracorporal de dióxido de carbono e neuromonitorização multimodal), possibilitou a implementação de cuidados técnicos de alta complexidade, a demonstração de conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida (SAV), a administração de protocolos terapêuticos complexos, a antecipação de focos de instabilidade e a atuação fundamentada em situações em que a mesma ocorre (Regulamento n.º 429/2018).

A prestação de cuidados nestas situações e o confronto com diferentes formas de atuação (Benner, 2001), na concretização de determinados objetivos terapêuticos, permitiu consolidar a importância da relação terapêutica no cuidado à PSC, otimizando e gerindo a comunicação interpessoal, demonstrando conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgésia e adaptando técnicas de comunicação à particularidade destas pessoas (Regulamento n.º 429/2018).

Enquanto cuidador, o enfermeiro compromete-se a estabelecer uma relação com as pessoas e famílias de quem cuida, com o objetivo de reconhecer as suas necessidades de cuidado (Boykin et al., 2001; Locsin, 2005). Assim, a relação

terapêutica define-se enquanto uma interação particular entre duas pessoas, em que cada uma delas contribui, pessoalmente, para a procura de satisfação de uma necessidade de ajuda (Chalifour, 2007). Nesse sentido, no âmbito do seu exercício profissional, o enfermeiro estabelece uma parceria com aqueles de quem cuida, no respeito pelas suas capacidades e valorizando o seu papel, com o intuito de ajudar a pessoa na concretização do seu projeto de saúde (OE, 2001; Chalifour, 2007).

Para Chalifour (2007), a relação terapêutica significa olhar a pessoa no seu todo, considerando o seu ambiente físico e humano, assim como a própria capacidade de o enfermeiro reconhecer as suas próprias impressões nesta interação (sensações, pensamentos, emoções e necessidades). Nesse sentido, o enfermeiro distingue-se pela sua formação e experiência (Benner, 2001; Nunes et al, 2005), sendo a comunicação um aspeto essencial. A comunicação, enquanto um “*processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções*” (Phaneuf, 2005, p. 23) é fundamental na humanização dos cuidados, assim como na garantia de segurança da pessoa, evitando lacunas na transmissão de informação (CARNA, 2008).

Assim, desenvolver competências na gestão e estabelecimento de relações terapêuticas (Regulamento n.º 429/2018) foi facilitado, nos diferentes contextos, pelo acolhimento da pessoa ao serviço e à sua situação de saúde-doença (de acordo com a sua condição clínica), pela disponibilidade de informação e esclarecimento de dúvidas (de acordo com a sua capacidade de compreensão), pela sua inclusão no processo de cuidados (incluindo o processo de tomada de decisão) e pela permissão da presença da família e/ou pessoas significativas (ainda que em momentos restritos e de acordo com novas normas de prevenção e controlo de infeção).

No mesmo sentido, a oportunidade, desde o primeiro momento, de me integrar na metodologia de continuidade de cuidados de ambos os serviços, sob supervisão dos enfermeiros orientadores, permitiu desenvolver um pensamento de enfermagem cada mais sistematizado, individualizado e seguro. Esta continuidade dos cuidados, essencial para a promoção da segurança da PSC, foi otimizada através da realização de registos de enfermagem (em processos clínicos informáticos distintos e aos quais tive de me adaptar) e da transmissão formal do cuidado de enfermagem nas passagens de turno ou nas transferências físicas da pessoa para outros serviços, através da adoção da metodologia ISBAR (DGS, 2017b).

Inerente a um cuidado de enfermagem sistematizado e individualizado, que responda às necessidades de saúde de cada pessoa-família em particular, o processo de enfermagem (operacionalizado academicamente através da realização de um estudo de caso) assume-se enquanto um método dinâmico, flexível e contínuo de organização do pensamento profissional, orientado para a tomada de decisão e resolução de problemas, estruturando-se em cinco etapas - apreciação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação (Potter, & Perry, 2006).

Nesse sentido, a elaboração de um estudo de caso sobre a prestação de cuidados à PSC com AVC isquémico, durante a sua permanência na sala de reanimação e ao longo dos seus transportes intra-hospitalar e inter-hospitalar, permitiu conciliar o domínio da prestação de cuidados especializados à pessoa-família, com o aprofundamento de conhecimentos e com a reflexão sobre a necessidade de competências especializadas em enfermagem na promoção da segurança no transporte da PSC.

Assim, na minha perspetiva, a identificação dos principais diagnósticos de enfermagem das pessoas-famílias alvo dos meus cuidados, tornou-se fundamental no planeamento das intervenções a concretizar, segundo uma abordagem sistematizada, que proporcionou uma linguagem uniformizada no seio da equipa multidisciplinar e promoveu a segurança da pessoa e dos profissionais de saúde envolvidos.

Associado a um cuidado de enfermagem cada vez mais individualizado e seguro encontra-se, na minha perspetiva, uma abordagem devidamente articulada e sistematizada. No entanto, situações urgentes/emergentes, como as frequentemente relacionadas ao cuidado da PSC, tendem a focalizar a intervenção do enfermeiro no problema que este mais facilmente identifica à primeira observação ou naquele que, por ser mais óbvio, lhe parece igualmente mais “perigoso” para a pessoa, em detrimento de condições potenciadoras de risco de vida. Penso que isto é ainda mais frequente em ambientes menos controlados, com uma enorme diversidade de profissionais, pouca experiência profissional, muitos estímulos sonoros e demasiadas solicitações em simultâneo, como as que pude vivenciar no SU.

Nesse sentido, a abordagem ABCDE (A – *Airway*; B – *Breathing*; C – *Circulation*; D – *Disability*; E - *Exposure*) surge enquanto uma sequência rápida, estruturada e sistemática de avaliação inicial à PSC, que permite a identificação precoce de problemas, a intervenção imediata de acordo com a prioridade estabelecida e a manutenção da abordagem à pessoa ao longo do tempo (Olgers et

al., 2017). Embora muito associada a contextos de trauma, a abordagem ABCDE é transversalmente aceite pela maioria dos profissionais de saúde, sendo considerada uma ferramenta essencial na identificação e resolução de condições que implicam risco de vida (Canzian, Glenn, Henn, Howard, Koestner, & Seislove, 2013).

Numa perspetiva de promoção da segurança da PSC, importa reconhecer que a sua deterioração clínica, sem identificação precoce e intervenções adequadas por parte da equipa multidisciplinar, é responsável pelo incremento das taxas de morbilidade e mortalidade, com conseqüente aumento do número de internamentos em UCI (Smith, & Bowden, 2017). Nesse sentido, a utilização da abordagem ABCDE não se deve limitar à avaliação inicial da PSC em contexto urgente/emergente, mas sim ser uma metodologia de avaliação e reavaliação de qualquer pessoa, independentemente do contexto onde se encontre (Olgers et al., 2017), com foco para o transporte da PSC.

Cathala et al. (2020) acrescentam a esta abordagem o FG (F – *Family*; G – *Goals*). Define-se família enquanto uma “*unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais*” (International Council of Nursing, 2016, p.143). Num sentido de “a família é quem a pessoa diz que é”, importa valorizar, na minha opinião, quem, para a pessoa, são as suas pessoas significativas. No entanto, o processo de saúde-doença, num ambiente de cuidados altamente tecnológico e mecanizado, assumem um impacto significativo para a família, revelando um momento de enorme vulnerabilidade (Mckinley et al., 2002), vivenciando estes uma experiência única e individual de sofrimento físico e emocional (Mendes, 2020).

Nesse sentido, o cuidado centrado na família deve também ser uma atitude no cuidar, reconhecendo-a como parceira e alvo dos cuidados de enfermagem (Mitchell, & Chaboyer, 2010), onde cada um dos envolvidos é um recurso e sujeito de intervenção. Pressupõe, a meu ver, o acolhimento à situação de saúde-doença (conhecendo o momento presente, apreendendo o impacto do vivenciado e avaliando expectativas), o acompanhamento ao longo do internamento (numa perspetiva de “estar com a família”, envolvendo-a) e uma comunicação eficaz (centrada na confiança, empatia, respeito, relação de ajuda e compromisso com o outro), na interação contínua que se desenvolve.

No entanto, a situação pandémica e as normas institucionais de restrição de visitas influenciaram esta perspetiva do cuidado, tal como já mencionado. Uma das

medidas adotadas pelo SU, na procura de alternativas para contrariar esta condicionante, em situações em que a família não acompanha a PSC ao hospital, a equipa médica contacta telefonicamente a pessoa de referência (quando este contacto se encontra em processo clínico eletrónico), para complementar a história de doença atual e, simultaneamente, acolher a família à situação de saúde-doença, dentro do possível. Na UCI, pude constatar o esforço da equipa multidisciplinar em “trazer a família para dentro do serviço”, quando imposições institucionais e de saúde pública não o permitiam. Assim, inicialmente, fez-se uso da tecnologia para promover chamadas e videochamadas e, posteriormente, organizaram-se planos flexíveis de visita de familiares, aos fins de semana.

Reconhecendo as minhas dificuldades e limitações na inclusão da família, identifiquei que esta conceção de cuidado centrada na família não é unânime em toda a equipa de enfermagem. Sá, Botelho, & Henriques (2015) enumeram alguns obstáculos na interação do enfermeiro com a família, nomeadamente: falta de tempo, inexistência de recursos físicos, dificuldade e receio em lidar com o sofrimento da família, priorização dos cuidados, formação reduzida na área, conflitos intrapessoais e desconhecimento das necessidades da família.

No meu caso, a dificuldade em lidar com famílias em processo de luto, associado à impotência do “mais nada puder fazer” e frustração face às múltiplas exigências que a pandemia por SARS-CoV<sub>2</sub> vieram acrescentar, são os obstáculos que me afastam mais frequentemente da família. O enfermeiro é, frequentemente, confrontado com *stressors* que não são encontrados pela maioria das pessoas no seu quotidiano, levando-o a tornar-se vulnerável (Carel, 2009). O reconhecimento dessa vulnerabilidade, e a adoção de estratégias para a contrariar, remete para o conhecimento pessoal do enfermeiro (Carper, 1978) e da importância da sua relação com os restantes padrões de conhecimento no seu desenvolvimento profissional.

Incluindo ainda as restantes competências para o enfermeiro especialista na área da PSC, neste processo de aquisição e desenvolvimento de competências, a “*prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos (...) face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas*” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19359) foi maximizada pela leitura, compreensão e discussão dos procedimentos em vigor relativos à prevenção e controlo de infeção, assim como, pela incorporação das normas, adaptadas a cada

contexto, inerentes ao uso adequado de equipamento de proteção individual (EPI) na prevenção e controlo de infeção por SARS-CoV2 (DGS, 2020).

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) aumentam a morbilidade e a mortalidade, encontrando-se associadas a internamentos mais prolongados e aumento dos custos em saúde, inviabilizando a qualidade dos cuidados e constituindo uma ameaça à segurança da pessoa (DGS, 2017c). Por esse motivo, a sua prevenção e controlo, assim como a otimização da atual resistência aos antimicrobianos, são metas defendidas no PNSD 2015-2020, através da implementação de estratégias como a formação dos profissionais de saúde e cidadãos, a vigilância epidemiológica (das infeções, da resistência aos antimicrobianos e consumo de antibióticos), assim como a normalização dos procedimentos e práticas clínicas (Despacho n.º 1400-A/2015).

Nesse sentido, a higienização das mãos, a manutenção das boas práticas na prevenção da pneumonia associada ao ventilador, a técnica asséptica na colheita de produtos biológicos e no manuseamento de dispositivos invasivos (como linha arterial e cateter venoso central), a vigilância epidemiológica e o uso adequado de EPI na prevenção de infeções cruzadas, foram aspetos a valorizar em ambos os contextos.

Se por um lado, as IACS e a resistência aos antimicrobianos constituíam já uma preocupação crescente à escala nacional e mundial (Despacho n.º 1400-A/2015; DGS, 2017c), a pandemia por SARS-CoV<sub>2</sub> veio reforçar o foco que se deve colocar na prevenção e controlo de infeção na promoção da segurança da pessoa, assim como de todos os intervenientes na prestação de cuidados (DGS, 2020). Nesse sentido, o uso adequado de EPI, a correta paramentação e desparamentação, a definição de circuitos “limpos e sujos” e a supervisão no cumprimento da limpeza e desinfeção dos mesmos foram aspetos também a valorizar em ambos os contextos. Na mesma perspetiva, o devido acolhimento à família, demonstrando e supervisionando a colocação e remoção de EPI, promovendo a sua segurança, demonstra o foco de ambas as equipas multidisciplinares nesta área.

Mantendo o foco nesta realidade, a integração em dois contextos na pior fase da pandemia em Portugal, cujas necessidades de saúde eram exponencialmente superiores aos recursos existentes, permitiu o confronto com uma nova realidade de adaptação, resiliência e entajuda, dinamizando a “*resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe*” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19359).

A rutura hospitalar de recursos materiais, ocorrida durante a minha permanência no SU, obrigou ao transporte inter-hospitalar, coletivo e de emergência, de pessoas internadas para outras instituições de saúde, de modo a garantir a continuidade dos cuidados e a sua segurança, podendo constituir-se enquanto uma situação de exceção. Esta consiste numa *“situação em que se verifica, de forma pontual e sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis”*, exigindo uma coordenação criteriosa e uma adequada gestão de recursos humanos e técnicos disponíveis na sua resolução (INEM, 2012b, p. 14).

Assim, a observação e colaboração do trabalho realizado ao longo da coordenação e gestão do sistema integrado de operações de proteção e socorro montado na instituição (que juntou o INEM, os bombeiros, as forças de segurança e as equipas multidisciplinares dos serviços afetados), permitiu o confronto com uma nova realidade até então desconhecida, assim como o desenvolvimento de competências ao nível da evacuação secundária, através da compreensão do papel do INEM nesta tipologia de situação, na setorização do teatro de operações, na definição do posto de comando operacional, na coordenação e gestão de recursos variados e na garantia da segurança do cenário e de todos os intervenientes.

Por fim, a concretização deste objetivo permitiu a aplicação, fundamentada e refletida, do conhecimento de enfermagem, e de outras disciplinas, nos diferentes contextos (ESEL, 2010; Decreto-Lei n.º 65/2018), relacionando-se com a prestação de cuidados altamente qualificados e de forma contínua à PSC, que permitiram uma resposta adequada às suas necessidades (Regulamento n.º 429/2018). Deste modo, a manutenção das suas funções básicas de vida, a antecipação de momentos de instabilidade, a administração de protocolos terapêuticos complexos, a prevenção de complicações e a limitação de incapacidades, visando a recuperação possível da PSC, foram competências desenvolvidas enquanto enfermeira especialista (Regulamento n.º 429/2018).

### **2.3. Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e sua família ao longo das fases do transporte intra-hospitalar e inter-hospitalar**

O transporte da PSC é uma situação inevitável nos sistemas de saúde (Alamanou et al., 2014; Graça et al., 2017; Regulamento n.º 964/2020), que exige recursos humanos, materiais e temporais na manutenção de cuidados de suporte de

vida (Freitas et al., 2015), num ambiente à partida desfavorável (INEM, 2012a). Nesse sentido, um adequado planeamento do transporte é fundamental na promoção da segurança da PSC e na prevenção de eventos adversos ao longo da sua efetivação (OM, & SPCI, 2008; INEM, 2012a; Alamanou et al., 2014; Kulshrestha et al., 2016).

Esta capacidade para antecipar problemas, no que Benner (2001) define enquanto função de diagnóstico e de vigilância da pessoa, é uma característica intrínseca aos enfermeiros peritos, e um elemento fundamental da vigilância profissional de enfermagem (Meyer et al., 2005; Kutney-Lee et al., 2009). No entanto, a ênfase colocada na rapidez da confirmação de diagnóstico e/ou início de tratamento, o nível de vigilância e monitorização que se exige e o *stress* induzido pela saída da pessoa para fora de um ambiente potencialmente controlado, poderá induzir, erroneamente, a equipa multidisciplinar a ver a pessoa como um simples objeto de cuidados (Locsin, 2013; Locsin, 2017).

Com o intuito de contrariar esta abordagem, a inclusão da pessoa-família no processo de tomada de decisão (OM, & SPCI, 2008; Beauchamp, et al., 2013; Intensive Care Society, 2019; Regulamento n.º 964/2020) e o recurso aos meios tecnológicos enquanto forma de conhecer, vigiar e envolver a pessoa ao longo do seu transporte, foram fundamentais no seu reconhecimento enquanto pessoa (Locsin, 2005), assim como na promoção da sua segurança ao longo destes contextos de estágio.

Nesse sentido, no SU, tive a oportunidade de colaborar em vários transportes intra-hospitalares (para UCI, Imagiologia, Bloco Operatório, Hemodinâmica e Técnicas de Nefrologia), assim como em alguns transportes inter-hospitalares, para realização de exames complementares de diagnóstico ou tratamento definitivo. Por outro lado, na UCI apenas tive a oportunidade de cooperar em alguns transportes intra-hospitalares (para a Imagiologia e Bloco Operatório).

Associado à minha experiência profissional, a manutenção do nível de vigilância, monitorização e atuação no transporte da PSC, para promover a sua segurança e prevenir eventos adversos, são aspetos que suportam o meu cuidar. No entanto, o desafio da prestação de cuidados em ambientes físicos que não me são familiares, com recurso a equipamentos que não domino na sua totalidade e no seio de equipas multidisciplinares que não conhecia (e que não me conhecem a mim), constituiu vários obstáculos. Nesse sentido, a importância de adquirir e desenvolver

competências na área do transporte da PSC em ambientes de prestação de cuidados onde gostaria de me tornar, progressivamente, mais competente (Benner, 2001).

Assim, pude participar ativamente no papel preponderante que o enfermeiro assume num adequado planeamento do transporte, no seio da equipa multidisciplinar em que se insere e dentro do *timing* adequado a cada situação clínica. Este papel envolveu a coordenação e comunicação assertiva entre os diferentes intervenientes, a estabilização prévia e possível da pessoa, assim como a seleção da equipa, equipamento de monitorização e tipo de transporte adequados (OM, & SPCI 2008; Regulamento n.º 964/2020).

Nestes ambientes da prestação de cuidados, os processos de comunicação são complexos e dinâmicos, que se caracterizam pelo alto fluxo de informações, partilhadas entre diferentes equipas multidisciplinares, constituídas por intervenientes de diversas áreas, em serviços aos quais se exige eficácia e eficiência no processo de cuidar (Petry et al., 2020). À semelhança do defendido na evidência, pude constatar que a falta ou deficiência na comunicação durante as fases do transporte, em pessoas que à partida são mais vulneráveis (dada a sua condição clínica e necessidade de cuidados específicos), pode contribuir para a falta da continuidade dos cuidados (CARNA, 2008), conduzindo ao erro terapêutico e/ou incidência de eventos adversos (Fragata, 2010; Gillman et al., 2014; Eiding et al., 2019; Bergman, et al., 2020; Petry et al., 2020).

Nesse sentido, e assumindo que a segurança na comunicação constitui também uma das metas do PNSD 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015), considerei pertinente desenvolver competências nesta área. Desta forma, a consolidação de conhecimentos sobre a utilização de mnemónicas enquanto elementos estruturadores da comunicação e a sua partilha com os enfermeiros orientadores, mobilizando e operacionalizando esses conhecimentos, contribuiu para a segurança da PSC e de todos os intervenientes envolvidos. A mnemónica ISBAR (I – Identificação; S – Situação atual; B – Background/Antecedentes; A – Avaliação; R – Recomendações) surge, assim, enquanto uma ferramenta de padronização de comunicação em saúde, reconhecida na promoção da segurança da pessoa, particularmente em situações de transição de cuidados (DGS, 2017b).

Por outro lado, realizar o acolhimento à pessoa na sala de reanimação, atuando em diferentes situações clínicas, permitiu construir momentos de aprendizagem e reflexão sobre a minha capacidade, progressiva, para identificar e estabelecer

prioridades na prestação de cuidados especializados à PSC. Nesse sentido, a abordagem ABCDE (Olgers et al., 2017; Cathala et al., 2020) possibilitou, à primeira abordagem, a identificação precoce de problemas e a intervenção imediata, assim como a avaliação recorrente e a manutenção sistematizada da vigilância à pessoa ao longo do tempo, de acordo com prioridades estabelecidas, possibilitando a sua estabilização possível antes, durante e após o seu transporte.

Face a uma equipa multidisciplinar que se caracteriza pela sua enorme rotatividade e com o intuito de se uniformizarem os cuidados, a seleção da equipa, equipamento de monitorização e tipo de transporte no SU é efetuada de acordo com uma escala de estratificação de risco semelhante à preconizada pela OM, & SPCI (2008) (anexo I). Nesse sentido, seguindo o defendido por estas entidades, no que diz respeito à importância da formação, experiência e treino específico na área do transporte (OM, & SPCI, 2008), o enfermeiro que acompanha o transporte intra-hospitalar e inter-hospitalar da PSC é, por norma, o enfermeiro alocado à prestação de cuidados na sala de reanimação.

A grande maioria dos transportes intra-hospitalares que acompanhei a partir da sala de reanimação foram no contexto de VV-AVC, com necessidade de vigilância, monitorização e intervenção de enfermagem. Nesse sentido, a elaboração de um estudo de caso que focasse o transporte intra-hospitalar e inter-hospitalar nestas situações em particular, tornou-se preponderante na consolidação de conhecimentos, no desenvolvimento de competências nesta área e na reflexão sobre aspetos relativos à segurança da pessoa.

Assim, pude colaborar na permeabilização da via aérea e adequada ventilação, assim como na vigilância, controlo e correção do ritmo cardíaco, frequência cardíaca e pressão arterial, uma vez que disritmias, enfarte agudo do miocárdio e hemorragias são complicações frequentes de doenças cerebrovasculares agudas (AHA, 2016; DGS, 2017a). Deste modo, nesta situação, foi solicitado um eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações e mantida a monitorização e vigilância cardíaca com ECG, assim como a monitorização e vigilância de valores de TA, de forma contínua.

Na mesma perspetiva, e no sentido de que “*tempo é cérebro*” (DGS, 2017a, p. 17), o foco na definição do horário de início de sintomas (ou o momento em que a pessoa foi vista assintomática pela última vez ou no seu estado habitual de saúde) foi preponderante na tomada de decisão clínica. A gravidade clínica inicial foi quantificada por um médico neurologista através da utilização da Escala de Coma de Glasgow, da

pesquisa dos reflexos do tronco cerebral e da aplicação da escala de NIHSS (Falcão et al., 2015). O controlo da glicemia capilar e a vigilância da temperatura corporal foram fundamentais na prevenção da lesão cerebral secundária (AHA, 2016).

A confirmação imagiológica constitui o *golden standard* da VV-AVC, não devendo ser protelada quando a situação clínica da pessoa não o exige (AHA, 2016). Nesse sentido, o transporte intra-hospitalar para realização de exames complementares de diagnóstico (como a tomografia axial computadorizada-crânio encefálica [TAC-CE], angiotomografia e estudos de perfusão) e aplicação de escalas (como a ASPECTS) foram fundamentais na definição do diagnóstico e tratamento mais adequado (AHA, 2016; University of Calgary, 2021), tendo este sido devidamente planeado e efetivado sem a ocorrência de eventos adversos.

Por fim, a preparação, administração e vigilância de eventuais complicações da administração de *alteplase*, foram oportunidades de aprendizagem ao longo deste contexto de estágio. No entanto, nesta situação em particular, por impossibilidade de tratamento farmacológico (dado o intervalo de tempo de início de sintomas), foi planeado e preparado o transporte inter-hospitalar para realização de tratamento endovascular.

Durante o transporte inter-hospitalar foi mantido o nível de vigilância, monitorização e atuação de enfermagem, tendo a pessoa mantido o quadro respiratório, hemodinâmico e neurológico. Nesse sentido, destaco positivamente a abordagem geral à pessoa, a articulação de toda a equipa multidisciplinar numa resposta célere e eficiente à ativação da VV implementada, assim como a inclusão da família, dentro das limitações existentes, no processo de cuidados.

No entanto, destaco a ocorrência de dois eventos adversos, que associo enquanto falhas em aspetos do planeamento e preparação deste transporte, nomeadamente na prevenção de complicações (pela não ponderação da entubação nasogástrica para proteção da via aérea aquando da ocorrência de um episódio de vômito) e na continuidade dos cuidados (na medida em que deveria ter sido garantido, pela equipa multidisciplinar, que o hospital de destino conhecia a hora prevista de chegada, para se evitar atrasos no tratamento), que poderiam ter comprometido a segurança da pessoa.

Esta abordagem sistematizada e devidamente articulada pela equipa multidisciplinar foi também uma realidade no transporte intra-hospitalar da PSC na UCI. A evidência menciona que, em contexto hospitalar, tende a existir uma perceção

menor da incidência de eventos adversos nestas situações, frequentemente associada à diminuição do nível de vigilância e atuação durante o transporte, quando comparados com o serviço de origem (Frias, & Lopes, 2014). No entanto, a minha experiência neste contexto reforçou o oposto, no sentido em que, aliado a uma abordagem ABCDE sistematizada e devidamente articulada em equipa multidisciplinar, preservando-se o nível de vigilância e atuação ao longo do tempo, constatei a preocupação com a estruturação de cuidados altamente complexos (face à necessidade do transporte intra-hospitalar), assim como a segurança de todos os intervenientes e do ambiente em geral (associado ao transporte de pessoas com infeção por SARS-CoV<sub>2</sub>).

Contrariamente ao sucedido no SU, neste serviço, a seleção da equipa multidisciplinar que acompanha o transporte, assim como a escolha do equipamento de monitorização, segue um procedimento interno que foca a ideologia de que a continuidade dos cuidados ocorre a um nível de qualidade nunca inferior ao do serviço ou instituição de origem (OM & SPCI, 2008). Nesse sentido, toda a pessoa que necessita de um transporte intra-hospitalar e/ou inter-hospitalar é acompanhado por médico e enfermeiro, com o nível de monitorização e vigilância que já possui previamente ao transporte.

Na UCI, os poucos transportes intra-hospitalares nos quais pude colaborar foram para o Bloco Operatório (para realização de traqueotomia) e para a Imagiologia (para realização de TAC-CE). Na primeira situação, embora o ambiente físico fosse diferente, os cuidados associados ao planeamento e efetivação deste tipo de transporte, que realizo frequentemente no meu contexto de prestação de cuidados, não constituiu uma dificuldade, servindo como meio para refletir sobre a prática de cuidados e a promoção da segurança da PSC. Na segunda situação, a oportunidade de colaborar no transporte da pessoa com hemorragia subaracnoídea e AVC hemorrágico, permitiu o reforço de conhecimentos e habilidades nesta área, assim como exigiu um cuidado redobrado da minha parte na fase de planeamento e efetivação do transporte intra-hospitalar na UCI (OM, & SPCI, 2008).

Desenvolver um percurso de aquisição de competências em UCI, num contexto de estágio bastante similar à minha realidade de prestação de cuidados, traduziu-se no que considere ser uma redução significativa de potenciais oportunidades de aprendizagem. No entanto, o confronto com o cuidado à PSC em contextos físicos distintos, com apoio a diferentes recursos tecnológicos e operacionalizado por equipas

multidisciplinares com diferentes dinâmicas de trabalho, estimulou a minha reflexão constante, observando e questionando aspetos que considero decisivos para a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem.

No mesmo sentido, a baixa casuística de transportes que verifiquei neste contexto de estágio, impulsionou a minha iniciativa e proatividade na procura de momentos e situações que correspondessem às expectativas que tinha previamente delineado, pelo que fui sugerindo outros focos de interesse que pudessem contribuir para o meu crescimento pessoal e profissional. Assim, colaborei na prestação de cuidados na EEMI, inserida numa nova equipa multidisciplinar e num contexto físico distinto, articulando a abordagem sistematizada à PSC, fora do ambiente controlado da UCI, com o seu transporte intra-hospitalar, quando necessário.

As EEMI são constituídas por médico e enfermeiro com competências avançadas na abordagem à PSC e em técnicas de reanimação, preparadas para responder em situações de PCR e/ou em situações de deterioração fisiológica aguda (Despacho n.º 9639/2018). Numa dessas situações, fomos ativados para um episódio de PCR não presenciada em atividade elétrica sem pulso, tendo a equipa multidisciplinar atuado de acordo com o respetivo algoritmo de SAV (AHA, 2016). Assim, pude colaborar na identificação e confirmação do ritmo cardíaco, na preparação e administração da medicação recomendada (adrenalina, de acordo com o *timing* e dosagem preconizados) e controlo do tempo. Após 40 minutos de SAV, passagem de ritmo cardíaco de atividade elétrica sem pulso para assistolia e pelas comorbilidades e tempo de internamento da pessoa, a EEMI, em articulação com a equipa do serviço, decidiu suspender manobras.

Embora o desfecho não tenha sido o expectável, a partilha desta situação recai na importância que coloco no trabalho em equipa multidisciplinar (e entre diferentes equipas) no cuidado à PSC e na promoção da segurança de todos os envolvidos na prestação de cuidados. Nesse sentido, o confronto com novas situações de aprendizagem, associada à reflexão sistemática que fui desenvolvendo a partir da comparação entre diferentes formas de atuação, no sentido de transformá-las em potenciais situações de aprendizagem, permitiram que me tornasse gradualmente mais ciente do meu nível de atuação enquanto enfermeira perita (Benner, 2001).

Assim, a concretização deste objetivo permite-me concluir que, a segurança no transporte da PSC é inerente à competência do enfermeiro em realizar um planeamento abrangente, sistematizado e devidamente articulado em equipa

multidisciplinar, assim como intervir adequadamente numa efetivação que se define pelo nível de vigilância, monitorização e atuação congruentes com as necessidades da pessoa e as características do próprio transporte. Esta competência é característica do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 429/2018) e inerente aos domínios da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e da responsabilidade profissional, ética e legal (Regulamento n.º 140/2019).

#### **2.4. Refletir criticamente sobre a necessidade de competências especializadas em enfermagem na promoção da segurança no transporte da PSC**

No sentido de melhorar a sua atuação (Benner, 2001), numa contínua reconstrução da sua identidade pessoal e profissional, o enfermeiro atribui significados às suas aprendizagens (Alarcão, & Rua, 2005). Assim, o desenvolvimento do pensamento crítico e da capacidade de reflexão assumem-se enquanto estratégias para um *know-how* incorporado (Benner, 2001), que é “*centrado na interação com a pessoa alvo de cuidados*”, valorizando-se o binómio pessoa-família, para “*consubstanciar a pessoa estudante, na sua construção pessoal, (...) no desenvolvimento de competências, num registo profissional*” (Mendes, 2016, p. 5).

Assim, a aprendizagem experiencial (Santos, & Fernandes, 2004), promovida nestes contextos de estágio, permitiu que apropriasse e adaptasse conhecimentos em contextos interativos (Alarcão, et al., 2005), suportada por um *know-how* na abordagem à PSC, que relaciona o saber e a experiência na compreensão gradual das situações de cuidados como um todo (Benner, 2001).

Nesse sentido, a preocupação em conhecer a pessoa, implementando intervenções de enfermagem face aos problemas identificados, com rigor científico, técnico e relacional, de modo a prevenir ou minimizar a incidência de eventos adversos (OE, 2001; Locsin, 2005, OE, 2011), foi uma responsabilidade desde o primeiro momento, neste percurso de aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem à PSC. Os momentos de *briefing*, *debriefing* e reflexão conjunta sobre situações de cuidados com colegas, enfermeiros orientadores e docente orientador foram, assim, fundamentais na construção de um pensamento em enfermagem cada vez mais complexo e especializado, sistematizado através da elaboração de jornais de aprendizagem.

Foi possível constatar, que a realidade atípica que se vive nos sistemas de saúde, associado à pandemia por SARS-CoV<sub>2</sub>, reestruturou profundamente estes contextos, com necessidade de introdução de novos enfermeiros, sem preparação prévia e numa integração célere. Estas alterações na dinâmica e estrutura da equipa de enfermagem acentuaram, na minha opinião, as lacunas preexistentes na área do transporte da PSC.

Assim, durante o meu tempo de permanência no SU, pude verificar aspetos que promoveram a minha preocupação e, conseqüentemente, reflexão no que diz respeito a disparidades na abordagem inicial à PSC, assim como, na abordagem secundária ao longo do acompanhamento da mesma no transporte intra-hospitalar e inter-hospitalar. A escolha de partilhar e refletir sobre uma situação de cuidados relacionada com a abordagem inicial à PSC relaciona-se, essencialmente, com o foco que coloco na vigilância da PSC e na importância de uma atuação sistematizada ao longo do tempo, associado à insegurança de prestar cuidados em ambientes para os quais possuo pouca experiência e que poderão condicionar o meu agir.

Refletindo sobre a minha intervenção nesta situação em particular, considero que a minha inatividade parcial em contextos onde me sinto desconfortável, embora expectável em fases iniciais deste percurso, é uma dificuldade para a qual procurei adotar estratégias, de modo a não se tornar um fator impeditivo no meu processo de desenvolvimento de competências. No entanto, na medida em que a competência possui “*uma dimensão contextualizada*”, manifestando-se numa atuação que se adapta à especificidade da situação (Alarcão et al., 2005, p. 375), refletir sobre vários aspetos do cuidar permitiu-me definir novas estratégias na tentativa de ultrapassar as dificuldades sentidas.

Dessa forma, a consolidação de conhecimentos, a adoção de uma atitude mais proativa no conhecimento do espaço físico do serviço (nomeadamente através da verificação das *check-list* da sala de reanimação, sob supervisão) e a interação gradual com a equipa multidisciplinar, assumindo situações de cuidados de forma autónoma e sob supervisão, aproveitando momentos de reflexão com o enfermeiro orientador para esclarecimento de dúvidas e aspetos a melhorar, foram aspetos facilitadores que contrariariam as minhas dificuldades iniciais.

Por outro lado, o cuidado à PSC na UCI, num contexto que me é familiar, conduziu-me à observação e questionamento de aspetos que considero decisivos para a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem. Refletir

sobre a gestão e prevenção do erro terapêutico é uma postura que se relaciona com um sentido de espírito crítico-reflexivo que este contexto despertou em mim, contribuindo para o aumento da minha autonomia e responsabilidade profissional (Regulamento n.º 140/2019).

Considerando que o erro em saúde pode conduzir ao aparecimento de eventos adversos (Fragata, 2010), a partilha desta situação em particular surge associada ao foco que coloco na sua prevenção e na promoção de um cuidado seguro à PSC. O erro relaciona-se com o que se defende pela “*obrigação do cuidado que é devido*”, podendo ser um desvio do método definido ou a própria indução de danos à pessoa (Fragata, 2010, p. 565). As diferenças verificadas na implementação de protocolos terapêuticos complexos, para aquilo que sempre foi a minha realidade na prestação de cuidados à PSC, assim como as dissemelhanças na dinâmica da própria equipa multidisciplinar, foram aspetos que me confundiram, conduzindo-me a uma intervenção pouco refletida e, conseqüentemente, menos segura.

Dessa forma, e partindo da ideia de o erro sobre o qual decidi refletir, foi precocemente reconhecido, denominei-o como um *near miss*. Este caracteriza-se por ser um evento não planeado, que não origina dano à pessoa (mas com potencial para o fazer), caso não seja identificado (Fragata, 2010). Na minha opinião, nas UCI, existem vários fatores que contribuem para a ocorrência do *near miss*, nomeadamente a existência de um ambiente de cuidados altamente tecnológico, a gravidade e instabilidade clínica das pessoas internadas, a utilização de inúmeros medicamentos considerados de alto risco, o método de trabalho (nomeadamente nas configurações atuais das unidades), os momentos de *stress* e a imprevisibilidade de ocorrências.

No entanto, durante este tempo de permanência na UCI, pude constatar a preocupação e proatividade da equipa de enfermagem na gestão do erro clínico, por exemplo na confirmação da prescrição médica, na dupla verificação da medicação, na preparação/administração da terapêutica e na notificação do erro, quando o mesmo ocorre. Esta postura é congruente com o defendido no PNSD 2015-2020, no que diz respeito ao aumento da cultura de segurança do ambiente interno (no comprometimento da equipa multidisciplinar enquanto agente de mudança), da segurança da comunicação (na garantia de uma comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar), da segurança na utilização da medicação (respeitando os certos da administração de medicamentos) e da prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes (Despacho n.º 1400-A/2015).

Nesta situação em particular, considero dois aspetos fundamentais, a vigilância em enfermagem e a prevenção do erro terapêutico. Considero que a vigilância da pessoa não pode ser um dado adquirido pelo facto de os contextos de prestação de cuidados à PSC serem ricos em investimento tecnológico. Os meios tecnológicos devem ser um suporte à ação de conhecer a pessoa como um ser individual e inteiro a cada momento, desenvolvendo o enfermeiro a sua competência tecnológica enquanto meio intencional e deliberado de cuidar em enfermagem (Locsin, 2005).

Concomitantemente, a importância do *near miss* está na frequência com que ocorre e na oportunidade de aprendizagem que oferece (Fragata, 2010). Assim, associado ao desenvolvimento de competências na procura da excelência do cuidar, é necessário compreender que o erro terapêutico é mais facilmente prevenido se existir uma cultura de segurança onde se fale abertamente sobre o mesmo (Fragata, 2010), refletindo sobre a sua existência e formas de a prevenir, numa postura não punitiva, promovendo cuidados verdadeiramente seguros e de qualidade.

Assim, considero que a convicção que coloco em intervenções particulares à PSC, sustentada numa cultura de cuidados que interpreta a evidência científica ao seu contexto específico e molda o meu ser enfermeira, é confrontada pela exigência de ser flexível a novas formas de saber e de saber-fazer, assumindo esta noção de aprendizagem ao longo da vida, reconstruindo-me enquanto enfermeira, na procura da enfermeira perita (Benner, 2001).

Por fim, penso que a promoção da segurança da PSC nunca será verdadeiramente alcançada se a principal preocupação durante a prestação de cuidados (e especificamente no transporte inter-hospitalar e intra-hospitalar) não for a garantia de segurança de todos os intervenientes envolvidos neste processo (Intensive Care Society, 2019). A criação de uma cultura de segurança em saúde é um aspeto cada vez mais valorizado na evidência científica (WHO, 2021) e uma filosofia que pretendo manter no meu contexto de prestação de cuidados.

A concretização deste objetivo permitiu assim desenvolver uma compreensão mais ampla e refletida sobre o cuidado à PSC e sua família nos diferentes processos de saúde-doença, considerando as condicionantes políticas, sociais, éticas e legais associadas aos cuidados de saúde (ESEL, 2010; Decreto-Lei n.º 65/2018). Na mesma perspetiva, reforça as competências de enfermeiro especialista, nomeadamente na prevenção do erro e na promoção da segurança, refletidas nos domínios da melhoria

contínua da qualidade e na responsabilidade profissional, ética e legal (Regulamento n.º 140/2019).

## **2.5. Contribuir para o aumento de conhecimentos da equipa de enfermagem na área do cuidado à PSC e sua família**

A promoção da segurança da pessoa nos contextos de prestação de cuidados está intrinsecamente relacionada com o uso de práticas baseadas em evidência (Blackwood et al., 2011). Este conceito é ainda mais evidente na área do transporte da PSC, embora as boas práticas no transporte da PSC, que se tem desenvolvido no sentido de otimizar a qualidade do transporte e a segurança da pessoa, nem sempre sejam valorizadas, sistematicamente implementadas ou seguidas na prática de cuidados (Droogh et al., 2015; Kulshrestha et al., 2016; Bergman et al., 2020).

Na minha opinião, é um desafio garantir que os enfermeiros, principalmente aqueles que se encontram em processos de integração nos contextos de prestação de cuidados, possuam as competências necessárias que possibilitem um cuidado seguro à PSC. Nesse sentido, as atividades previamente definidas iam ao encontro do meu potencial papel enquanto elemento dinamizador de conhecimentos na equipa de enfermagem, especificamente na área do transporte da PSC, e no geral, em caso de necessidade, em aspetos particulares do cuidado à pessoa-família.

A leitura e compreensão dos protocolos e procedimentos da UCI permitiu constatar a preocupação da equipa de enfermagem na criação e reformulação de conhecimento que promova uma prestação de cuidados segura e de qualidade à PSC. Nesse sentido, a observação, análise, reflexão e discussão, entre pares, sobre aspetos particulares do cuidado à PSC, comparando com aquilo que é a minha realidade de prestação de cuidados e com o defendido na evidência científica, permitiu consolidar aprendizagens que se constituíram enquanto um contributo ao longo deste percurso e no meu próprio contexto profissional.

Por outro lado, a verificação de que o procedimento de transporte em vigor no SU não se encontrava adaptado às necessidades da PSC, nem devidamente atualizado (sendo este facto reconhecido pelos enfermeiros responsáveis do serviço), considerei uma lacuna que deveria ser colmatada. Nesse sentido, em colaboração com o enfermeiro orientador, reformulei e atualizei o procedimento de transporte hospitalar em vigor, intitulado **Acompanhamento da PSC no transporte inter-hospitalar e intra-hospitalar** (apêndice IV) e, face à sua inexistência, elaborei um

documento que sintetiza a atuação do enfermeiro no **planeamento e efetivação do transporte da PSC** (apêndice V), operando enquanto um mecanismo de documentação e um elemento promotor da segurança e continuidade dos cuidados.

No entanto, se por um lado o inesperado associado à pandemia por SARS-CoV<sub>2</sub> deu lugar à certeza de que existe um longo caminho a percorrer ao nível do desenvolvimento das equipas multidisciplinares no cuidado à PSC, por outro, as alterações constantes ao nível das organizações, estruturas e dinâmicas dos serviços, condicionou esta transmissão de conhecimentos de forma mais formal. Nesse sentido, foi sugerido e concretizado um poster, intitulado **Intervenções na promoção da segurança no transporte da PSC** (apêndice VI) e oferecido ao serviço para divulgação na sala de reanimação.

Este poster sintetiza os seis certos do transporte seguro (pessoa, equipa, equipamento, serviço, transporte e documentação), tendo sido idealizado e realizado com o intuito de promover uma cultura de segurança neste contexto, servindo como suporte aos elementos menos experientes e enquanto orientação para a equipa multidisciplinar, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde à pessoa-família.

Acreditando que em situações complexas, as tensões e inconsistências impulsionam a aquisição de novas competências, através da procura conjunta de respostas na resolução de problemas (Eraut, 2006), a promoção de momentos de aprendizagem informal (de acordo com as necessidades de formação que fui gradualmente identificando nas equipas de enfermagem), permitiu considerar os conhecimentos e a competência adquiridos através do domínio e da experiência (Benner, 2001), valorizando a aprendizagem ao longo da vida na transformação única e singular que cada individuo estabelece consigo mesmo e com o contexto onde se insere (Eraut, 2006).

Assim, considero ter sido um elemento dinamizador de aprendizagem informal nestes contextos. No SU, a prestação de cuidados à PSC sob VMI, possibilitou alguns momentos de orientação, explicação e demonstração de saberes técnico-científicos, que promoveram, na minha opinião, o aumento de conhecimentos e competências de enfermeiros mais novos ou com menor experiência nesta área. Na UCI, a demonstração de conhecimentos e habilidades sobre um ventilador novo no serviço (Hamilton G5), a discussão sobre as *guidelines* mais recentes do SAV, assim como a partilha de conhecimentos e experiências de aspetos particulares do cuidado de

enfermagem (como o posicionamento em decúbito ventral na pessoa com infecção por SARS-CoV<sub>2</sub>), foram também um contributo para o aumento de conhecimentos da equipa de enfermagem na área do cuidado à PSC e sua família.

Este esforço, no sentido de contribuir para o aumento de conhecimentos da equipa de enfermagem, capacitando-a para a prestação de cuidados tendencialmente mais seguros e de maior qualidade à PSC, assenta no reconhecimento de que a competência do saber fazer se relaciona intrinsecamente com o saber ser e o saber estar, numa reconstrução contínua da identidade profissional, através da experiência, da aprendizagem pela ação e da reflexão (Santos et al., 2004; Alarcão et al., 2005).

Por fim, a concretização deste objetivo reforça competências no âmbito da divulgação do conhecimento obtido e na promoção de uma aprendizagem ao longo da vida (ESEL, 2010; Decreto-Lei n.º 65/2018), contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal, profissional e para a evolução da enfermagem enquanto disciplina e profissão. No mesmo sentido, adquirir competências no domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais (a título individual e coletivo, enquanto dinamizadora de competências nas equipas de enfermagem onde me inseri), permitiu desenvolver, simultaneamente, competências nos domínios da melhoria contínua da qualidade dos cuidados e da responsabilidade profissional, ética e legal, enquanto enfermeira especialista (Regulamento n.º 140/2019) promotora da segurança no cuidado à PSC e sua família, mais particularmente no seu transporte.

### 3. CONCLUSÃO

Este relatório de estágio evidencia e critica reflexivamente, o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem adquiridas no CMEPSC, concretizado para responder às aptidões enunciadas na legislação portuguesa para obtenção do grau de mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018), aos objetivos delineados para este ciclo de formação (ESEL, 2010), às competências comuns e específicas para o enfermeiro especialista (Regulamento n.º 429/2018; Regulamento n.º 140/2019) e aos níveis de competência descritos por Benner (2001).

Ao refletir sobre as necessidades das pessoas em saúde, não poderia deixar de afirmar que o objetivo da enfermagem não é a visibilidade, mas sim tornar-se significativa para as pessoas alvo dos seus cuidados, em que a sociedade reconhece e valoriza a posição do enfermeiro, no seio da equipa multidisciplinar, considerando a importância de ser assistida por um grupo profissional que são os enfermeiros.

Assim, para oferecer também o meu contributo para a disciplina e profissão de enfermagem, a motivação individual e profissional que conduziu ao ingresso neste mestrado, numa área da prestação de cuidados que se mantém enquanto uma predileção pessoal, tornou-se ainda mais significativa com a oportunidade de adquirir e desenvolver competências enquadradas num tema que sempre me fascinou e impeliu a melhorar, a promoção da segurança no transporte da PSC.

É um facto que a segurança da pessoa continua a constituir um desafio à prestação de cuidados, que deve ser defendida e promovida, a cada instante, no exercício profissional do enfermeiro. Nesse sentido, a filosofia de cuidar no transporte da PSC deve assentar numa tomada de decisão devidamente fundamentada, informada e consentida, num planeamento abrangente, sistematizado e articulado, assim como numa efetivação definida pelo nível de vigilância, monitorização e atuação congruentes com as necessidades da pessoa.

O recurso às teorias de Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (Benner, 2001) e *Technological Competence as Caring in Nursing* (Locsin, 2005), enquanto referenciais teóricos que alicerçam este relatório, ultrapassou a vertente meramente académica e deveu-se, essencialmente, à constatação de que o conteúdo teórico em que assenta este meu percurso, deve ser congruente com a minha ideologia do que é ser enfermeira e da forma que preconizo o desenvolvimento da enfermagem. Dessa forma, reconhecer a competência tecnológica enquanto forma de cuidar em enfermagem, nesta experiência compartilhada em que cuidar aperfeiçoa o

sentido do significado de ser pessoa, é valorizar também o *know-how* progressivo inerente ao confronto que diferentes realidades da prestação de cuidados pode proporcionar (Benner, 2001; Locsin, 2005).

Este percurso de aquisição e desenvolvimento de competências na área do cuidado à PSC, por não ser totalmente desconhecido para mim, impeliu-me, do ponto de vista teórico e prático, a querer sair da minha zona de conforto e a abraçar novas oportunidades. No entanto, concretizar este caminho, por si só já bastante sinuoso, na pior fase da pandemia por SARS-CoV<sub>2</sub> que o nosso país atravessou, foi conciliar, simultaneamente e repetidamente, um conjunto de sentimentos, experiências e vivências que tanto motivaram, quanto colocaram tudo em causa.

O aumento exponencial da exigência, num curto espaço de tempo, sobre recursos humanos insuficientes e desgastados, associado à frustração de não se ser suficiente, em espaços físicos em constante expansão e reformulação, obrigou a uma adaptação constante e a uma reformulação dos objetivos iniciais aos quais me tinha proposto. No entanto, com muito esforço, dedicação, motivação intrínseca e humildade, sei que cresci e aprendi muito nesses meses, e reconheço a importância que o contacto com diversos profissionais, peritos em diferentes áreas, e com aqueles que dão sentido à profissão – as pessoas alvo de cuidado e as suas famílias – assumiram neste meu percurso.

A experiência de prestação de cuidados no SU constituiu um enorme desafio e exigiu de mim um maior esforço na aquisição e desenvolvimento de competências, que me permitissem prestar cuidados em situações de urgência/emergência, de forma segura e com qualidade. O confronto com uma enorme variedade de especialidades médico-cirúrgicas, inserida numa equipa multidisciplinar de grandes dimensões e num espaço físico com distintas dinâmicas de trabalho, foram as principais dificuldades. No entanto, a receptividade e disponibilidade da equipa de enfermagem, a curiosidade, iniciativa e proatividade na procura das melhores situações de aprendizagem e o acompanhamento por enfermeiros com anos e experiências profissionais distintas, permitiram desenvolver competências no sentido de sistematizar a abordagem à PSC, orientando a minha linha de pensamento para o nível de vigilância, monitorização e atuação mais adequados.

Por outro lado, a familiaridade que encontrei na UCI, possibilitou o confronto com algumas lacunas preexistentes na prestação de cuidados à PSC, permitindo-me atualizar e reforçar conhecimentos, planear e implementar protocolos terapêuticos

complexos para os quais tenho menos experiência e, acima de tudo, refletir sobre a prestação de cuidados e formas de a melhorar, promovendo a segurança e qualidade dos mesmos. Neste contexto, a baixa casuística de transportes e o facto de ser um contexto totalmente dedicado à prestação de cuidados a pessoas com infeção por SARS-CoV<sub>2</sub> foram as principais dificuldades. No entanto, a rápida integração na equipa de enfermagem, a experiência profissional e reflexão individual, assim como a iniciativa na procura de novas situações de aprendizagem, foram aspetos facilitadores que colmaram essas contrariedades.

Por fim, numa vertente mais académica, esta reflexão sobre a promoção da segurança do transporte da PSC foi consolidada pela elaboração da RSMM. Esta, veio reforçar, cientificamente, alguns achados já verificados na prática clínica (nomeadamente a importância de um adequado planeamento e uma efetivação responsável e devidamente articulada), com outros aspetos pouco mencionados, mas não menos importantes (como o contributo para a melhoria dos cuidados).

Nesse sentido, considero que atingi os objetivos para os quais me tinha proposto inicialmente, na medida em que desenvolvi competências especializadas de enfermagem na promoção da segurança no transporte da PSC, através da consolidação de conhecimentos, da prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC e sua família (em contexto de SU e UCI e ao longo das fases dos transportes intra-hospitalares e inter-hospitalares), da reflexão crítica sobre a necessidade de competências especializadas em enfermagem e da contribuição, ainda de que forma mais informal, para o aumento de conhecimentos e competências da equipa de enfermagem na área do cuidado à PSC e sua família.

Face ao apresentado neste relatório, que culmina este percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, considero que desenvolvi competências de Mestre, especificamente na aplicação de conhecimentos progressivamente consolidados, na capacidade de compreensão e resolução de problemas, respeitando as implicações e responsabilidades ético-sociais, na divulgação do conhecimento obtido e na promoção e manutenção de uma aprendizagem contínua (ESEL, 2010; Decreto-Lei n.º 65/2018).

Da mesma forma, ao desenvolver competências no cuidado à PSC a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção e na dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima (Regulamento n.º 429/2018),

considero que adquiri também as competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente nos domínios da melhoria contínua da qualidade, da responsabilidade profissional, ética e legal, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento de aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

Reconheço enquanto limitações deste trabalho, a baixa casuísta de transportes inter-hospitalares nos quais pude colaborar, o pouco contacto com as famílias, assim como a impossibilidade de colaborar no transporte extra-hospitalar, através da realização de um estágio de observação na VMER, que julgo puder ter trazido aspetos positivos para a aquisição e desenvolvimento de competências nesta área.

Concluindo, perspetivar o enfermeiro especialista como promotor de um exercício profissional tendencialmente mais complexo e diferenciado, é compreender que a evolução da enfermagem deve ocorrer no sentido de “*enfermagem com mais enfermagem*” (Silva, 2007, p. 12), aprendendo-a numa “*lógica mais conceptual*”, suportada pelas teorias de enfermagem e pela evidência realizada por enfermeiros (Silva, 2007, p.18). Nesse sentido, considero que este trabalho encerra novos contributos para a disciplina e profissão de enfermagem.

A promoção da segurança no transporte da PSC, embora sensível aos cuidados de enfermagem, é ainda um tema pouco valorizado nos contextos de prestação de cuidados. Por esse motivo, o objetivo de publicar um artigo científico, como forma de disseminação do conhecimento resultante da RSMM, assim como a apresentação formal destes resultados (em formato poster) no 1º Congresso Internacional “O cuidado centrado no cliente e nos padrões de qualidade” organizado pela ESEL, serão contributos para o meu desenvolvimento profissional e para a evolução da enfermagem enquanto disciplina e profissão.

No mesmo sentido, as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo deste percurso, permitirão a curto prazo, tornar-me uma agente de mudança e elemento de referência no meu contexto profissional. A motivação pessoal pela área de prestação de cuidados à PSC não termina com o culminar deste percurso, pelo que tenciono continuar a desafiar-me profissionalmente, numa lógica de desenvolvimento e melhoria contínua. No entanto, considero que a minha experiência pessoal, académica e profissional permite-me, hoje, ser uma enfermeira mais competente, com uma maior capacidade de prestar cuidados seguros e de qualidade à PSC.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alamanou, D. & Brokalaki, H. (2014). Intrahospital transport policies: The contribution of the nurse. *Health Science Journal*, 8, 166-178. Acedido em: 04/10/2020. Disponível em: <https://www.hsj.gr/medicine/intrahospital-transport-policies-the-contribution-of-the-nurse.php?aid=2749>.
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-382. DOI: [10.1590/S0104-07072005000300008](https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008).
- Allen, R., Wanersdorfer, K., Zebley, J., Shapiro, G., Coullahan, T., & Sarani, B. (2020). Interhospital transfer of critically ill patients because of coronavirus disease 19–related respiratory failure. *Air Medical Journal*, 39(6), 498-501. DOI: [10.1016/j.amj.2020.07.007](https://doi.org/10.1016/j.amj.2020.07.007).
- American Heart Association (2016). *Suporte avançado de vida cardiovascular – Manual do profissional*. Texas: Orora Visual LLC.
- Beauchamp, T. & Childress, J. (2013). *Principles of biomedical ethics*. (7<sup>th</sup> ed.). New York: Oxford University Press.
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: *Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Springer Publishing.
- Bergman, L., Pettersson, M., Chaboyer, W., Carlstrom, 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. DOI: [10.1016/j.aucc.2018.12.003](https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.12.003).
- Bérubé, M., Bernard, F., Marion, H., Parent, J., Thibault, M., Williamson, D., & Albert, M. (2013). Impact of a preventive programme on the occurrence of incidents during the transport of critically ill patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29, 9-19. DOI: [10.1016/j.iccn.2012.07.001](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.07.001).
- Blackwood, B., Albarran, J. W., & Latour, J. M. (2011). Research priorities of adult intensive care nurses in 20 European countries: A Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(3), 550–562. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2010.05512.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05512.x).
- Boykin, A., & Schoenhofer, S.O. (2001). *Nursing as caring: a model for transforming practice*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.

- Burrell, A., Pilcher, D., Pellegrino, V., & Bernard, S. (2017). Retrieval of adult patients on extracorporeal membrane oxygenation by an intensive care physician model. *Artificial Organs*, 42(3), 254–262. DOI: [10.1111/aor.13010](https://doi.org/10.1111/aor.13010).
- Canzian, S., Glenn, M., Henn, R., Howard, J., Koestner, A., & Seislove, E. (2013). *Advanced trauma care for nurses – Student manual*. (3<sup>rd</sup> ed.) Lexington: Society of Trauma Nurses.
- Cathala, X., & Moorley, C. (2020) Performing an A-G patient assessment: a practical step-by-step guide. *Nursing Times [online]*, 116(1), 53-55. Acedido a 05/12/2020. Disponível em: <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/assessment-skills/performing-an-a-g-patient-assessment-a-step-by-step-guide-06-01-2020/>.
- Chalifour, J. (2007). *A intervenção terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- College and Association of Registered Nurses of Alberta (2008). *Registered nurse roles that facilitate continuity of care*. Edmonton: College and Association of Registered Nurses of Alberta.
- Carel, H. (2009). A reply to 'Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability' by Derek Sellman: vulnerability and illness. *Nursing Philosophy*, 10(3), 214–219. DOI: [10.1111/j.1466-769X.2009.00401.x](https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2009.00401.x)
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*. 1(1), 13-24.
- Comeau, O., Armendariz-Batiste, J., & Woodby, S. (2015). Safety first! Using a checklist for intrafacility transport of adult intensive care patients. *Critical Care Nurse*, 35(5), 16-26. DOI: [10.4037/ccn2015991](https://doi.org/10.4037/ccn2015991).
- Costa, J. (2004). Métodos de Prestação de Cuidados. *Revista Millenium*, 30, 234-251. Acedido a 23/03/2021. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/560>.
- Despacho N.º 10319/2014 (2014). Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). *Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde*. Diário da República, II Série (N.º 153 de 11-08-2014), 20673–20678, ELI: [https://dre.pt/pesquisa//search/55606457/details/normal?p\\_p\\_auth=fhLc2GFn](https://dre.pt/pesquisa//search/55606457/details/normal?p_p_auth=fhLc2GFn)
- Despacho N.º 1400-A/2015 (2015). Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020. *Ministério da Saúde*. Diário da República, II Série (N.º 28 de

10/02/2015),

3882-(2)-3882-(10).

ELI:

<https://dre.pt/application/conteudo/66463212>.

Despacho N.º 5058-D/2016 (2016). Estabelece disposições sobre o transporte integrado do doente crítico. *Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde*. Diário da República, II Série (N.º 72 de 13-04-2016), 12164-12164, ELI:

<https://dre.pt/home/-/dre/74146383/details/maximized?serie=II&dreId=74146379>.

Decreto-Lei N.º 65/2018 (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Presidência do Conselho de Ministros – Ciência, Tecnologia e Ensino Superior*. Diário da República, I Série (N.º 157 de 16-08-2018), 4147-4182, ELI: <https://data.dre.pt/eli/declei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>.

Despacho N.º 9639/2018 (2018). Determina que os estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) adotem o número 2222 na rede telefónica interna para ativação da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar. *Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde*. Diário da República, II Série (N.º 198 de 15-10-2018), 27533 – 27533, ELI: <https://dre.pt/home/-/dre/116654166/details/maximized>.

Direção Geral de Saúde (2015). *Triagem de Manchester e referenciação interna imediata*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção Geral de Saúde (2017a). *Via verde do acidente vascular cerebral no adulto*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2017b). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção Geral de Saúde (2017c). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção Geral de Saúde (2020). *Prevenção e controlo de infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de proteção individual (EPI)*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Doucet, C. L., & Rhéaume, A. (2020). Impact of an inter-hospital transfer online module on critical care nurses' preparedness for transfers. *The Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 31(2), 29–36. Acedido em: 04/10/2020. Disponível em: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=b28564ae-f0da-45ce-9360-f4f43eb43a09%40sdc-v-sessmgr01>.

- Droogh, J., Smit, M., Absalom, A., Ligtenberg, J., & Zijlstra, J. (2015). Transferring the critically ill patient: are we there yet?. *Critical Care*, 19(62), 1-7. DOI: [10.1186/s13054-015-0749-4](https://doi.org/10.1186/s13054-015-0749-4).
- Eiding, H., Kongsgaard, U.E., & Braarud, A.C. (2019). Interhospital transport of critically ill patients: experiences and challenges, a qualitative study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 27(27), 1-9. DOI: [10.1186/s13049-019-0604-8](https://doi.org/10.1186/s13049-019-0604-8).
- Ehrenwerth, J., Sorbo, S., & Hackel, A. (1986). Transport of critically ill adults. *Critical Care Medicine*, 14(6), 543–547. DOI: [10.1097/00003246-198606000-00005](https://doi.org/10.1097/00003246-198606000-00005).
- Eraut, M. (2006). Learning contexts. *Learning in Health and Social Care*, 5 (1), 1-8. DOI: [10.1111/j.1473-6861.2006.00115.x](https://doi.org/10.1111/j.1473-6861.2006.00115.x)
- ESEL (2010). *Extrato do processo apresentado e aprovado pela Agência Nacional de Acreditação do Ensino Superior (A3Es) com o nº NCE/09/01932, (21/06/2010)*.
- Fairchild, R.M. (2010). Practical ethical theory for nurses responding to complexity in care. *Nursing Ethics*, 17(3), 353–362. DOI: [10.1177/0969733010361442](https://doi.org/10.1177/0969733010361442).
- Falcão, F., Pinho e Melo, T., & Ferro, J. (2015). Acidente vascular cerebral. In P. Ponce & J.J. Mendes (Ed.), *Manual de Medicina Intensiva* (pp. 19-31). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Ferreira, A.C. (2015). Técnicas depurativas. In P. Ponce & J.J. Mendes (Ed.), *Manual de Medicina Intensiva* (pp. 264-273). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Fragata, J. (2010). A segurança dos doentes – Indicador de Qualidade em Saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26, 564-70. Acedido a 14/03/2021. Disponível em: [http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF6/004449\\_RevPortCliGeral.pdf](http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF6/004449_RevPortCliGeral.pdf).
- Freitas, P., Gomes, S. (2015). Transporte do doente crítico. In P. Ponce & J.J. Mendes (Ed.), *Manual de Medicina Intensiva* (pp. 529-535). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Frias, A., & Lopes, H. (2014). Eventos adversos no transporte do doente crítico: Perceção dos enfermeiros de um hospital central. *Revista investigação em Enfermagem*, 2(6), 55-58. Acedido em 01/08/2021. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/13491>.
- Gillman, L., Jacobs, I., & Fatovich, D. (2014). Challenges in arranging interhospital transfer from a non-tertiary hospital emergency department in the Perth

- metropolitan área. *Emergency Medicine Australasia*, 26, 567–572. DOI: [10.1111/1742-6723.12299](https://doi.org/10.1111/1742-6723.12299).
- Jimenez, F., Carmargo, W., Gomes, A., Nihei, T., Andrade, M., Valverde, M., ..., & Grion, C. (2017). Analysis of adverse events during intrahospital transportation of critically ill patients. *Critical Care Research and Practice*, 2017, 1-7. DOI: [10.1155/2017/6847124](https://doi.org/10.1155/2017/6847124).
- Godinho, N. (2020). *Guia orientador para elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações - Norma APA*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Graça, A., Silva, N., Correia, T., Martins, M. (2017). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (15), 133–144. DOI: [10.12707/RIV17042](https://doi.org/10.12707/RIV17042).
- Habibzadeh, F., Aliha, J., Imanipour, M., & Mehran, A. (2017). The effect of interactive workshop on the quality of intra-hospital patients' transfer: A quasi-experimental study. *Nursing Practice Today*, 4(2), 79-86. Acedido em 31/03/2021. Disponível em: <https://npt.tums.ac.ir/index.php/npt/article/view/228>.
- Heesben, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar* (pp. 31-37). Loures: Lusociência.
- Hui, Y., Lo, W., Lee, L., Chan, J., Tang, S., & Kalinowski, E. (2012). Measuring performance of night-time interfacility transport service. *European Journal of Emergency Medicine*, 19, 264-266. DOI: [10.1097/MEJ.0b013e32834b3448](https://doi.org/10.1097/MEJ.0b013e32834b3448).
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012a). *Transporte do doente crítico*. Lisboa: Portugal.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012b). *Situação de exceção*. Lisboa: Portugal.
- Intensive Care Society (2019). *Guidance on: The transfer of the critically ill adult*. United Kingdom: Faculty of Intensive Care Medicine.
- International Council of Nurses (2016). *CIPE® Versão 2015 – Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Jia, L., Wang, H., Gao, Y., Liu, H., & Yu, K. (2016). High incidence of adverse events during intra-hospital transport of critically ill patients and new related risk factors: a prospective, multicenter study in China. *Critical Care*, 20(12), 1-13. DOI: [10.1186/s13054-016-1183-y](https://doi.org/10.1186/s13054-016-1183-y).

- Jakimowicz, S. & Perry, L. (2015). A concept analysis of patient-centred nursing in the intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 71(7), 1499–1517. DOI: DOI. [10.1111/jan.12644](https://doi.org/10.1111/jan.12644).
- Jones, H., Zychowicz, M., Champagne, M., & Thornlow, D. (2016). Intrahospital transport of the critically ill adult: A standardized evaluation plan. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(3), 133-146. DOI: [10.1097/DCC.000000000000176](https://doi.org/10.1097/DCC.000000000000176).
- Kue, R., Brown, P., Ness, C., & Scheulen, J. (2011). Adverse clinical events during intrahospital transport by a specialized team: a preliminary report. *American Journal of Critical Care*, 20(2), 153–61. DOI: [10.4037/ajcc2011478](https://doi.org/10.4037/ajcc2011478).
- Kulshrestha, K., & Singh, A. (2016). Inter-hospital and intra-hospital patient transfer: Recent concepts. *Indian Journal of Anaesthesia*, 60(7), 451-457. DOI: [10.4103/0019-5049.186012](https://doi.org/10.4103/0019-5049.186012).
- Kutney-Lee, A., Lake, E., & Aiken, L. (2009). Development of the hospital nurse surveillance capacity profile. *Research in Nursing & Health*, 32(2), 217-228. DOI: [10.1002/nur.20316](https://doi.org/10.1002/nur.20316).
- Kwack, W.G., Yun, M., Lee, D.S., Min, H., Choi, Y.Y., Lim, S.Y., ..., & Cho, Y. (2018). Effectiveness of intrahospital transportation of mechanically ventilated patients in medical intensive care unit by the rapid response team: A cohort study. *Medicine*, 97(48), e13490-e13496. DOI: [10.1097/MD.0000000000013490](https://doi.org/10.1097/MD.0000000000013490).
- Legrand, M., & Tolwani, A. (2021). Anticoagulation strategies in continuous renal replacement Therapy. *Wiley - Seminars in Dialysis*, 00, 1–7. DOI: [10.1111/sdi.12959](https://doi.org/10.1111/sdi.12959).
- Locsin, R., & Purnell, M. (2007) Rapture and suffering with technologies in nursing. *International Journal for Human Caring*, 11 (1), 38-43. DOI: [10.20467/1091-5710.11.1.38](https://doi.org/10.20467/1091-5710.11.1.38)
- Locsin, R. (2005). *Technological competency as caring in nursing: a model for practice*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing
- Locsin, R. (2013). Technological competency as caring in nursing: Maintaining humanity in a high tech world of nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 7(1), 1-6. Acedido a 26/09/2020. Disponível em: <http://www.nurse.nu.ac.th/Journal/data/Vol.7%20No.1/001.pdf>.
- Locsin, R. (2017). The co-existence of technology and caring in the theory of technology competency as caring in nursing. *The Journal of Medical Investigation*, 64, 160-164. DOI: [10.2152/jmi.64.160](https://doi.org/10.2152/jmi.64.160).

- Maddry, J., Arana, A., Savell, S., Reeves, L., Perez, C., Mora, A., & Bebart, V. (2017). Critical care air transport team evacuation of medical patients without traumatic injury. *Military Medicine*, 182(11), e1874-e1880. DOI: [10.7205/MILMED-D-17-00091](https://doi.org/10.7205/MILMED-D-17-00091).
- Manilha, R., Santiago, B., & Cunha e Sá (2015). Traumatismo cranioencefálico e vertebromedular. In P. Ponce & J.J. Mendes (Ed.), *Manual de Medicina Intensiva* (pp. 39-54). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Manita, M. (2015). Neuromonitorização. In P. Ponce & J.J. Mendes (Ed.), *Manual de Medicina Intensiva* (pp. 54-60). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- McCormack, B., & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 56 (5), 472–479. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x).
- 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. DOI: [10.1054/icon.2002.1611](https://doi.org/10.1054/icon.2002.1611).
- Mendes, A.P. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 1-23. DOI: [10.15359/ree.20-1.9](https://doi.org/10.15359/ree.20-1.9).
- Mendes, A.P. (2020). A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. *Escola Anna Nery*, 24(1), e20190056. DOI: [10.1590/2177-9465-ean-2019-0056](https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0056).
- Meyer, G., & Lavin, M. A. (2005). Vigilance: The essence of nursing. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 10(3), 8. DOI: [10.3912/OJIN.Vol10No03PPT01](https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol10No03PPT01)
- Mitchell, M.L., & Chaboyer, W. (2010). Family Centered Care – A way to connect patients, families and nurses in critical care: a qualitative study using telephone interviews. *Intensive Critical Care Nursing*, 26(3), 154-160. DOI: [10.1016/j.iccn.2010.03.003](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.03.003).
- Morabito, S., Pistolesi, V., Tritapepe, L., & Fiaccadori, E. (2014). Regional citrate anticoagulation for RRTs in critically ill patients with AKI. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 9, 2173–2188. DOI: [10.2215/CJN.01280214](https://doi.org/10.2215/CJN.01280214).
- Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à análise dos casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Nuñez, D., Gouveia, J., Almeida e Sousa, P., Paiva, J., Bento, L., Moreira, P., & Araújo, R. (2020). *Atualização da rede nacional de especialidade hospitalar e de referência – Medicina intensiva*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar - Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Lisboa: Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica.
- Olgers, T.J., Dijkstra, R.S., Drost-de Klerck, A.M., & Ter Maaten, J.C. (2017). The ABCDE primary assessment in the emergency department in medically ill patients: an observational pilot study. *The Netherlands Journal of Medicine*, 75(3), 106-111. Acedido a 05/12/2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28469050/>.
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de Doentes Críticos – Recomendações 2008*. Lisboa: Comissão da Competência em Emergência Médica.
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2016). *Rede de referência de medicina intensiva*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Petry, L., & Diniz, M. (2020). Communication between teams and the care transfer of critical patients. *Revista Rene*, 21, e43080. DOI: [10.15253/2175-6783.20202143080](https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143080)
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas E Científicas, Lda.
- Pluye, P., & Hong, Q. (2014). Combining the power of stories and the power of numbers: mixed methods research and mixed studies reviews. *Annual Review of Public Health*, 35(1), 29-45. DOI: [10.1146/annurevpublhealth-032013-182440](https://doi.org/10.1146/annurevpublhealth-032013-182440).
- Ponce, P. (2002). Cuidados intensivos. O paradigma da nova medicina tecnológica. *Análise Social*, 38(166), 139-153. Acedido em 26/09/2020. Disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218738074K1eRN3tw6Ar03NU4.pdf>
- Portaria n.º 82/2014 (2014). Estabelece os critérios que permitem categorizar os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde. *Ministério da*

- Saúde*. Diário da República, I Série (N.º 71 de 10/04/2014), 2364 – 2366. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/82/2014/04/10/p/dre/pt/html>.
- Portaria n.º 147/2016 (2016). Estabelece o processo de classificação dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do Serviço Nacional de Saúde e define o processo de criação e revisão das Redes de Referência Hospitalar. *Ministério da Saúde*. Diário da República, I Série (N.º 97 de 19/05/2016), 1616-1619. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/147/2016/05/19/p/dre/pt/html>.
- Potter, P., & Perry, A., (2006). *Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos* (5º Ed.). Loures: Lusociência - Edições Técnicas E Científicas, Lda.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República, II série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>.
- 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 e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República, II série (N.º 135 de 16-07-2018), 19359-19370. ELI: <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>.
- Regulamento n.º 964/2020 (2020). Transferência de utentes entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde. *Entidade Reguladora da Saúde*. Diário da República, II Série (Nº 214 de 03-11-2020), 115 – 121, ELI: <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/147432245/details/4/maximized?serie=II&dreId=147432177>.
- Renaud, I. (2010). O cuidado em enfermagem. *Pensar Enfermagem*. 14(1), 2-8. Acedido em 01/08/2021. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23958/1/2010\\_14\\_1\\_2-8%282%29.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23958/1/2010_14_1_2-8%282%29.pdf).
- Robichaux, C. (2012). Developing ethical skills: from sensitivity to action. *Critical Care Nurse*, 32(2), 65-72. DOI: [10.4037/ccn2012929](https://doi.org/10.4037/ccn2012929).
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se Pessoa* (6ª ed). Lisboa: Padrões Culturais.

- Ruivo, M.A., Ferrito, C., Nunes, L., & Estudantes do 7º CLE (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas, *Percursos*, 15, 1–37. Acedido em 04/10/2020. Disponível em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf).
- Sá, F., Botelho, M.A., & Henriques, M.A. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31-46. Acedido em 11/02/2020. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE\\_19\\_1sem2015\\_31\\_46.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf).
- Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Revista de Enfermagem Referência*, 11, 59-62. Acedido em 01/08/2021. Disponível em: [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2064&id\\_revista=5&id\\_edicao=10](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2064&id_revista=5&id_edicao=10).
- Silva, A.P. (2007). «Enfermagem Avançada»: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 55, 11-20.
- Sharafi, R., Ghahramanian, A., Sheikhalipour, Z., Ghafourifard, M., & Ghasempour, M. (2020). Improving the safety and quality of the intra-hospital transport of critically ill patients, *Nursing in Critical Care*. 1-9. DOI: [10.1111/nicc.12527](https://doi.org/10.1111/nicc.12527).
- Smith, D., & Bowden, T. (2017). Using the ABCDE approach to assess the deteriorating patient. *Nursing Standard*, 32 (14), 51-63. DOI: [10.7748/ns.2017.e11030](https://doi.org/10.7748/ns.2017.e11030).
- Tanner, C. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*. 45(6), 204-211. DOI: [10.3928/01484834-20060601-04](https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04).
- University of Calgary (2021). *ASPECTS score in acute stroke*. Canada: Alberta Stroke Program Early CT Score. Acedido em 20/02/2021. Disponível em: <http://www.aspectsinstroke.com/>
- Williams, P., Karupiah, S., Greentree, K., & Darvall, J. (2020). A checklist for intrahospital transport of critically ill patients improves compliance with transportation safety guidelines. *Australian critical care*, 33(1), 20-24. DOI: [10.1016/j.aucc.2019.02.004](https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.02.004).
- World Health Organization (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. Geneva: World Health Organization.





# ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO NO TRANSPORTE DA PSC

## 1. Transporte intra-hospitalar

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

Pontos	Nível	Acompanhamento	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Auxiliar	Nenhum	Nenhum
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Insuflador manual + Máscara + Guedel
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Monitor sinais vitais, Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada.

Baixo risco - Sem risco imediato de vida / sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.

Alto risco - Risco imediato de vida / necessidade de intervenção terapêutica imediata.

Adaptado de Etxebarria et al. (1998) citados por OM, & SPCI (2008)

## 2. Transporte inter-hospitalar

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

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

Baixo risco - Sem risco imediato de vida / sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.

Alto risco - Risco imediato de vida / necessidade de intervenção terapêutica imediata.



## **APÊNDICE I**

---

Cronograma

## CRONOGRAMA

### 3º Semestre

ANOS	2020						2021																	
	Novembro		Dezembro				Janeiro				Fevereiro				Março				Abril				Maio	
Meses	23	30	7	14	21	28	4	11	18	26	1	8	15	22	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3
Dias	27	/4	11	18	25	/1	8	15	22	29	5	12	19	26	5	12	19	26	/2	9	16	23	30	7
Relatório com Estágio	Integração		Elaboração e entrega JA				Elaboração e entrega de estudo de caso		Formação sobre RSMM (se aplicável)		Integração		Elaboração e entrega JA		Formação sobre RSMM		Elaboração e reformulação do relatório final				Entrega relatório final			
	Operacionalização do protocolo RSMM								Draft relatório parcial...		Elaboração documento final da RSMM				Draft relatório parcial...									

Contexto de estágio SU – SUMC Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca	
Contexto de estágio: UCI	
Elaboração do relatório final	
Período de férias	Natal 21/12 a 1/01
	Carnaval 15/02 a 17/02
	Páscoa 29/03 a 5/04

\* Incluir seminários ESEL

\*\* Incluir Congressos/Webinares

## **APÊNDICE II**

---

Objetivos específicos e atividades a desenvolver no SUMC

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES PARA ESTÁGIO SU

**Contexto:** Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

**Objetivo geral:** Desenvolver competências especializadas de enfermagem na promoção da segurança no transporte da PSC.

Objetivo específico	Atividades
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aprofundar conhecimentos de enfermagem especializados na área do transporte intra-hospitalar e inter-hospitalar da PSC e sua família.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atualizar e reforçar conhecimentos sobre a segurança da PSC e sua família em contexto de urgência e emergência;</li> <li>✓ Atualizar e reforçar conhecimentos sobre o transporte inter-hospitalar da PSC e sua família;</li> <li>✓ Operacionalizar o protocolo de RSMM sobre as intervenções da equipa multidisciplinar promotoras da segurança da PSC no transporte;</li> <li>✓ Assistir a congressos/<i>webinars</i> na área da PSC, transporte da PSC e/ou investigação em enfermagem;</li> <li>✓ Participar nos seminários organizados pela ESEL.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e sua família, na sua complexidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conhecer a estrutura física do serviço e dinâmica de trabalho da equipa de enfermagem do SU;</li> <li>✓ Colaborar na prestação de cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conhecer e implementar protocolos e procedimentos relacionados com a prestação de cuidados de enfermagem nas diferentes valências do serviço;</li> <li>○ Conhecer e implementar, se aplicável, o plano de emergência hospitalar do serviço;</li> <li>○ Comparar e implementar, protocolos e procedimentos relacionados com a COVID-19;</li> </ul> </li> <li>✓ Colaborar na prevenção e controlo de infeção no SU: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conhecer e implementar protocolos e procedimentos do PPCIRA aplicáveis no SU;</li> </ul> </li> <li>✓ Colaborar na prestação de cuidados à PSC e sua família a vivenciar processos de urgência ou emergência: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prestar cuidados à PSC em situação de urgência ou emergência (da triagem à transferência para local adequado às suas necessidades);</li> <li>○ Antecipar e prever focos de instabilidade;</li> <li>○ Atuar em situações de instabilidade, evitando complicações ou incidência de eventos adversos;</li> <li>○ Promover a comunicação com a PSC e sua família;</li> <li>○ Promover a continuidade dos cuidados (registo e transmissão de informação através dos meios informáticos disponíveis);</li> </ul> </li> <li>✓ Colaborar na prestação de cuidados à PSC e sua família a vivenciar processos de urgência e emergência a nível pré-hospitalar (no contexto de VMER).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e sua família ao longo das fases do transporte intra-hospitalar e inter-hospitalar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conhecer protocolos e procedimentos relacionados com o transporte e acompanhamento de doentes;</li> <li>✓ Colaborar na prestação de cuidados à PSC e sua família nas diferentes fases do transporte: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Intervir proactivamente no processo de tomada de decisão do transporte da PSC;</li> <li>○ Planear adequadamente o transporte da PSC, antecipando complicações;</li> <li>○ Atuar de forma segura ao longo do transporte da PSC, prevenindo e/ou corrigindo eventos adversos;</li> <li>○ Assegurar a continuidade dos cuidados à PSC e sua família;</li> </ul> </li> <li>✓ Planear, implementar e validar o processo de enfermagem da PSC e sua família, através da elaboração de um estudo de caso.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Refletir criticamente sobre a necessidade de competências especializadas em enfermagem na promoção da segurança no transporte da PSC e sua família.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar um jornal de aprendizagem sobre uma situação de cuidados de transporte da PSC (foco no transporte inter-hospitalar);</li> <li>✓ Promover momentos de <i>debriefing</i> e reflexão conjunta sobre situações de cuidados com colegas, enfermeiro orientador e docente orientador.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Contribuir para o aumento de conhecimentos da equipa de enfermagem na área do transporte da PSC e sua família.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificar necessidades formativas da equipa de enfermagem do SU;</li> <li>✓ Propor a realização de uma sessão de formação para divulgação de potenciais resultados da RSMM (se aplicável); <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Planear sessão de formação;</li> <li>○ Elaborar uma apresentação em <i>powerpoint</i> elucidativo dos principais conteúdos a transmitir à equipa de enfermagem;</li> <li>○ Avaliar e divulgar o impacto da formação;</li> </ul> </li> <li>✓ Contribuir para a reformulação do procedimento de transporte em vigor no serviço.</li> </ul>

## **APÊNDICE III**

---

Objetivos específicos e atividades a desenvolver na UCI

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES PARA ESTÁGIO UCI ESPECIALIZADA

**Contexto:** Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

**Objetivo geral:** Desenvolver competências especializadas de enfermagem na promoção da segurança no transporte da PSC

Objetivo específico	Atividades
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aprofundar conhecimentos de enfermagem especializados na área do transporte intra-hospitalar e inter-hospitalar da PSC e sua família.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atualizar conhecimentos sobre o transporte intra-hospitalar da PSC e sua família, em contexto de cuidados intensivos;</li> <li>✓ Aprofundar conhecimentos sobre o transporte (foco no transporte intra-hospitalar) de PSC em áreas especializadas (PSC com compromisso da função neurológica, PSC em contexto de trauma);</li> <li>✓ Elaboração do documento final da RSMM sobre as intervenções da equipa multidisciplinar promotoras da segurança da PSC no transporte;</li> <li>✓ Assistir a congressos/<i>webinars</i> relacionados com o transporte da PSC, transporte da PSC e/ou investigação em enfermagem;</li> <li>✓ Participar nos seminários organizados pela ESEL.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e sua família, na sua complexidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conhecer a estrutura física do serviço e dinâmica de trabalho da equipa de enfermagem da UCIP;</li> <li>✓ Conhecer e implementar protocolos e procedimentos relacionados com a prestação de cuidados de enfermagem na UCIP;</li> <li>✓ Colaborar na prevenção e controlo de infeção na UCIP:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conhecer e implementar protocolos e procedimentos do PPCIRA aplicáveis na UCIP;</li> <li>○ Maximizar a prevenção, intervenção e controlo de infeção na especificidade de cuidados na UCIP;</li> </ul> </li> <li>✓ Colaborar na prestação de cuidados à PSC e sua família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Implementar cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à PSC a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica;</li> <li>○ Administração de protocolos terapêuticos complexos;</li> <li>○ Demonstrar conhecimentos e habilidades em SAV e trauma;</li> <li>○ Promover a comunicação com a PSC e sua família (com foco em pessoa sob sedo-analgésia);</li> <li>○ Assistir a PSC e família nas perturbações emocionais decorrentes dos processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica;</li> <li>○ Promover a continuidade de cuidados.</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e sua família ao longo das fases do transporte (intra-hospitalar e inter-hospitalar).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conhecer protocolos e procedimentos relacionados com o transporte da PSC (se aplicável);</li> <li>✓ Colaborar na prestação de cuidados à PSC e sua família nas diferentes fases do transporte intra-hospitalar:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Intervir proactivamente no processo de tomada de decisão do transporte da PSC;</li> <li>○ Planear adequadamente o transporte da PSC, antecipando complicações;</li> <li>○ Atuar de forma segura ao longo do transporte da PSC, prevenindo e/ou corrigindo eventos adversos;</li> <li>○ Assegurar a continuidade dos cuidados à PSC e sua família.</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Refletir criticamente sobre a necessidade de competências especializadas em enfermagem na promoção da segurança no transporte da PSC e sua família.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar um jornal de aprendizagem sobre uma situação de cuidados de transporte da PSC (foco no transporte intra-hospitalar);</li> <li>✓ Promover momentos de <i>debriefing</i> e reflexão conjunta sobre situações de cuidados com colegas, enfermeiro orientador e docente orientador.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Contribuir para o aumento de conhecimentos da equipa de enfermagem na área do transporte da PSC e sua família.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificar necessidades formativas da equipa de enfermagem da UCIP</li> <li>✓ Propor a realização de uma sessão de formação para divulgação de resultados da RSMM;               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Planear sessão de formação;</li> <li>○ Elaborar uma apresentação em <i>powerpoint</i> elucidativo dos principais conteúdos a transmitir à equipa de enfermagem;</li> <li>○ Avaliar e divulgar o impacto da formação;</li> </ul> </li> <li>✓ Contribuir para a atualização/formulação do procedimento de transporte.</li> </ul>

## **APÊNDICE IV**

---

Acompanhamento da PSC no transporte inter-hospitalar e intra-hospitalar

# **ACOMPANHAMENTO DA PSC NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR E INTRA-HOSPITALAR**

## **1. Assunto**

Proposta de procedimento de orientação relativo ao acompanhamento da pessoa em situação crítica no processo de transporte inter-hospitalar e intra-hospitalar.

## **2. Âmbito**

Enfermeiros e Médicos de serviços de adultos do Hospital.

## **3. Objetivos**

- Uniformizar o processo de acompanhamento da pessoa em situação crítica no transporte inter-hospitalar e intra-hospitalar, de acordo com a evidência científica;
- Assegurar a manutenção do estado de saúde e a segurança da pessoa em situação crítica e dos profissionais de saúde durante o processo de transporte inter-hospitalar e intra-hospitalar;
- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde no acompanhamento da pessoa em situação crítica no transporte inter-hospitalar e intra-hospitalar;
- Promover a integração de novos profissionais de saúde nos serviços.

## **4. Termos e siglas**

- AAM – Auxiliar de Ação Médica
- BO – Bloco Operatório
- EPI – Equipamento de Proteção Individual
- MCDT – Meios complementares de diagnóstico e/ou terapêutica
- PSC – Pessoa em Situação Crítica
- SAV – Suporte Avançado de Vida
- SUG – Serviço de Urgência Geral
- UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

## 5. Conceitos

- Pessoa em situação crítica: Aquela cuja situação de saúde se agudizou, ficou gravemente doente ou ferida, não tendo a capacidade de manter a sua estabilidade fisiológica de forma independente ou apresentando um alto risco de desenvolver rapidamente instabilidade fisiológica, exigindo meios avançados de monitorização e terapêutica (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011).
- Transporte: Deslocação de uma pessoa, associado à realização de um cuidado de saúde, cujos estabelecimentos de origem e destino são estabelecimentos de saúde aptos a garantir a continuidade e nível de cuidados considerados adequados (Regulamento n.º 964/2020).
- Transporte inter-hospitalar: Entre instituições de saúde, com o objetivo de garantir um nível assistencial superior e/ou realização de MCDT (OM, & SPCI, 2008).
- Transporte intra-hospitalar: Para outros serviços/departamentos/unidades no interior da mesma instituição de saúde, com o objetivo de garantir um nível assistencial superior e/ou realização de MCDT (OM, & SPCI, 2008).

## 6. Fundamentação teórica

O transporte inter-hospitalar e intra-hospitalar são fundamentais na garantia da continuidade e nível de cuidados de saúde prestados à PSC, dada a reorganização e estratificação atual dos sistemas de saúde (Graça, Silva, Correia, & Martins, 2017; Regulamento n.º 964/2020).

O transporte da PSC está associado a um risco elevado de deterioração clínica da pessoa e ao aparecimento de eventos adversos (Sharafi, Ghahramanian, Sheikhalipour, Ghafourifard, & Ghasempour, 2020). Esta exposição da pessoa a riscos adicionais, exige recursos materiais e humanos diferenciados e proporcionais ao risco de falência de órgão (Freitas & Gomes, 2015), garantindo que a continuidade dos cuidados ocorre a um nível de qualidade nunca inferior ao da instituição de origem (OM & SPCI, 2008).

Não é aceitável qualquer deterioração do estado de saúde da pessoa, que não esteja diretamente relacionada com a sua doença de base e que se possa imputar ao seu transporte (OM, & SPCI, 2008; Intensive Care Society, 2019).

A principal preocupação durante o transporte da PSC deve ser a garantia de segurança de todos os intervenientes envolvidos neste processo (Intensive Care Society, 2019).

## 7. Pontos importantes

O transporte da PSC envolve **três fases** (OM, & SPCI, 2008):

- Decisão: É um ato médico, devendo esta ser favorável quando a condição clínica da pessoa o justifique, exista um pedido expresso da pessoa e/ou os benefícios do transporte sejam superiores aos riscos equacionáveis. A responsabilidade é, não só do médico que assiste a pessoa, mas também do chefe de equipa e do diretor de serviço. Inclui a obtenção do consentimento informado e informação à família.
- Planeamento: Da responsabilidade das equipas médicas e de enfermagem da instituição de origem e envolve a coordenação e comunicação entre diferentes intervenientes, a preparação do transporte (estabilização prévia da pessoa, seleção da equipa e do equipamento de monitorização, tipologia de transporte) e documentação.
- Efetivação: Assumida pela equipa de transporte, cujas responsabilidades técnica, ética e legal só cessam no momento da entrega da pessoa à equipa da instituição de destino ou no regresso à instituição de origem.

O acompanhamento durante o transporte deve ser decidido de acordo com os critérios objetivos obtidos mediante preenchimento da escala em vigor (IMP.1633/T.CA – Transporte Secundário e Terciário - Escala de Avaliação do Nível de Acompanhamento).

- O acompanhamento da pessoa no transporte é assegurado pelos profissionais da instituição de origem (exceto em situações específicas e quando devidamente coordenado entre instituições);
- Idealmente, um dos acompanhantes deve ser o Enfermeiro responsável pela pessoa, com experiência em SAV e devidamente treinado em transporte de PSC (Emergency Medical Services, 2019; Intensive Care Society, 2019);
- Um Médico e um Enfermeiro devem acompanhar a pessoa que apresente instabilidade fisiológica e que possa necessitar de intervenção emergente ou urgente (Intensive Care Society, 2019). O transporte intra-hospitalar para as UCI é realizado com acompanhamento de Médico, Enfermeiro e AAM;
- O transporte intra-hospitalar de pessoas cuja situação clínica é triada de acordo com critérios de Via Verde é realizado com acompanhamento de Médico, Enfermeiro e AAM;
- Quando a responsabilidade pelo cuidado da pessoa não pode ser transferida para a instituição de destino, a equipa de transporte deve

permanecer com esta até ao término da intervenção (OM, & SPCI, 2008; Intensive Care Society, 2019).

A mala de transporte utilizada no transporte inter-hospitalar e intra-hospitalar da PSC, com acompanhamento Médico e de Enfermeiro, deve ter a composição apresentada no procedimento PR.0016/T.CR. (excetuando as UCI). Esta deve ser solicitada ao SUG, juntamente com um monitor desfibrilhador. É fundamental que a mala de transporte seja revista periodicamente, à semelhança do carro de urgência, e que seja resposta imediatamente após a sua utilização (OM, & SPCI, 2008). A equipa que realiza o transporte deverá estar familiarizada com a composição da mala de transporte e o equipamento de monitorização (Emergency Medical Services, 2019).

O registo de incidentes relacionados com o transporte inter-hospitalar e intra-hospitalar deve efetuar-se na plataforma Notificação e Gestão de Ocorrências, após o transporte.

## 8. Sequência lógica

### 8.1. Decisão e coordenação do transporte

Compete ao Médico responsável/Chefe de equipa:

- Decisão do transporte;
- Contato prévio com instituição de destino, com confirmação da data e hora do transporte;
- Garantir a utilização de EPI adequado, por todos os profissionais envolvidos no transporte, notificando a instituição de destino;
- Fornecer informação à pessoa e sua família, obtendo consentimento informado;
- Assegurar a realização de registos no processo clínico, em todas as fases do transporte;
- Providenciar a documentação necessária, que acompanha a pessoa, relevante para a continuidade da prestação dos cuidados de saúde.

### 8.2. Planeamento

Compete ao Enfermeiro responsável/Chefe de equipa:

Pessoa certa
<ul style="list-style-type: none"><li>• Confirmar a correta identificação da pessoa (PR.0010/T.CA – Identificação Inequívoca de Utentes);</li><li>• Conhecer a informação clínica da pessoa, motivo de transporte e instituição de destino;</li><li>• Estabilizar previamente a pessoa e antecipar necessidades, de acordo com uma abordagem ABCDE, de modo a assegurar a minimização dos riscos inerentes ao transporte:</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pessoas com necessidade de via aérea avançada devem ser submetidas a entubação endotraqueal. Deve ser confirmado o nível à comissura labial. O tubo endotraqueal deve estar bem fixo e adaptado a capnógrafo (idealmente);</li> <li>○ Em pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva, deve ser otimizado a sedação, analgesia e curarização. Deve ser garantida uma avaliação gasimétrica prévia ao transporte (de preferência, com pessoa conectada a ventilador de transporte);</li> <li>○ Garantir fonte de oxigênio suficiente para o transporte e aspirador de secreções portátil;</li> <li>○ Um insuflador manual e máscara adaptada ao tamanho da pessoa devem estar preparados caso surja uma falha no ventilador de transporte ou uma extubação acidental;</li> <li>○ Pessoas com drenos torácicos devem ser submetidos à colocação de válvulas anti refluxo, conectados a sacos estéreis;</li> <li>○ A monitorização hemodinâmica deve ser colocada de forma visível para a equipa durante todo o transporte. Pessoas com risco elevado de desenvolver disritmia devem ser monitorizadas com elétrodos multifunções;</li> <li>○ Os acessos venosos devem ser confirmados quanto à sua permeabilidade, fixos (incluindo fixação de prolongamentos, se necessário) e colocados de forma redundante. Deve ser equacionada a necessidade de colocação de cateter venoso central;</li> <li>○ Os fármacos de ressuscitação devem estar facilmente acessíveis;</li> <li>○ Todos os fármacos em perfusão devem estar bem identificados e as seringas infusoras colocadas em local de fácil acesso (para suspensão ou alteração de ritmos de perfusão) durante o transporte;</li> <li>○ Os fármacos e fluidos, cuja utilização seja previsível durante o transporte, devem ser previamente preparados e corretamente identificados;</li> <li>○ Avaliação do nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow) ou nível de sedação (RASS);</li> <li>○ Evitar exposição prolongada da pessoa, garantindo a sua privacidade e manutenção da temperatura corporal. Usar mantas aquecidas e/ou soros aquecidos, se necessário;</li> <li>○ Suspender administração de alimentação entérica. A sonda nasogástrica ou orogástrica deve ser colocada em drenagem passiva previamente ao transporte;</li> <li>○ Todos os frascos e sacos de drenagem devem ser esvaziados antes do transporte;</li> <li>○ Garantir informação à família.</li> </ul>
<b>Serviço certo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir que o contato com a instituição de destino foi realizado, avaliando a distância a percorrer e estimar o respetivo tempo de percurso.</li> </ul>
<b>Equipa certa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir uma equipa adequada para o transporte, capaz de manter a vigilância da pessoa durante todo o processo de transporte.</li> <li>• A equipa de transporte deve ter formação específica em SAV e treino regular em transporte de PSC.</li> </ul>
<b>Transporte certo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir o meio de transporte mais adequado à situação clínica da pessoa (transporte “emergente”, “urgente” ou “eletivo”).</li> </ul>
<b>Equipamento certo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir a utilização de EPI adequado por todos os profissionais envolvidos, notificando instituição de destino;</li> <li>• O equipamento de transporte deve ser uniformizado para todo o hospital, de modo a que a equipa que transporta a pessoa tenha experiência na sua utilização;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantir os meios necessários de suporte e vigilância da pessoa (via área, ventilação, monitorização e mala de transporte), assim como a sua operacionalidade (todo o equipamento elétrico deve estar conectado a fonte de energia sempre que possível; <i>check-list</i> de verificação frequentes).</li> </ul>
<b>Documentação certa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registar intervenções, parâmetros de avaliação realizados durante o transporte, fármacos administrados e toda a informação considerada relevante e providenciar para que esta seja digitalizada e introduzida no processo clínico eletrónico;</li> <li>Assegurar que toda a documentação (processo clínico, exames laboratoriais, MCDT...) acompanham a pessoa até à instituição de destino;</li> <li>Assegurar a continuidade dos cuidados de saúde através da transmissão formal de informação clínica à instituição/serviço/unidade recetora (metodologia <b>ISBAR</b>: <i>I (identificação) – S (situação) – B (background) - A (avaliação) - R (recomendação)</i>).</li> <li>Preencher o impresso de registo de incidentes críticos relacionados com o transporte de pessoas.</li> </ul>

É da competência do Administrativo:

- Providenciar o transporte de acordo com os requisitos requeridos e informar o requerente do tempo de resposta previsto;
- Preparar a documentação e MCDT necessários para o transporte da pessoa, de acordo com o solicitado;
- Assegurar que o espólio acompanha a pessoa;
- Informar a família de acordo com as orientações recebidas do Médico responsável/Chefe de equipa;
- Digitalizar e inserir no processo clínico todos os documentos inerentes ao processo de transporte da pessoa.

### 8.3. Efetivação

Durante o transporte inter-hospitalar e intra-hospitalar, o nível de cuidados não deve nunca ser inferior ao verificado na instituição de origem. Assim, a pessoa deve manter o grau de monitorização e/ou vigilância que possuem no serviço de origem. Por definição, a pessoa deve ser reavaliada sempre que ocorra uma mudança de local e após qualquer intervenção (OM, & SPCI, 2008).

Na mudança da cama para a maca de transporte, manter monitorização, ventilação e terapêutica com o material do serviço de origem, de modo a diminuir o risco de incidência de eventos adversos. Posteriormente, substituir equipamento pelo que irá ser utilizado ao longo do transporte. Durante cada procedimento, e antes de sair do local de origem, a equipa de transporte deverá efetuar uma cuidadosa abordagem ABCDE da pessoa, confirmando linhas, tubos e cateteres, assegurando a sua fixação e permeabilidade. Especificamente para o transporte inter-hospitalar, deve

ser efetuada nova reavaliação dentro do meio de transporte. Por fim, deve manter-se uma reavaliação ABCDE frequente durante o transporte e após chegada à instituição de destino.

### 8.3.1. Equipamento de suporte e monitorização

O equipamento utilizado para o transporte deve ser específico para esse efeito, ou seja, deve ser material pequeno, portátil, durável e resistente. O equipamento não deve ser colocado em cima da maca/cama da pessoa, mas ser especialmente desenhado para ser aplicado em *trolley* ou na própria maca, de forma segura e que possibilite a visualização constante por parte da equipa de transporte (OM, & SPCI, 2008).

- Ventilador de transporte (com possibilidade de monitorização do volume/minuto e da pressão da via aérea, capacidade de fornecer PEEP e regular FIO2 de forma fiável, alarmes de desconexão e pressão máxima na via aérea);
- Aspirador de secreções portátil;
- Fonte de oxigénio, com capacidade previsível para todo o tempo de transporte e com reserva adicional para 30 minutos - Capacidade de oxigénio:  $(\text{Pressão} \times \text{Capacidade}) / \text{Débito O}_2$ ).
- Monitor de transporte com monitorização adequada à situação clínica da pessoa (ou monitor/desfibrilhador, se adequado);
- Mala de transporte (com material de via aérea básica e avançada e insuflador manual com válvula de PEEP);
- Fármacos de ressuscitação (e fármacos adicionais necessários ou específicos para terapêuticas continuadas ou intermitentes pré-programadas);
- Fármacos em perfusão, seringas ou bombas infusoras com bateria (e cabos de alimentação);
- Equipamento de comunicação (permitindo contactos entre os hospitais de origem e destino).

### 8.3.2. Monitorização durante o transporte

A monitorização durante o transporte deve ocorrer de forma contínua e com registo periódico.

- Nível 1 (obrigatório): Frequência respiratória; FIO2; Oximetria de pulso; ECG contínuo; Frequência cardíaca; Pressão arterial não invasiva; Pressão da via aérea e capnografia (em pessoas sob ventilação mecânica);

- Nível 2 (fortemente recomendado): Medição contínua da pressão arterial invasiva; ECG com detecção de arritmias;
- Nível 3 (ideal, em pessoas selecionadas pelo seu estado clínico): Medição contínua ou intermitente da pressão venosa central; Medição da pressão da artéria pulmonar; Medição da pressão intracraniana; Temperatura corporal.

### 8.3.3. Transmissão de informação

São inúmeros os fatores humanos, técnicos e organizacionais que influenciam a transmissão de informação clínica num transporte (Intensive Care Society, 2019).

A informação clínica da pessoa deve ser escrita, garantindo a sua legibilidade (o ideal é que as notas de transferência sejam redigidas em computador e impressas, acompanhando a documentação da pessoa). No entanto, nas diversas situações em que a transmissão de informação seja efetuada verbalmente, deve ser estruturada de acordo com a metodologia ISBAR (DGS, 2017):

- I (identificação): O profissional de saúde responsável pela pessoa deve identificar-se e identificar a quem transmite a informação. A pessoa deve igualmente ser devidamente identificada (nome, data de nascimento e/ou número de processo clínico);
- S (situação): Descrição da situação de saúde atual e motivo do transporte;
- B (background): Antecedentes pessoais, contextualização de dados clínicos relevantes e diretivas antecipadas de vontade;
- A (avaliação): Informações sobre a condição clínica da pessoa, estratégias de diagnóstico e tratamento, terapêutica instituída e informações relativas à evolução clínica da pessoa durante o transporte;
- R (recomendações): Atitudes e plano terapêutico julgados adequados à situação clínica da pessoa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach*. (2<sup>nd</sup> ed). New York: Springer Publishing.

Bergman, L., Pettersson, M., Chaboyer, W., Carlstrom, 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. DOI: [10.1016/j.aucc.2018.12.003](https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.12.003).

Direção Geral da Saúde (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Emergency Medical Services (2019). *Guide for interfacility patient transfer*. Washington DC: National Highway Traffic Safety Administration.

Freitas, P., Gomes, S. (2015). Transporte do doente crítico. In P. Ponce & J.J. Mendes (Ed.), *Manual de Medicina Intensiva* (pp. 529-535). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Graça, A., Silva, N., Correia, T., Martins, M. (2017). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (15), 133–144. DOI: [10.12707/RIV17042](https://doi.org/10.12707/RIV17042).

Intensive Care Society (2019). *Guidance on: The transfer of the critically ill adult*. United Kingdom: Faculty of Intensive Care Medicine.

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

Regulamento n.º 964/2020 (2020). Transferência de utentes entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde. *Entidade Reguladora da Saúde*. Diário da República, II Série (Nº 214 de 03-11-2020), 115 – 121, ELI: <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/147432245/details/4/maximized?serie=II&dreId=147432177>.

Sharafi, R., Ghahramanian, A., Sheikhalipour, Z., Ghafourifard, M., & Ghasempour, M. (2020). Improving the safety and quality of the intra-hospital transport of critically ill patients, *Nursing in Critical Care*. 1-9. DOI: [10.1111/nicc.12527](https://doi.org/10.1111/nicc.12527).

## **APÊNDICE V**

---

Planeamento e efetivação do transporte da PSC

## IDENTIFICAÇÃO

Nome completo: \_\_\_\_\_

Vinheta identificativa

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° Processo Clínico: \_\_\_\_\_

<b>Diagnóstico/Motivo de transporte:</b>			
Serviço de origem		Data:	
Médico responsável:		Hora de pedido de transporte:	
Hospital de destino:		Hora de saída:	
Serviço recetor/Médico contactado:		Hora de chegada ao destino:	

## HISTÓRIA DE SAÚDE

Antecedentes pessoais:	
<b>Alergias:</b>	

## PLANEAMENTO

### A - VIA AÉREA

<p><b>Permeável ___ / Não permeável ___</b> Estridor ___ Gorgolejo ___ Ressonar ___ Asfixia ___</p> <p style="text-align: center;"><b>Aspiração de secreções</b></p> <p>Tipo: _____ Consistência: _____ Quantidade: _____</p>	<p><b>Via aérea adjuvante</b></p> <p>Tubo nasofaríngeo N° ___ Tubo orofaríngeo N° ___ Máscara laríngea N° ___ Outro _____</p>	<p><b>Via aérea definitiva</b></p> <p>Tubo endotraqueal N° ___ Nível: ___ Colocado a: ___/___/___ Traqueostomia N° ___ (Cuff: _____ Colocada a: ___/___/___)</p>
Imobilização cervical: ___ Plano duro: ___ Coquille: ___ Talas: _____ Hora de colocação: _____ Por: _____		

### B - VENTILAÇÃO

<p><b>FR ___ cpm</b> <b>SPO<sub>2</sub> ___ %</b> <b>ETCO<sub>2</sub> ___ mmHg</b></p>	<p><b>O<sub>2</sub> Suplementar ( ___ l/min)</b> Por _____</p>	<p>Sinais de dificuldade respiratória: Cianose ___ Adejo nasal ___ Tiragem ___ Músculos acessórios ___ Respiração paradoxal ___ Outros _____</p>
<p><b>Inspeção:</b> Padrão respiratório (torácico ___ diafragmático ___ abdominal ___); Simetria _____  <b>Auscultação:</b> Sibilos ___ Crepitações ___ Roncos ___ Murmúrio ausente ___; Localização: _____  <b>Palpação:</b> Dor ___ Enfisema SC ___ Malformações/Alterações ___ Massas ___; Localização: _____  <b>Percussão:</b> Pneumotórax ___ Derrame pleural ___                  (Dreno torácico (localização: _____ Aspiração _____ Nível ___ Conteúdo _____))</p>		
<p><b>Ventilação mecânica</b></p> <p>Modo _____ FIO<sub>2</sub> ___ FR ___ PEEP ___ PIP ___ VC ___ VM ___ I:E ___</p>		<p><b>Ventilação Não Invasiva</b></p> <p><b>BIPAP</b> (IPAP ___ EPAP ___ FR ___ FIO<sub>2</sub> ___) <b>CPAP</b> (FIO<sub>2</sub> ___ FR ___ PEEP ___)</p>
<p><b>Gasimetria</b> ( ___ h ): pH ___ PCO<sub>2</sub> ___ PO<sub>2</sub> ___ HCO<sub>3</sub> ___ BE ___ Lactatos _____</p>		<p>SNG/SOG N° ___ Colocada a ___/___/___ Troca a ___/___/___ Abdómen distendido/timpanizado (última dejeção: _____)</p>

### C - CIRCULAÇÃO

<p><b>FC ___ bpm</b> Pulso regular ___ Irregular ___ Cheio ___ Fino ___</p> <p><b>TA _____ mmHg ; MAP _____ mmHg</b> ECG (ritmo): _____</p>	<p><b>Pele</b></p> <p>Rosada ___ Pálida ___ Cianosada ___ Marmoreada ___ <b>TPC</b> &lt; 2seg ___ &gt; 2 seg ___</p>	<p><b>Débito urinário: ___ ml/h</b> Micção espontânea ___ Algaliado ___ (Algália N° ___ Colocada a ___/___/___ Troca a ___/___/___) <b>Hemorragias</b> externa ___ interna ___ (Localização: _____)</p>
---	--	---

#### ACESSOS:

CVC via \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ lúmens) Colocado a: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 LA via \_\_\_\_\_ Colocado a: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 CVP calibre n° \_\_\_ localizado a \_\_\_\_\_ Colocado a: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 CVP calibre n° \_\_\_ localizado a \_\_\_\_\_ Colocado a: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 IO localizado a \_\_\_\_\_ Colocado a: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### MEDICAÇÃO:

\_\_\_\_\_

### D - DISFUNÇÃO

<b>GCS</b> (O_ , V_ , M_ ) = _	Nível de sedação: _____
<b>Dor</b> nível _____ (escala _____) Analgésico: _____	
<b>Glicemia</b> ___ mg/dl (insulina: _____)	<b>Cetonemia</b> ___ mmol/l
<b>Pupilas</b> isocóricas/isoreativas ___ anisocoria ___ midríase ___ miose ___	
<b>HIC</b> (hipertensão ___ Bradicardia ___ Resp irregular ___ ) / <b>PIC</b> ___ mmHg	
<b>Sinais focais</b> - Força muscular 4 membros: Déficits sensorio motores:	
<b>Convulsões:</b>	

### E - EXPOSIÇÃO

<b>Temperatura</b> ___ °C (antipirético _____ às _____ h)	<b>Feridas</b>
<b>Tipo/ Localização</b>	<b>Penso</b>

**F - FAMÍLIA**

Pessoa de referência (parentesco):	Contacto:	Informação transmitida:
------------------------------------	-----------	-------------------------

**VERIFICAÇÃO**

Pessoa certa		Serviço certo		Transporte certo	
Identificação da pessoa (pulseira)		Confirmação do contacto com o serviço recetor		Tipo de ambulância adequado	
Consentimento informado				Confirmação da hora de saída	
Informação à família		Confirmação da hora de chegada			
Pessoa com vestuário adequado					
Equipamento certo			Documentação certa		
Ventilador de transporte		Aspirador de secreções portátil (confirmar na ambulância)		Folha de registo de transporte	
Fonte de O <sub>2</sub> capacidade de O <sub>2</sub> = (pressão X capacidade) / débito O <sub>2</sub>		Monitor de transporte/ desfibrilhador (com pás multifunções compatíveis)		Nota de transferência enfermagem	
Mala de transporte		Fármacos de ressuscitação		Nota de transferência médica	
Seringas/bombas infusoras (cabos de alimentação para 220v)		Outros fármacos considerados		Processo clínico	
Fixação correta de equipamento		<b>Equipamento de proteção individual</b>		MCTS (análises, exames de imagem, ECG...)	
Equipa certa		Nível de acompanhamento adequado		Profissionais com formação em SAV	

**EFETIVAÇÃO**

Sinais vitais durante o transporte							Outros parâmetros		
Hora	SPO <sub>2</sub>	FR	FC	TA (MAP)	Dor	T°	ETCO <sub>2</sub>	GCS	Glicemia
h									
h									
h									
h									
Intervenções clínicas durante o transporte									
<b>A</b>									
<b>B</b>									
<b>C</b>									
<b>D</b>									
<b>E</b>									
<b>F</b>									
<b>Outros registos:</b>									

**EQUIPA DE TRANSPORTE**

<b>Médico:</b>	Nº Ordem/Nº Mec:	<b>Enfermeiro:</b>	Nº Ordem/Nº Mec:
----------------	------------------	--------------------	------------------

**EQUIPA RECETORA**

<b>Médico:</b>	Nº Ordem/Nº Mec:	<b>Enfermeiro:</b>	Nº Ordem/Nº Mec:
----------------	------------------	--------------------	------------------

## **APÊNDICE VI**

---

Poster: Intervenções na promoção da segurança no transporte da PSC

# Intervenções na promoção da segurança no transporte da pessoa em situação crítica

Ana Raquel Matias<sup>1</sup>; Edgar Pires<sup>2</sup>; Florinda Galinha de Sá<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Mestranda em Enfermagem, Enfermeira Generalista do Serviço de Medicina Intensiva; <sup>2</sup> Mestrado em Enfermagem na Área da Pessoa em Situação Crítica, Enfermeiro Especialista do Serviço de Urgência Geral; <sup>3</sup> Doutoramento em Enfermagem, Professora Adjunta da ESEL

## I Introdução

O transporte inter-hospitalar e intra-hospitalar é fundamental na continuidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, dada a reorganização e estratificação atual dos sistemas de saúde.<sup>1,2</sup> É percebido pelos enfermeiros como um cuidado exigente, diferenciado e potencialmente inseguro, visto que está associado a um risco elevado de deterioração clínica da pessoa e ao aparecimento de eventos adversos.<sup>1,3,4</sup> Envolve as fases de decisão, planeamento e efetivação<sup>5</sup> e exige recursos humanos, materiais e temporais, num sentido de responsabilidade compartilhada da equipa multidisciplinar.<sup>5,7,8</sup> Deste modo, a segurança de todos os intervenientes envolvidos neste processo deve ser uma prioridade e suportada por uma prática baseada na evidência<sup>9</sup>, de modo a otimizar a intervenção da equipa multidisciplinar no cuidado à pessoa em situação crítica.<sup>5,8,10,11</sup>

### Objetivos:

- ✓ Uniformizar o processo de acompanhamento no transporte da pessoa em situação crítica, de acordo com a evidência científica;
- ✓ Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde;
- ✓ Aplicar a escala de avaliação de risco do transporte<sup>5</sup>;
- ✓ Promover a integração de novos profissionais de saúde nos serviços.
- ✓ Assegurar a manutenção do estado de saúde e a segurança da pessoa em situação crítica e da equipa multidisciplinar durante o processo de transporte;

## II Seis do transporte seguro

### Pessoa

- ✓ Identificar inequivocamente a pessoa, obter consentimento informado e informar a família;
  - ✓ Conhecer a informação clínica, motivo de transporte e serviço de destino;
  - ✓ Aplicar a escala de avaliação de risco do transporte<sup>5</sup>;
  - ✓ Estabilizar previamente e antecipar necessidades:
- A** - Garantir permeabilidade da via aérea (ponderar entubação endotraqueal, com leitura de capnografia, se disponível, confirmação do nível do tubo à comissura labial e fixação adequada);
- Fonte de oxigénio suficiente: Capacidade de oxigénio: (Pressão x Capacidade) / Débito O<sub>2</sub>;
  - Garantir ventilador, aspirador de secreções portátil, insuflador manual e respetiva máscara adaptada ao tamanho da face da pessoa;
- B** - Garantir avaliação gasimétrica previamente ao transporte;
- Colocar válvulas anti-refluxo em drenos torácicos e adaptar a sacos esterilizados;
  - Monitorização hemodinâmica contínua, visível e de fácil acesso para a equipa multidisciplinar;
  - Colocar elétrodos multifunções em pessoas com risco elevado de desenvolver disritmias;
  - Colocar e fixar de forma redundante acessos venosos (incluindo fixação de prolongamentos). Ponderar colocação da cateter venoso central;
- C** - Manter fármacos facilmente acessíveis e identificados de forma inequívoca;
- Monitorizar débito urinário (ponderar algaliação, se aplicável);
  - Suspender administração de alimentação entérica (avaliar o volume gástrico residual e agir em conformidade). Esvaziar frascos/sacos de drenagem previamente ao transporte;
- D** - Avaliar nível de consciência/sedação e dor, agindo em conformidade;
- Otimizar analgesia, sedação e curarização em pessoas submetidas a ventilação mecânica;
- E** - Evitar exposição prolongada da pessoa, garantindo a sua privacidade e manutenção da temperatura corporal (usar mantas/soros aquecidos).

### Equipa

- ✓ Garantir uma equipa multidisciplinar cujo perfil de conhecimentos e competências permita manter a vigilância da pessoa e atuar face a eventos adversos, garantindo a segurança durante todo o processo:

#### Conhecimentos

- Abordagem à pessoa em situação crítica;
- Princípios do transporte seguro/prevenção de infeção/legislação em vigor;
- Formação em SAV.

#### Competências

- Correta utilização do equipamento de ventilação e monitorização;
- Experiência em SAV;
- Prevenção de complicações e resolução de problemas.

#### Atitudes e comportamentos

- Trabalho em equipa;
- Liderança;
- Comunicação e continuidade dos cuidados;
- Reflexão;
- Melhoria contínua da qualidade dos cuidados

### Serviço

- ✓ Garantir que o contato com o serviço de destino é realizado, avaliar a distância a percorrer e estimar o respetivo tempo de percurso.

### Transporte

- ✓ Garantir o meio de transporte mais adequado à situação clínica da pessoa.

### Documentação

- ✓ Garantir que toda a documentação (processo clínico, exames laboratoriais e de diagnóstico) acompanha a pessoa;
- ✓ Registrar parâmetros de avaliação, intervenções realizadas, fármacos administrados e toda a informação considerada relevante de forma periódica durante o transporte;
- ✓ Garantir a continuidade dos cuidados de saúde através da transmissão formal de informação clínica - metodologia ISBAR<sup>13</sup>

I (identificação) – S (situação atual) - B (background) - A (avaliação) – S (situação) – R (recomendações)

### Equipamento

- ✓ Garantir a utilização de equipamento de proteção individual adequado para toda a equipa multidisciplinar;
- ✓ Garantir os meios necessários de suporte e vigilância à pessoa (via área, ventilação, monitorização e mala de transporte);
- ✓ Conhecer o equipamento, confirmar autonomia de dispositivos médicos (monitor/desfibrilhador, bombas e seringas infusoras, videolaringoscópio, LUCAS) e verificar corrente elétrica no meio de transporte selecionado;
- ✓ Não colocar equipamento em cima da maca/cama (aplicar em trolley).

## III Conclusão

A segurança da pessoa surge como um desafio à prática de cuidados,<sup>9</sup> na medida em que não é aceitável qualquer deterioração do estado de saúde da pessoa, que não esteja diretamente relacionada com a sua doença de base e que se possa imputar ao seu transporte.<sup>4,5,7</sup> No entanto, o transporte da pessoa em situação crítica origina um ambiente altamente desafiador e stressante nos contextos de prestação de cuidados, mesmo para equipas multidisciplinares experientes.<sup>1,3,6</sup> Esta exposição da pessoa a riscos adicionais, exige recursos materiais e humanos diferenciados e proporcionais ao risco de falência de órgão,<sup>7</sup> garantindo que a continuidade dos cuidados ocorre a um nível de qualidade nunca inferior ao do serviço ou instituição de origem<sup>8</sup>. Nesse sentido, importa promover uma cultura de segurança nos contextos, assim como no seio da equipa multidisciplinar, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade de cuidados de saúde à pessoa e sua família.<sup>3,5,6</sup>

## IV Referências Bibliográficas



SCAN ME