



CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM ENFOQUE NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR NOS DIFERENTES CONTEXTOS

Francisco Daniel Ribeiro Pinto

Outubro de 2023
Porto



Escola Superior
Saúde
Santa Maria

**CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM ENFOQUE NO
TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR NOS
DIFERENTES CONTEXTOS**

Francisco Daniel Ribeiro Pinto

Orientador: Professor Mestre Abel Viveiros

Relatório de estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica:
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica orientado pelo Professor Abel Viveiros e
apresentado à Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Outubro de 2023

Porto

“Se podes olhar, vê. Se podes ver, repara”

(José Saramago)

AGRADECIMENTOS

O meu enorme agradecimento à minha namorada, Márcia Carneiro, à minha mãe Fátima Cidade e ao meu irmão Rúben Pinto, por todo o apoio e dedicação.

Ao meu orientador, Professor Abel Viveiros pela disponibilidade, rigor, conhecimento e partilha demonstrada ao longo de todo este percurso.

A todos os professores e convidados que lecionaram no decorrer do mestrado.

Por último, não menos importantes, aos enfermeiros tutores que me acompanharam nos ensinamentos clínicos, por toda a dedicação, partilha, compreensão, apoio, observações e partilha de conhecimentos.

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

- AVC - Acidente Vascular Cerebral;
- BIS - Índice Bispectral;
- BO - Bloco Operatório;
- BPS - Behavioral Pain Scale;
- COS - Comandante das Operações de Socorro;
- CVC - Cateter Venoso Central;
- DGS - Direção-Geral da Saúde;
- ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control;
- ECMO - Oxigenação por Membrana Extracorporal;
- EEMC - Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- ESSSM - Escola Superior de Saúde de Santa Maria;
- FC - Frequência Cardíaca;
- FiO_2 - Fração Inspirada de Oxigênio;
- FR - Frequência Respiratória;
- IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde;
- ICS - Infecções da Corrente Sanguínea;
- ITU - Infecção do Trato Urinário;
- KPC - Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase;
- NE - Nutrição Entérica;
- OE – Ordem dos Enfermeiros;
- O_2 – Oxigênio;
- PAI - Pneumonia Associada à Intubação;
- PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção;
- PCR - Paragem Cardiorrespiratória;
- PEE - Plano de Emergência Externa;
- PEEP - Pressão Expiratória Final Positiva;
- PIA - Pressão Intra-Abdominal;
- PMEP - Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil;
- PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes;
- PSC - Pessoa em Situação Crítica;
- PSI - Plano de Segurança Interno;

RASS - Escala de Agitação-Sedação de Richmond;
REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro;
SAV – Suporte Avançado de Vida;
SE - Sala de Emergência;
SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde;
SMI – Serviço de Medicina Intensiva;
SMIs - Serviços de Medicina Intensiva;
SNG - Sonda Nasogástrica;
SNS - Sistema Nacional de Saúde;
SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos;
 SPO_2 - Saturação Periférica dos Tecidos;
STP - Sistema de Triagem de Prioridades;
SU – Serviço de Urgência;
SUP - Serviço de Urgência Polivalente;
TIH - Transporte Intra-hospitalar;
TM - Triagem de Manchester;
TOF - Train Of Four;
TSRC - Técnica de Substituição Renal Contínua;
UP - Úlcera de Pressão;
VMI - Ventilação Mecânica Invasiva;
VNI - Ventilação Não Invasiva.

RESUMO

O presente relatório de estágio intitulado “Cuidado Especializado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com enfoque no Transporte Intra-Hospitalar nos diferentes contextos”, está inserido no 1º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica no ramo da Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Escola Superior de Saúde de Santa Maria (ESSSM) em parceria com a Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. Com a sua elaboração, pretendo demonstrar o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) na área da PSC com enfoque no Transporte Intra-Hospitalar (TIH) e evidenciar o desenvolvimento de competências de análise crítico-reflexiva com vista à obtenção do grau académico de mestre, através da sua apresentação e discussão pública. Neste percurso, realizei três ensinamentos clínicos em diferentes contextos, designadamente: ensino clínico I – Urgência Polivalente, ensino clínico II – Cuidados Intensivos Polivalente e o ensino clínico intitulado “estágio com relatório” dividido em dois módulos, em que no módulo II elaborei um projeto de autoformação, com vista a poder prestar cuidados especializados de enfermagem à PSC com enfoque no TIH.

O TIH é executado de forma frequente pelos profissionais que cuidam da PSC, quer seja pela necessidade da realização de exames complementares de diagnóstico, transferências internas ou tratamentos que exijam salas com meios específicos. Ao longo deste procedimento a pessoa está sujeita aos riscos associados à sua deslocação, sendo possível, através de um conjunto de intervenções diminuir a probabilidade da ocorrência de eventos adversos. O enfermeiro EEMC na área de enfermagem à PSC, com as competências que lhe são reconhecidas, dispõe de um conjunto de capacidades que permitem identificar os riscos, atuar sobre os mesmos e modificar o desfecho de toda a situação.

A metodologia usada ao longo do desenvolvimento deste relatório de estágio, será descritiva e crítico-reflexiva, tendo por base evidência científica para o tema em questão. Este documento será elaborado segundo as normas de formatação de dissertações de Mestrado da ESSSM, e as referências bibliográficas efetuadas segundo as normas APA 7.º edição.

Palavras-chave: Enfermeiros; Competência profissional; Especialização; Transporte de pacientes.

ABSTRACT

This internship report, entitled "Specialized Nursing Care for the Critically Ill Person with a focus on Intra-Hospital Transport in different contexts", is part of the 1st Master's Degree course in Medical-Surgical Nursing in the field of the Critically Ill Person (PSC), run by the Escola Superior de Saúde de Santa Maria (ESSSM) in partnership with the Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. I intend to demonstrate the development of common and specific competencies for nurses specializing in Medical-Surgical Nursing (EEMC) in the area of PSC, with a focus on Intra-Hospital Transport (TIH), and to show the development of critical-reflective analysis competencies with a view to obtaining a master's degree, through its presentation and public discussion. During this course, I carried out three clinical courses in different contexts, namely: clinical course I - Multipurpose Emergency Department, clinical course II - Multipurpose Intensive Care Unit and the clinical course entitled "internship with report" divided into two modules, in which in module II I drew up a self-training project, with a view to being able to provide specialized nursing care for PSC with a focus on TIH.

TIH is frequently carried out by professionals who care for PSC, whether it's due to the need to carry out complementary diagnostic tests, internal transfers or treatments that require rooms with specific means. Throughout this procedure, the person is subject to the risks associated with their journey and it is possible, through a series of interventions, to reduce the likelihood of adverse events occurring. The EEMC nurse in the area of PSC nursing, with the competences recognized, has a set of skills that allow them to identify the risks, act on them and change the outcome of the whole situation.

The methodology used throughout the development of this internship report will be descriptive and critical-reflective, based on scientific evidence for the topic in question. This document will be prepared in accordance with the ESSSM formatting standards for Master's dissertations, and the bibliographical references will be made in accordance with APA 7th edition standards.

Key words: Nurses; Professional Competence; Specialization; Patient transport.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1. CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	14
1.1. CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM ENFOQUE NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR	15
2. CAPÍTULO II – MODELO TEÓRICO	22
2.1. MODELO TEÓRICO DE JUNE LARRABE.....	23
3. CAPÍTULO III – COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	25
3.1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.....	26
3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	26
3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	31
3.1.3. Domínio da gestão de cuidados	34
3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	38
3.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	40
3.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	41
3.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	56
3.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas...	59
4. CAPÍTULO IV – COMPETÊNCIAS DE MESTRE	64
4.1. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	65

CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
ANEXOS	79

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Valores de BIS.....	48
--------------------------------	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Critérios de ativação da equipa de trauma	43
--	----

INTRODUÇÃO

O presente relatório está inserido no 1º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à PSC da ESSSM em parceria com a Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, no qual é explanado o desenvolvimento de conhecimentos e competências especializadas no cuidado à PSC. O Regulamento n.º 429/2018 enumera as competências comuns específicas aos quatro ramos em que se divide a enfermagem médico-cirúrgica, e as competências específicas do enfermeiro EEMC à PSC. Esta divisão advém da necessidade de cuidados de enfermagem especializados nas áreas de enfermagem que têm vindo a emergir, terminando com abrangência que a especialidade em enfermagem médico-cirúrgica vinha a oferecer e assim individualizar as mesmas à pessoa destinatária.

Os cuidados de enfermagem médico-cirúrgicos na área de enfermagem à PSC, têm como alvo a pessoa cuja “vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos enfermeiros [OE], 2017, p. 9). O enfermeiro no seu meio de atuação, deve ser assim capaz de recolher informação junto da pessoa e da sua família, respondendo às necessidades identificadas e prevendo complicações que possam surgir, sendo capaz de manter funções básicas de vida. Neste contexto de atuação um enfermeiro que realiza formação contínua, baseia a sua prática na evidência científica e efetua uma adequada coleta de dados, estará mais apto a realizar uma tomada de decisão.

Ao longo dos ensinamentos clínicos procurei adquirir, desenvolver e demonstrar competências especializadas no cuidado à PSC e à sua família, nunca esquecendo em toda atividade diária desenvolvida a promoção da sua segurança, tal como previsto nas competências especializadas do enfermeiro EEMC na área de enfermagem à PSC (Regulamento n.º429/2018). A par desta aquisição de competências especializadas, dei enfoque ao TIH da PSC, por ser desde o início da minha atividade profissional em contexto de medicina intensiva um tema que suscita o meu interesse e em que sentia dificuldades na sua execução. Diversos investigadores partilham este interesse, como se pode verificar pelos inúmeros estudos publicados e nos quais demonstram a ocorrência de eventos adversos associados aos TIH. Embora a nível nacional nos centros hospitalares, a criação de protocolos/fluxogramas dedicados ao TIH que possam

minimizar o risco da ocorrência de eventos adversos ainda não é uma realidade transversal aos mesmos. Neste sentido é muito difícil a estratificação do doente em graus de risco, permitindo apoiar decisões como: a escolha da equipa, a decisão do material necessário e obrigatório, realização de registos e a recolha da incidência de eventos adversos. Torna-se imperativo, começar a direcionar a atenção nestas questões, de forma a quantificar a necessidade do uso de recursos humanos especializados. A evidência científica revela que em 33,3% dos TIH realizados ocorrem eventos adversos, mas quando aplicados protocolos de transporte, podem ser reduzidos para cerca de 10,8% (Canellas et al., 2020), atuando sobre os incidentes mais frequentes, como é o caso das alterações fisiológicas, falhas de equipamento e o erro humano (Canellas et al., 2020; Hu et al., 2021; Brunsveld-Reinders, 2015).

Este relatório corresponde ao culminar de um processo de aquisição de competências comuns e específicas, cujos objetivos são:

- Demonstrar o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica com enfoque no transporte intra-hospitalar;
- Evidenciar o desenvolvimento de competências de análise crítico-reflexiva com vista à obtenção do grau académico de mestre, através da apresentação e discussão pública do relatório.

A metodologia usada ao longo do desenvolvimento deste relatório de estágio será descritiva e crítico-reflexiva, adotando por base uma pesquisa bibliográfica com a melhor evidência científica disponível. Pretendo deste modo, realizar uma narrativa do meu processo de aquisição de competências especializadas na prestação de cuidados à PSC, e apoiar a minha prática com essa evidência, justificando a minha atuação nas diversas atividades realizadas. Recorri assim, às bases de dados como a EBSCO, PubMed, Mendeley, RCAAP, SciELO e B-on, fazendo ainda uso de publicações em Diário da República e da Direção-Geral da Saúde (DGS).

O relatório será composto por IV capítulos, o primeiro capítulo que corresponde ao enquadramento teórico, o segundo capítulo a abordagem de um referencial teórico, o terceiro capítulo para demonstrar o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro EEMC na área de enfermagem à PSC e o quarto capítulo em exclusivo para fundamentar as competências de mestre, culminando com a conclusão e as referências bibliográficas, que são efetuadas segundo as normas APA 7.º edição publicadas em 2023.

1. CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1.CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM ENFOQUE NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

A PSC é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19362). Habitualmente, os cuidados são prestados “num ambiente, despersonalizado, altamente tecnológico, sendo o doente submetido a uma panóplia de técnicas invasivas” (Mata et al., 2021, p.8). A falência orgânica pode ocorrer de forma previsível ao longo do ciclo vital da pessoa ou de forma abrupta e imprevisível, como por exemplo em caso de acidentes (Cabete et al., 2019). No tratamento da PSC devemos ter em conta três aspetos essenciais: os profissionais de saúde, o doente e a família, que formam num todo o conjunto necessário à prestação de cuidados especializados e individuais, com vista ao retorno do estado de saúde prévio.

Os profissionais de saúde são caracterizados por serem os trabalhadores em que as suas ações visam “a melhoria do estado de saúde de indivíduos ou das populações”, desempenhando uma função social ao serviço da população, estando por isso “sujeitos a deveres éticos e deontológicos acrescidos, nomeadamente a guardar sigilo profissional sobre a informação de que tomem conhecimento no exercício da sua atividade” (Lei de Bases da Saúde n.º95/2019, p.63). O enfermeiro EEMC na área da Enfermagem à PSC, desempenha um papel fundamental nessas equipas multiprofissionais que se ocupam da prestação de cuidados, e portanto é um profissional:

“...habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (OE, 2015, p.99).

A família representa um suporte vital para o doente e é influenciada pelo contexto social, político e cultural, ultrapassando as meras ligações biológicas (Fernandes et al., 2018). Os contextos em que se desenrola a prestação de cuidados à PSC, são ambientes desconhecidos e hostis para os familiares, com conotação ao risco de morte iminente, gerando ansiedade. Torna-se assim necessário recentrar o foco do cuidado nos familiares ao longo do internamento, a par do foco prestado à PSC. A prática de enfermagem direcionada aos familiares tem de ser assente em intervenções de suporte e educação, que

permitam informar os familiares de forma clara, com uma linguagem acessível ao seu nível de conhecimentos, através de informações reais e honestas, com recurso a uma linguagem verbal e não verbal, que demonstre compaixão (Cabete et al., 2019; Jorge & Madureira, 2020). A família desempenha um papel importante nos processos de transição das diferentes etapas vivenciadas pela PSC, quando bem explorado, este processo pode ser um fator facilitador nos cuidados prestados (Antunes et al., 2021).

Os cuidados à PSC são desenrolados num ambiente complexo, com diversas situações a ocorrerem em simultâneo, o que a torna mais vulnerável a incidentes. A segurança da PSC deve ser uma prioridade para todas as instituições de saúde, onde um compromisso na prestação de cuidados, promove ganhos em saúde e melhora o outcome. O evento adverso pode ser assim definido, como um incidente inesperado que provoca uma lesão para a pessoa, e está intimamente ligado com a qualidade dos cuidados de saúde prestados (Assis et al., 2022).

A segurança durante o TIH pode ser melhorada através da identificação dos riscos, atendendo aos já reconhecidos pela evidência científica, relacionados com as ferramentas e tecnologias, com o ambiente e a organização (Bergman et al., 2017). Num estudo realizado por Veiga e colaboradores (2019), em 1559 TIH, os eventos não clínicos que mais contribuíram para o risco de ocorrência de um evento adverso foram no âmbito da comunicação.

A transmissão de informações entre os prestadores que cuidam da PSC ocorre sempre que é necessário a transferência de responsabilidade. A realização deste momento de forma adequada é fundamental para manter a segurança dos cuidados prestados à pessoa e à sua família, em que o sucesso da comunicação entre os intervenientes durante o TIH depende de uma comunicação adequada, partilha de informação e dos registos de enfermagem (Lopes et al., 2021; Santos et al., 2015). A uniformização dos métodos de comunicação entre os profissionais de saúde contribui para a tomada de decisão, diminui o tempo despendido na partilha de informação, promove a organização do transporte e reduz os eventos adversos (DGS, 2017a; Santos et al., 2015).

Nos serviços de urgência, medicina intensiva e Bloco Operatório (BO) é frequente o transporte da PSC entre os vários sectores. O TIH obedece a um cuidar contínuo, com a manutenção do mesmo nível de cuidados ao longo da sua execução. A qualidade do cuidado é sinónimo de segurança para a PSC, prevenindo a ocorrência de eventos adversos ao longo da prestação dos cuidados de saúde (Sousa et al., 2018).

O TIH é necessário em circunstâncias como a realização de procedimentos diagnósticos/terapêuticos que não são passíveis de serem realizados no local onde se encontra a pessoa, para realização do internamento em Serviços de Medicina Intensiva (SMIs) e para o tratamento cirúrgico em BO (Murata et al., 2022). Os motivos mais frequentes identificados para a sua realização são: a tomografia computadorizada e a realização de traqueostomia (Carneiro et al., 2017).

Para o Ministério da Saúde, pelo menos 50% dos profissionais nas equipas da rede de referenciação e em exercício durante um turno devem ter formação específica no transporte do doente crítico (Ministério da Saúde, Despacho n.º 10319/2014) mas, segundo Sousa e colaboradores (2018), os dados disponíveis na literatura refletem a ausência dessa formação.

O transporte da PSC é um procedimento desafiante para os profissionais de saúde, em que existe a necessidade de manter o nível de cuidados prestado à pessoa, interligar a tecnologia que apoia os cuidados de saúde e manter o rigor nas intervenções prestadas. A equipa que o efetua deve possuir conhecimentos consolidados, ter capacidade de efetuar uma comunicação adequada, um planeamento eficaz e a capacidade de trabalhar em equipa (Agizew et al., 2021; Carneiro et al., 2017; Murata et al., 2022). O enfermeiro tem um papel de destaque durante todo o processo, estando presente em todas as etapas e com a responsabilidade exclusiva em algumas delas, tendo a competência de detetar focos de instabilidade e assim prevenir eventos adversos que possam vir a ocorrer (Carneiro et al., 2017).

A gravidade do estado clínico é associada à ocorrência de eventos adversos durante o TIH, ou seja, doentes com maior instabilidade hemodinâmica, estão mais propícios a esses eventos adversos (Murata et al., 2022). A deslocação para o exterior do Serviço de Medicina Intensiva (SMI) situa-se entre 4,2% a 70% das complicações da PSC, onde 38% dos casos ocorrem na fase pré-transporte e 47% na fase de transporte. Por entre estes eventos pode-se destacar a falta de oxigénio (O_2) na bala de transporte, que ocorre em 30% dos casos (Carneiro et al., 2017). Para Murata et al., (2022), a ocorrência de eventos adversos relacionados com os equipamentos varia entre os 10,4% e 44%. Podem ainda ocorrer alteração dos sinais vitais, extubações acidentais e Paragens Cardiorrespiratórias (PCR) em 8% dos casos. Já para Canellas e colaboradores (2020), os eventos adversos ocorrem em 33,3% dos TIH realizados.

Oliveira e colaboradores (2019), reuniram quatro artigos onde expõem os riscos associados ao transporte hospitalar. Num desses estudos analisaram 459 transportes, dos

quais 262 foram TIH, numa média de 51 transportes por mês que eram efetuados na PSC, onde 41,3% possuíam suporte ventilatório e 34,5% o uso de drogas vasoativas. Desses, em 9,4% ocorreram eventos adversos. Noutro artigo que incidiu sobre doentes que se encontravam ventilados, em que 42,4% apresentavam doença pulmonar e 33% possuíam em curso drogas vasoativas, a taxa de eventos adversos associados ao TIH nestas condições foi de 32,4%.

Noutro estudo Parveez et al., (2020) analisaram 160 transportes, dos quais 104 realizados dentro da instituição de saúde. Constataram que houve uma média de 1,6 eventos adversos por TIH, em que 22,5% foram relacionados com a via aérea e 21,3% com os equipamentos. Do total destes doentes, 6,8% apresentava um vasopressor em curso e desses 3,1% teve de alterar os ritmos de infusão durante a realização do transporte. Ainda, num estudo realizado por Bergman e colaboradores (2018), 24% dos 46 eventos adversos relatados estavam relacionados com a deterioração clínica da PSC e 17% com problemas de comunicação.

Assim sendo, os eventos adversos podem ser identificados através de alterações fisiológicas (hipotensão e hipóxia), falhas de equipamento (avaria do ventilador) e os que advêm do erro humano (extubação acidental, exteriorização de acessos venosos e drenos torácicos e a falta de bateria dos equipamentos) (Canellas et al., 2020; Hu et al., 2021; Brunsveld-Reinders, 2015). Pode ser ainda considerado como evento adverso, a ventilação interrompida durante pelo menos um minuto, administração de terapêutica interrompida e a presença de hipoglicemia (Gimenez et al., 2017).

Carneiro e colaboradores (2017), propuseram como avaliação das alterações cardiorrespiratórias, a comparação com o estado prévio da pessoa, valorizando assim, alterações da Frequência Cardíaca (FC) ≥ 15 batimentos por minuto, da Frequência Respiratória (FR) ≥ 6 ciclos por minutos, da pressão arterial sistólica ou pressão arterial diastólica ≥ 15 mmHg e diminuição da Saturação Periférica dos Tecidos (SPO_2) $\geq 5\%$.

A principal responsabilidade dos enfermeiros de cuidados intensivos durante o TIH passa por monitorizar de forma constante a PSC e efetuar intervenções direcionadas à manutenção do estado clínico (Bergman et al., 2018; Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI], 2023).

Em 2023 a SPCI reviu as normas de transporte do doente crítico, efetuando novas indicações para a sua realização em segurança, designadamente uma grelha de avaliação (Anexo I) que permite estratificar a pessoa num patamar de risco. A SPCI defende que o enfermeiro que realiza o transporte deve ser o enfermeiro responsável pelo doente

(preferencialmente EEMC na área da PSC), com formação em Suporte Avançado de Vida (SAV) e no transporte do doente crítico. As novas indicações, também incidem sobre a pessoa em Oxigenação por Membrana Extracorporeal (ECMO), onde o acompanhamento deve ser efetuado por uma equipa dedicada, ou seja, o enfermeiro responsável pelo doente, um enfermeiro perfusionista e um médico com experiência na técnica.

Apesar da existência de grelhas que permitem estratificar a pessoa num patamar de risco, existem riscos transversais e não modificáveis que contribuem para o risco da ocorrência de eventos adversos, relacionados com a PSC como é o caso da gravidade do estado clínico, o estado hemodinâmico no momento da realização do transporte e o número de transportes a que é submetido. Podem ainda contribuir para esses riscos, fatores modificáveis, relacionados com a equipa, como é o caso da experiência dos elementos que o realizam. As listas de verificação são um aliado para diminuir a incidência de eventos adversos, principalmente na alteração dos riscos modificáveis, suportando a tomada de decisão e ajudando a prevenir os não modificáveis (Salt et al., 2018). Os autores anteriores referem que nos TIH realizados, apenas 51% dos elementos tinham curso de SAV. A taxa de eventos adversos era de 2% em locais com equipas de transporte treinadas, em contraste aos 9% nos locais que não as possuem. Quando comparado os centros hospitalares com listas de verificação implementadas aos centros hospitalares sem listas de verificação implementadas, a taxa de eventos adversos era inferior a 1% em comparação aos 12,2% na ausência das mesmas. Neste sentido corroboro a opinião de Canellas e colaboradores (2020), quando defendem que as listas de verificação são um recurso útil para sistematizar a prestação de cuidados, reduzir a variabilidade de desempenho e reduzir os custos em saúde.

O TIH é efetuado em três fases: decisão, planeamento e efetivação. Na primeira fase ocorre a decisão de o efetuar, em que a mesma é da responsabilidade médica (SPCI, 2023). A segunda fase, o planeamento do transporte, é efetuado pela equipa médica e de enfermagem que tem a responsabilidade sobre o doente, tendo em consideração etapas como "Coordenação, Comunicação, Estabilização, Equipa, Equipamento, Transporte e Documentação" (SPCI, 2023, p.13). Nesta fase deve ser efetuado o contacto com o serviço de destino, delineação do trajeto, seleção dos equipamentos de monitorização e antecipação de possíveis eventos adversos. Na última fase, a efetivação fica a cargo da equipa que executa o transporte, assumindo toda a responsabilidade até à cessão do mesmo ou passagem da responsabilidade a outra equipa que irá assumir a pessoa. No fim do transporte deve ser garantido o adequado processamento dos dispositivos, realização

de registos e nova avaliação clínica da PSC. O transporte só termina uma hora após o regresso à unidade (Canellas et al., 2020; Brunsveld-Reinders, 2015; SPCI, 2023; Oliveira et al., 2019). As fases de maior risco correspondem aos primeiros cinco minutos de transporte, na passagem do doente entre o leito e as mesas de procedimento e no transporte superior a 30 minutos (SPCI, 2023). O sucesso está relacionado com a seleção dos meios necessários para os três passos anteriormente descritos. As listas de verificação aqui também desempenham um papel importante, por permitirem desde a identificação da pessoa, a avaliação do risco de forma objetiva e universal na fase pré-transporte, a realização de registos durante o transporte e avaliação pós-transporte, bem como o registo da ocorrência de eventos adversos no decorrer do mesmo (Canellas et al., 2020).

Dos equipamentos usados, os monitores portáteis devem possuir um visor claro e iluminado, capazes de exibir eletrocardiograma, SPO₂, pressão arterial não invasiva, duas pressões invasivas, capnografia e temperatura. Os alarmes devem ser visíveis e audíveis. Os ventiladores mecânicos devem possuir alarmes de desconexão, pressão alta, capacidade de fornecer Pressão Expiratória Final Positiva (PEEP), concentração Fração Inspirada de Oxigénio (FiO_2), relação inspiratória/expiratória, FR e volume corrente (Agizew et al., 2021; Intensive Care Society, 2011). A equipa deve estar familiarizada com o equipamento usado e possuir experiência na proteção da via aérea. Os fármacos em curso e a capacidade de O_2 da bala de transporte, devem exceder o tempo estimado do transporte (Australian and New Zealand College of Anaesthetists, 2015), com uma reserva de pelo menos mais 30 minutos de O_2 para o tempo estimado de transporte (SPCI, 2023).

As intervenções do enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC passam pela manutenção da monitorização contínua, da gestão de terapêutica, da otimização da Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), atuação em situações de emergência, preparação do transporte e realização de registos. O enfermeiro tem o dever de antecipar focos de instabilidade e o risco de falência de órgãos, promovendo assim a segurança da pessoa (Fernandes et al., 2022). O aperfeiçoamento e padronização de técnicas, a uniformização de equipamentos e a formação de equipas leva a redução de erros e a otimização de recursos (Canellas et al., 2020).

Dada a complexidade inerente ao TIH e as suas implicações na prática diária dos profissionais, designadamente dos enfermeiros, torna-se essencial enquadrar esta temática à luz de um modelo teórico, pelo que no capítulo seguinte faço uma abordagem ao modelo para a mudança da prática baseada em evidência, fomentando assim, o

pensamento crítico através do apoio de um modelo estruturado para a resolução do problema.

2. CAPÍTULO II – MODELO TEÓRICO

2.1.MODELO TEÓRICO DE JUNE LARRABE

A prática de enfermagem baseada na evidência científica é essencial para uma prestação de cuidados adequados e seguros, em que a mesma possibilita a mudança de práticas, a aquisição de novos conhecimentos e a segurança no momento de tomada de decisão (Camargo et al., 2017). Através do modelo da prática baseada na evidência de June Larrabe, é possível com um processo estruturado, efetuar pesquisas que levem a mudança de práticas e não apenas nos basearmos na experiência clínica. O modelo da mudança da prática baseada em evidência começa assim com a identificação de uma necessidade de mudança, culminando com adoção de novas práticas. O modelo encontra-se dividido em seis etapas (Roswurm & Larrabee, 1999).

- Etapa 1: Avaliar a necessidade da mudança da prática;
- Etapa 2 – Localizar as melhores evidências científicas;
- Etapa 3 – Sintetizar a melhor evidência científica;
- Etapa 4 – Projetar a mudança na prática;
- Etapa 5 – Implementar e avaliar a mudança da prática;
- Etapa 6 – Integrar e manter a mudança na prática

À luz deste modelo a etapa um é caracterizada pela avaliação da necessidade de mudanças na prática, através da recolha de indicadores internos e se possível compará-los aos externos. Neste caso, a recolha de dados da realização do TIH no centro hospitalar onde realizei o ensino clínico é nula. É um processo que não é efetuado, mas que começa a ocorrer consciência da sua necessidade por parte dos profissionais envolvidos na sua realização. Deste modo, pude verificar que neste centro hospitalar está em curso o desenvolvimento de um fluxograma para a realização do TIH. Apesar de a nível interno ainda não ocorrer esta recolha, verifiquei e explanei no enquadramento teórico anterior, que não há um único estudo que não registre a ocorrência de eventos adversos associados à sua realização.

Na etapa dois, dei primazia às revisões sistemáticas, como por exemplo o artigo de Murata e colaboradores (2022), que aborda os eventos adversos durante o TIH da PSC. Na etapa três, com recurso ao artigo mencionado anteriormente, verifica-se que os eventos adversos ocorrem entre 6% a 70% dos TIH realizados, e que a extubação acidental, alteração dos sinais vitais e paragem cardiorrespiratória ocorreu em 8% dos mesmos.

Na etapa quatro, de forma a projetar uma mudança na prática, no projeto de autoformação desenvolvido no ensino clínico estágio com relatório – módulo II, elaborei uma lista de verificação. De acordo com o exposto no enquadramento teórico, o risco da ocorrência de eventos adversos na execução do TIH poderá ser diminuído com esse recurso. A lista de verificação ainda possibilita efetuar registos durante o transporte e nivelar o desempenho de todos os profissionais. Tudo possível através de uma folha A4, com apenas duas páginas e de fácil preenchimento (Anexo II).

As etapas cinco e seis não foram realizadas por não fazerem parte deste ciclo de estudos, sendo um objetivo futuro como enfermeiro EEMC na área da Enfermagem à PSC, a sua implementação e a adoção desta prática no centro hospitalar.

**3. CAPÍTULO III – COMPETÊNCIAS COMUNS E
ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

3.1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

A competência pode ser definida pelo nível de desempenho que o enfermeiro demonstra, a capacidade de aplicar os seus conhecimentos e de efetuar um juízo clínico que leve a tomada de decisão (Cantante et al., 2020). As atribuições do título de enfermeiro EEMC à PSC, reconhece competências comuns aos quatro ramos: na área de enfermagem à PSC, 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. Aos enfermeiros com este título são reconhecidas competências técnico-científicas comuns, com uma componente humana que deve estar presente na prestação de cuidados especializados (Regulamento n.º 140/2019). Na minha opinião, a especialização numa área da enfermagem, é o caminho a ser adotado para responder de forma adequada à evolução dos cuidados de saúde. Só assim será possível prestar um cuidado personalizado e individualizado, face à evolução tecnológica e às técnicas que emergem nos cuidados de saúde.

Para orientar o meu processo crítico-reflexivo ao longo deste relatório de estágio, vou recorrer aos domínios das competências comuns do EEMC: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019). Explanarei sobre as atividades desenvolvidas ao longo do processo formativo de acordo com cada um dos domínios.

3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Ao longo da minha prática profissional procurei ter presente o código deontológico, no qual estão explanados os valores universais e orientadores para o exercício da profissão. O respeito pelos direitos humanos, a responsabilidade pela tomada de decisão, a defesa da pessoa de práticas que contrariem a lei e princípios éticos e a promoção do consentimento informado, são algumas das linhas orientadoras descritas ao longo do mesmo.

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro ([REPE], Decreto-Lei n.º 161/96), também reforça a necessidade de o enfermeiro adotar uma conduta responsável durante o exercício das suas funções. É seu dever “assegurar a continuidade dos cuidados” (OE, 2015, p.80), tendo em atenção que uma comunicação inadequada contribui para

mais de 60% dos eventos adversos hospitalares, ocorrendo com maior frequência no momento da transferência de informação da pessoa cuidada em ambientes complexos (Muller et al., 2018). A continuação de cuidados pode ser assegurada com a utilização da metodologia ISBAR, sendo a sua importância reforçada pela DGS através da norma nº001/2017, que propõe como comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde a sua adoção. Esta mnemónica permite de forma simples, sistematizar o pensamento em situações complexas e pode ser entendida da seguinte forma:

- **Identificação:** Identificação dos interlocutores bem como do doente a quem a informação pertence;
- **Situação atual:** Descrição do motivo/diagnóstico que leva a necessidade dos cuidados de saúde;
- **Antecedentes:** Sistematização dos antecedentes clínicos e diretivas antecipadas de vontade;
- **Avaliação:** Informação atual sobre o estado clínico do doente, terapêutica farmacológica e não farmacológica instituída e alterações do estado clínico que tenham ocorrido;
- **Recomendações:** Descrição de atitudes e do plano terapêutico estabelecido.

A metodologia ISBAR pode ser assim usada em várias situações, como na passagem de turno, transferências inter-hospitalares e intra-hospitalares, emergências médicas e alta da pessoa. Essa abordagem não se aplica apenas à comunicação verbal, mas também pode e deve ser alargada a realização de registos escritos de enfermagem (Burgess et al., 2020).

O meu primeiro contacto com esta metodologia ocorreu no Serviço de Urgência Polivalente (SUP), amplamente difundida no seio da equipa de enfermagem, sendo utilizada no momento da passagem de turno, nas transferências entre as diversas áreas do SUP, nas transferências para o internamento e na realização de registos de enfermagem. A transferência de informação para os colegas do internamento é efetuada através de contacto telefónico pelo coordenador de turno ou de área, mantendo a metodologia ISBAR na transmissão da informação clínica.

Na minha opinião, a Sala de Emergência (SE) é dos locais mais complexos e dinâmicos para a prestação de cuidados de enfermagem e exige por isso uma comunicação eficaz entre toda a equipa multiprofissional. Uma admissão na SE representa vários eixos de comunicação, por vezes em simultâneo, como é o exemplo da transmissão de informação da equipa do pré-hospitalar para a equipa do intra-hospitalar e desta para a equipa do internamento. Todos os registos clínicos efetuados no SUP foram-no num

software único no País, desenvolvido por profissionais deste centro hospitalar. O mesmo foi redesenhado para permitir a consulta rápida da informação da pessoa alvo de cuidados e das prescrições solicitadas, contudo não permite a identificação de diagnósticos de enfermagem, sendo os registos de enfermagem efetuados em notas gerais, através de texto corrido. A mnemónica ISBAR foi ainda usada ao longo desses registos, de forma a estruturar o pensamento e evitar falhas de comunicação. Nos SMIs estava disponível um sistema informático que permite formar diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções. A mnemónica ISBAR continuou a ser usada no momento das passagens de turno, na transferência da responsabilidade para outra equipa e na alta do serviço.

Os enfermeiros ocupam um papel transversal no Sistema Nacional de Saúde (SNS) e em todo o processo saúde-doença, são na maioria das vezes o elo de ligação para estabelecer uma simbiose entre a pessoa cuidada, a sua família e os demais profissionais de saúde. O papel que desempenham coloca-os sob a exposição de problemas éticos (Schneider et al., 2022). Estes problemas surgem quando “uma situação em que concorrem valores e deveres igualmente obrigatórios e os profissionais muitas vezes não sabem como agir” (Schneider et al., 2022, baseado em Zoboli, 2013, p.2). A exposição a estes dilemas, torna necessário ter na base da tomada de decisão um processo reflexivo. Cerca de 88% dos problemas éticos ocorrem na relação com a pessoa e a sua família. (Simões et al., 2020). Entre estes problemas estão descritas situações como a “omissão de informação ao utente”; “omissão do consentimento informado à família para publicação científica”; “transmissão de informação sobre o utente aos restantes membros da família”; “pré- julgamento do médico perante valores religiosos do utente”; “falta de respeito pelo utente” e “quebra do sigilo profissional ao publicarem casos” (Simões et al., 2020, p.227). Ao longo do exercício da enfermagem devem estar presentes os princípios éticos: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (Rosa et al., 2016). Atendendo aos mesmos, pautei a minha prática profissional, desde que desempenho funções como enfermeiro generalista, mas com maior capacidade de decisão desde o início do curso de Mestrado. Ao longo da parte teórica foi trabalhado o modelo DECIDE, que auxiliou a tomada de decisão perante um conflito ético. O modelo é constituído por seis etapas, em que cada letra corresponde a uma etapa (Fernandes, 2010):

- D – Definir o problema;
- E – Estudo ético;
- C – Considerar as opções;
- I – Investigar os resultados;

D – Decidir sobre ação:

E – Estimular/avaliar os resultados.

Este modelo oferece assim, um processo organizado, preciso e que contribui para o sucesso das decisões implementadas, quando comparadas a decisões tomadas de forma arbitrária (Guo, 2020), o que me foi útil em diversas situações no percurso formativo, porque diversas vezes, enfrentei conflitos na relação do eixo enfermeiro-família. Nos turnos desempenhados na triagem do SUP, as regras para atribuição de pulseira que permite um acompanhante permanente da pessoa durante a sua permanência são claras, contudo eram frequentes as situações em que a pessoa estava fragilizada, ou que apesar de terem idade legal para não terem direito, denotava-se por pedido dos mesmo e até pela incapacidade de explicação do seu estado de saúde que necessitavam de apoio emocional ao longo do processo. Outra situação que suscitou o uso deste modelo no meu processo de tomada de decisão esteve relacionado com o período de visitas nos SMIs praticados no centro hospitalar. O horário era transversal aos dois locais onde frequentei os ensinamentos clínicos, com um número de visitas limitado por dia de quatro pessoas, que poderiam alternar entre si em pares. Esta organização facilitava a dinâmica dos SMIs, mas afasta os profissionais da sensibilização para a importância da participação dos familiares nos cuidados de saúde. A população de referência deste centro hospitalar, em alguns casos específicos, tem distâncias superiores a uma hora e meia de viagem em transporte próprio, não sendo viável por diversos motivos a visita diária dos familiares. Tendo em conta este fator e com auxílio do modelo DECIDE, optei por nestes casos exceder o tempo da visita e prolongar ao máximo este contacto familiar. Avalio as minhas decisões como positivas e com ganhos em saúde para a pessoa e a sua família. Claro que este processo não esteve isento de ter opiniões e avaliações contrárias, mas foram discutidas em equipa e realizada uma tomada de decisão conjunta. Durante este percurso de aprendizagem foram ainda efetuadas duas reflexões por ensino clínico segundo o ciclo de Gibbs. As mesmas permitiram realizar uma avaliação retrospectiva de intervenções específicas, as quais incidiram maioritariamente nas relações humanas entre a equipa de enfermagem, a pessoa e os seus familiares.

O consentimento informado necessário para a prestação de cuidados de saúde, presume que a pessoa ou o seu responsável legal, em caso de incapacidade da mesma, assume que teve “acesso à informação oral e escrita, assumindo que lhe foram fornecidas todas as explicações e o tempo de reflexão de que necessitava” para a sua tomada de decisão (DGS, 2015, p.1). O consentimento informado é obrigatório em diversas

situações, entre as quais a realização de atos cirúrgicos, anestésicos, diagnósticos e terapêuticos invasivos (DGS, 2015), e constitui a garantia do respeito pelo princípio de autonomia do doente (Jólluskin & Toldy, 2011). Podemos ainda falar do consentimento informado para as intervenções de enfermagem, com o qual procuramos autorização para a intervenção que vamos prestar. Temos por isso o dever de informar a pessoa previamente a qualquer ato, as consequências desses mesmos atos e os seus riscos, podendo ser revogado a qualquer momento pela mesma (OE, 2007).

Nas equipas que integrei durante as diferentes práticas clínicas procurei obter esse consentimento ao longo da prestação de cuidados de enfermagem. A maior dificuldade que percecionei na obtenção do mesmo, ocorreu nos ensinamentos clínicos dos SMIs, pela dificuldade de comunicação com os utentes quando a sedação colocava a pessoa numa Escala de Agitação e Sedação de Richmond (RASS) de -5, ou seja, com um nível de sedação profunda em que não existe nenhuma resposta ao estímulo físico e verbal. Nesses casos presumi o consentimento para a realização das intervenções de enfermagem, e quando o RASS permitia efetuar uma comunicação eficaz, expliquei a intervenção que iria efetuar e o que seria esperado no seu decurso. O consentimento presumido foi ainda aplicado em situações de emergência na SE do SUP, em que os casos necessitavam de uma resposta atempada e eficaz para estabilização do quadro clínico, procurando posteriormente explicar ao representante legal o que tinha sido efetuado, o motivo e as respostas obtidas nesse sentido. Deste modo pude cumprir o artigo 105.º do Estatuto da OE e REPE sobre o dever de:

*“Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;
Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;
Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou
explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem”* (OE, 2015, p.80).

O enfermeiro tem o dever de guardar sigilo profissional, considerando toda a informação acerca da pessoa cuidada, partilhando essa informação só com os que estão implicados no plano terapêutico (Regulamento n.º338/2017). O enfermeiro deve respeitar igualmente as convicções culturais e religiosas (Ordem dos Médicos, 2017). Em face do acima descrito, julgo ter pautado a minha atividade com base nos princípios da responsabilidade profissional ética e legal.

3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

A unidade hospitalar onde desenvolvi a prática clínica tem instalada uma política de qualidade com foco na pessoa alvo de cuidados, pretendendo a eficiência e procurando a satisfação de todos os envolvidos no processo. Dos diversos serviços acreditados destaco aqueles onde estive diretamente envolvido na prestação de cuidados, que foram no Centro de Referência de Transplante de Coração e o Centro de Referência de ECMO.

O centro de referência de ECMO tem um papel de destaque a nível nacional pela assistência emergente da PSC com falência cardiopulmonar grave, como ficou evidenciado na época covid-19, resgatando doentes em todo o território nacional. Apesar de os meus ensinamentos clínicos ocorrerem após este período, pude recolher da equipa o saber adquirido e a partilha de experiências que contribuíram para o aperfeiçoamento das técnicas praticadas, participando na admissão com o enfermeiro tutor, dos doentes resgatados pela equipa de ECMO.

A qualidade dos cuidados de saúde é um conceito lato, não tendo uma definição estanque, mas que partilha algumas dimensões que a caracteriza. Entre essas podemos afirmar que os cuidados em saúde prestados com qualidade se centram na segurança, na eficácia e eficiência, em serem oportunos, equitativos, acessíveis e centrados na pessoa (Organização Mundial de Saúde, 2020). A experiência de cuidar doentes críticos sob ECMO constitui um desafio permanente para a segurança e qualidade dos nossos cuidados. Com a ajuda dos demais colegas pude desenvolver competências especializadas no cuidar este tipo de doentes.

As questões relacionadas com a segurança e a qualidade vêm relevadas na lei de bases da saúde n.º 95/2019 (2019, p.56) quando refere que todas as pessoas têm o direito a:

“aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde” e “a receber informação sobre o tempo de resposta para os cuidados de saúde de que necessitem”.

O SNS assume como pilares do seu funcionamento, princípios como a universalidade, equidade, qualidade e a possibilidade de aceder a cuidados tendencialmente gratuitos (Lei de Bases da Saúde n.º 95/2019).

A melhoria contínua da sua qualidade deve ter por base uma cultura de segurança, através da qual é possível reduzir os eventos adversos associados aos cuidados de saúde. A promoção da formação dos profissionais de saúde nesta área assume assim um papel

primordial (Ministério da Saúde, 2022). Pude verificar que a unidade de formação da instituição onde realizei a prática clínica, comunica por email institucional as formações disponíveis, dispondo de um leque variado das mesmas. Possuem formações como a gestão do stress e inteligência emocional, prevenção e tratamento de úlceras de pressão, comunicação com doente e pessoa significativa, regras de armazenamento de cargas e produtos químicos, suporte básico de vida, suporte imediato de vida, SAV, comunicação de más notícias, entre outras, formações estas, com reflexos positivos na melhoria contínua da qualidade.

A par das formações, um adequado rácio enfermeiro/doente também promove a segurança dos cuidados. O Regulamento n.º 743/2019, que estabelece a Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, refere que no SUP o posto de triagem deve ser assegurado por um enfermeiro com curso em Sistema de Triagem de Prioridades (STP) e preferencialmente que também seja um enfermeiro EEMC na área da PSC. Os enfermeiros com este grau de especialização, devem também assegurar os postos de trabalho da SE e assumirem a coordenação de turno. No decorrer do ensino clínico I – urgência polivalente, verifiquei que todos os enfermeiros a executar Triagem de Manchester (TM), possuíam o curso do STP, mas nem todos os enfermeiros que asseguravam o posto de triagem nas 24 horas eram enfermeiros EEMC, embora todos possuíssem largos anos de exercício profissional e experiência no SUP. Relativamente ao tempo da primeira observação médica após a TM e de acordo com os tempos recomendados pelo Grupo Português de Triagem (2022), verifiquei que esse tempo foi cumprido na prioridade amarela, verde e azul, que deve ser de 60 minutos, 120 minutos e 240 minutos respetivamente. Relativamente aos vermelhos estes são encaminhados diretamente para a sala de emergência, têm uma observação médica e de enfermagem imediata pela equipa da SE.

A entidade reguladora de saúde em Portugal tem implementado um Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS), com vista à melhoria da qualidade clínica e na procura da excelência dos cuidados de saúde. O centro hospitalar é avaliado em questões como a taxa de úlcera de pressão de estágio III e IV e fratura da anca após queda em ambiente hospitalar, com um nível de qualidade III e qualidade II sucessivamente (Entidade reguladora de saúde, 2023). Através do recurso a escalas de avaliação, como é o caso da Escala de Braden e a Escala de Morse, adequiei as medidas de segurança consoante o risco apresentado e assim contribuí para o nível de qualidade demonstrado.

As medidas que permitem o suporte de vida na PSC, como a VMI, a sedação, as drogas vasoativas, os dispositivos e a imobilidade da pessoa, prejudicam a manutenção da integridade da pele. A preocupação com a integridade da pele deve estar presente desde a admissão da pessoa no SUP, porquanto alguns estudos, designadamente aquele realizado num SMI por Lima-Serrano e colaboradores (2018), com uma amostra de 335 pessoas, demonstra que 27 desenvolveram pelo menos uma Úlcera de Pressão (UP), com uma prevalência de 8,1%.

A avaliação através da Escala de Braden deve ser executada nas primeiras seis horas após admissão do doente no centro hospitalar, com registo em processo clínico e posteriormente avaliado a cada 24 horas no SUP e nos SMIs. Com as suas seis subescalas o doente é categorizado num patamar de risco, podendo ser de alto risco com um valor final da escala ≤ 16 e baixo risco com um valor final de ≥ 17 (DGS, 2011). Nos SMIs ao longo dos ensinamentos clínicos pude cumprir as indicações da DGS, explanadas anteriormente, designadamente durante a avaliação inicial, o que permitiu desde logo associar um diagnóstico de enfermagem ao risco avaliado. Para Alshahrani e colaboradores (2020) a prevenção destas lesões é um desafio diário que pode ser colmatado pela implementação das intervenções de enfermagem baseadas em evidências científicas, com conhecimentos sobre a sua prevenção e com o uso de uma abordagem individualizada ao doente.

A Escala de Morse é avaliada em todos os doentes internados, onde é possível saber se o mesmo não apresenta risco de queda, baixo risco de queda ou alto risco de queda. A aplicação deve ser efetuada no momento da admissão, quando ocorre alteração do estado clínico da pessoa, no momento da sua transferência e quando ocorre uma queda (DGS, 2019a). O protocolo da instituição complementa as informações indicadas pelas DGS, e acrescenta sinalética própria e universal para todos os serviços hospitalares: doentes sem risco ou sedados clip branco na pulseira de identificação; clip amarelo nos de baixo risco e clip vermelho nos de alto risco. Nos doentes de alto risco ainda existe uma placa vermelha com a sinalética de perigo, e com um aviso para não levantar sem solicitar ajuda. Estas medidas de segurança universais, de uma forma simples captam atenção dos profissionais e visam a minimização do risco de queda. Por diversas vezes, também assumi um papel diferenciador na deteção de falhas com o levantamento do diagnóstico de enfermagem, (risco de queda) especialmente nos momentos em que a situação clínica sofreu alterações, como no caso do desmame da sedação. Em particular no ensino clínico – estágio com relatório verifiquei que existia uma preocupação geral na avaliação desta

escala, tendo verificado por diversas vezes o enfermeiro tutor a colocar a campainha junto do doente, a travar a cama, colocar a cama o mais baixo possível, a manter as grades elevadas e a assegurar um piso limpo e seco. Preocupações que eu também demonstrei e implementei.

A instituição dispõe ainda em cada serviço, de uma plataforma compartilhada entre todos os profissionais com protocolos do serviço, que permitem maior autonomia e apoio na tomada de decisão. Estes protocolos tornam o modo de atuação mais uniformizado entre as equipas multidisciplinares, otimizam os recursos e padronizam normas de atuação perante a mesma situação. Neste sentido a OE, (2017, p. 7) defende que o enfermeiro EEMC, deve ser capaz de efetuar uma “gestão adequada de protocolos e normas de boas práticas de forma a prevenir complicações decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e cirúrgicos complexos”.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021 – 2026 dedica um dos seus pilares, à prevenção e gestão de incidentes de segurança, com o objetivo de aumentar a transparência da notificação de incidentes e promover o acompanhamento e avaliação dos incidentes de segurança. Realce-se o facto de que “estes sistemas apresentam como características a voluntariedade, anonimização, confidencialidade e não punição” (Ministério da Saúde, 2022, p.33).

Outra prática que considero pertinente abordar neste ponto, prende-se com os rastreios efetuados para deteção de staphylococcus aureus resistente à meticilina e a Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase (KPC). Nos SMIs ambos os rastreios são realizados no momento de admissão, sendo os de KPC mantidos de forma seriada ao longo de toda a permanência na instituição. Toda a pessoa admitida nos SMIs, ao longo do internamento encontra-se sob medidas de isolamento de contacto.

3.1.3. Domínio da gestão de cuidados

O Regulamento nº 743/2019 - Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, elaborado pela OE, refere que a dotação, a qualificação e as competências dos enfermeiros são fundamentais para atingir a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem a nível hospitalar. Sendo que as competências devem ser tidas em conta quando se pretende calcular o rácio enfermeiro/doente consoante as horas de cuidados que necessita. Relativamente ao SUP é recomendado que 50% dos enfermeiros que constituem as equipas, sejam enfermeiros EEMC e se possível na área de enfermagem

à PSC e com curso de SAV. Os coordenadores de turno e a equipa que assegura a SE devem também possuir a mesma especialidade.

No ensino clínico I – Urgência Polivalente, verifiquei que estes pressupostos ocorriam no SUP. O coordenador de turno por norma era um enfermeiro EEMC, apesar de não ser na área da PSC, mas era assim ocupado pelo profissional com mais anos de experiência e que disponha da formação.

Tive ainda a oportunidade de acompanhar o enfermeiro coordenador em alguns turnos, verificando que as suas atividades se centravam na gestão de todo o SUP, com a liberdade de distribuir os elementos em turno pelas áreas do mesmo, procurando o equilíbrio e acessibilidade em tempo adequado da pessoa aos cuidados de saúde. Efetuava a gestão dos stocks e no turno noturno assumia a responsabilidade de gerir todas as vagas do centro hospitalar, evitando que os doentes ficassem a aguardar por uma cama de internamento no serviço de urgência. Quando surgiram dúvidas que não eram solucionadas na área médica correspondente entre os elementos em turno, este ainda era um elemento de referência na tomada de decisão.

A sala de emergência nem sempre continha os três elementos com EEMC, pela escassez de enfermeiros com especialidade no serviço, sendo substituídos por peritos na área e com o curso de SAV e o *Internacional Trauma Life Support*, mas os três estavam destacados e dedicados exclusivamente naquele sector. As restantes áreas sendo possível tinham um elemento com a especialidade EEMC, que além de realizar a prestação de cuidados de enfermagem especializados, assumia a gestão da área. Coordenando os cuidados, gerindo as altas e transferências daquele setor, era o elo de ligação com o coordenador de turno e acima de tudo, um elemento de referência para os demais. Considero que o centro hospitalar cumpre as indicações emanadas no Regulamento n.º743/2019, efetuando uma distribuição adequada pelas equipas e pelas áreas do SUP dos enfermeiros EEMC. Estavam no momento que frequentei o ensino clínico diversos enfermeiros a frequentar a EEMC na área da Enfermagem à PSC.

Como se pode constatar pelo exposto anteriormente, um melhor rácio de enfermeiro doente permite garantir a qualidade dos cuidados prestados, uma resposta oportuna e disponibiliza tempo para fomentar a relação com a pessoa e a sua família. Contudo este rácio não se pode apenas focar na colocação de um número predefinido de enfermeiros ao turno, mas sim nas competências que os mesmos dispõem. O ideal na minha opinião passa por distribuir os enfermeiros EEMC pelas equipas de trabalho e pelos diversos

sectores, de modo a poder contribuir para gestão dos cuidados e nos processos de tomada de decisão.

O SUP é a porta de entrada do centro hospitalar, caracterizado por um ambiente de prestação de cuidados sob uma pressão constante, desprovido de padronização de cuidados e com impossibilidade de prever o próximo caso que se segue. Tudo o que os enfermeiros especialistas possam antecipar com uso das suas competências técnicas e humanas, permite o ganho de minutos valiosos para prestar cuidados à PSC (Ferreira et al., 2020). O método de trabalho em equipa é o adotado no SUP onde realizei o ensino clínico, ou seja, em cada área de trabalho do serviço estava reunido um grupo de enfermeiros que tinham um coordenador de área e garantia que as habilidades e qualificações de cada enfermeiro eram aproveitadas no seu todo. Cada enfermeiro presta os cuidados integrais ao seu doente, podendo posteriormente, ser outro colega da área a prestar cuidados de enfermagem necessários (Ventura-Silva et al., 2021).

No caso dos SMIs no quais efetuei os ensinamentos clínicos, todos considerados de nível III, são caracterizados por possuírem um quadro próprio e dedicado (medicina e enfermagem) nas 24 horas, com capacidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários ao tratamento. Devem dispor de um rácio enfermeiro/utente de 1 para 1. A constituição das equipas a par do SUP, também devem dispor de pelo menos 50% dos enfermeiros em EEMC e preferencialmente na área de Enfermagem à PSC, assegurando essa regra a cada turno (Regulamento n.º 743/2019).

No que concerne ao rácio de enfermeiro/doente e à presença de enfermeiros especialistas no turno, os mesmos não são cumpridos, mas têm sido dados passos importantes e prova disso são os elementos que se encontram a frequentar formação para a obtenção do título de EEMC na área de enfermagem à PSC.

O ensino clínico Estágio com Relatório foi efetuado numa equipa constituída por 105 enfermeiros, em que oito são especialistas em enfermagem de reabilitação e 20 EEMC. Existe um responsável de turno EEMC sem doentes atribuídos, que assume as funções de coordenação e otimiza os cuidados prestados pela equipa de enfermagem. Assume a coordenação do serviço, verificação da mala de transporte, carro de emergência, carro de via aérea difícil, gestão das admissões/altas, adequação da distribuição dos doentes consoante o número de horas previsível de cuidados de enfermagem, acompanhamento das passagens de turno de enfermagem e médica e a participação em procedimentos/tratamentos mais complexos como um segundo elemento, realizando

ainda uma ligação entre a equipa multiprofissional. Nos turnos da manhã e da tarde está presente um colega especialista em enfermagem de reabilitação.

O método por enfermeiro responsável é o praticado nos SMIs, caracterizado pela prestação do cuidado integral ao doente, em que o enfermeiro é responsável pela conceção e execução do mesmo, com o intuito de satisfazer todas as necessidades do doente desde a admissão até a alta (Ventura-Silva et al., 2021).

Em todos os serviços as dotações seguras devem ser cumpridas para se manter padrões de qualidade elevados, diminuir o risco da ocorrência de eventos adversos e aumentar a satisfação da pessoa. Um evento adverso ao longo do internamento pode implicar mais 10,7 dias de internamento. Uma carga de trabalho elevada também aumenta o tempo de internamento e o risco de ocorrer infeção urinária. Por outro lado, um rácio de enfermeiro/doente adequado proporciona equipas mais comprometidas e qualificadas (Poeira et al., 2018).

O enfermeiro EEMC detém competências para implementar e conceber planos que respondam às necessidades da pessoa e da sua família, que figuram desde a promoção de saúde, à prevenção de eventos adversos e à deteção precoce de alterações fisiológicas e hemodinâmicas que carecem de meios avançados para substituição de funções orgânicas (OE, 2017a). O enfermeiro atua assim, na “gestão do risco e ambiente na prevenção de complicações com recurso à evidência científica e elaboração de protocolos/normas de atuação” (OE, 2017a, p.7). Pode e deve ainda referenciar para outros profissionais de saúde que compõem a equipa multidisciplinar, assumindo a responsabilidade tanto do que assume, como do que delega (OE, 2017a). No mesmo documento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2017a), foi ainda possível verificar que o enfermeiro EEMC, tem como competências a elaboração de um plano de cuidados individualizado, com intervenções especializadas na sua composição e que visem a capacitação e melhoria do estado de saúde da pessoa e sua família.

No decorrer dos três ensinamentos clínicos desenvolvi competências especializadas no cuidado à PSC, com situações de doença aguda e de doença crónica agudizada. Em todas as minhas abordagens realizei um processo de enfermagem individualizado à pessoa que tinha sob o meu cuidado, fosse no SUP ou nos SMIs. No SUP o processo de enfermagem era realizado manualmente, e apesar de não estar complementado no sistema informático do SUP a possibilidade de o criar, nenhuma abordagem à pessoa poderia ficar isenta de no pensamento desenvolver essa metodologia e a adaptar à individualidade da mesma.

Deste modo, pretendi contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde. Neste serviço além de efetuar intervenções especializadas direcionado para melhoria do estado de saúde, tive a oportunidade de realizar as mesmas com intuito de manutenção do estado de saúde no domicílio, contribuindo assim para a promoção da saúde da pessoa e da sua família.

Neste sentido, as competências auto-percecionadas pelos enfermeiros a desempenhar funções num Serviço de Urgência (SU) centram-se na organização e prestação de cuidados, na decisão clínica, na comunicação e na liderança (Costa & Gaspar, 2017).

Nos SMIs já é possível criar um processo de enfermagem que acompanha a pessoa em todo o seu ciclo de internamento. Os planos que realizei ao longo destes meses no meu ciclo de estágios, tiveram em conta a pessoa como um ser único e com base em informações recolhidas junto da família.

As infeções associadas aos cuidados de saúde afetam 7% a 10% das pessoas hospitalizadas, em países desenvolvidos nos SMIs podem chegar a corresponder a 30% das infeções diagnosticadas. Na Europa estes números representam uma despesa de 7 bilhões de euros num ano civil, parte devido às infeções multirresistentes, em que os organismos comumente detetados são a *Klebsiella pneumoniae* e a *Escherichia coli* (Mazzeffi, 2021). A higiene das mãos através da fricção antisséptica com base alcoólica (SABA), com cumprimento dos cinco momentos da lavagem das mãos é um simples ato que permite salvar vidas, prevenindo as infeções cruzadas. O papel do enfermeiro EEMC na fiscalização proativa do cumprimento da higienização das mãos é frequente e efetuado pelo responsável de turno. Efetuei aqui um papel no domínio da gestão e supervisão, tendo solicitado a reposição das soluções SABA quando as mesmas terminavam, incentivando a desinfeção das mãos e advertido também quando este passo era negligenciado. No seu conjunto as ações descritas e as atividades realizadas permitem-me chegar à conclusão que durante todos os ensinamentos clínicos dei o meu contributo para a gestão dos cuidados de enfermagem e sua melhoria contínua, tendo recebido em troca muitos ensinamentos para a minha atividade pessoal e profissional.

3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O mestrado em enfermagem é um dos modos de formação contínua para a valorização profissional, contribui para as capacidades de liderança e habilidades de gestão, que são posteriormente aplicadas no local de trabalho (Costa & Gaspar 2017, baseado em Dreanman 2012). Os enfermeiros que escolhem este caminho de formação, estão a

garantir para o local onde desempenham funções, a melhoria dos cuidados prestados, a eficiência dos mesmos e a otimização de recursos económicos (Latter et al., 2019). O processo formativo de Mestrado com a especialidade é orientado desde o seu início por competências reconhecidas a nível nacional (Mohr et al., 2018).

O enfermeiro especialista contribui para a prestação de cuidados com elevada qualidade, adquire novos conhecimentos e transmite-os à equipa, sendo incitador da mudança. Os cuidados devem ser práticos, com base em evidência científica robusta, otimizando o custo-benefício em todos os ambientes da pessoa (Mayo et al., 2017).

A formação que frequentei ao longo do Mestrado, as pesquisas efetuadas para prestar cuidados à PSC ao longo do estágio, a partilha de conhecimentos com outros profissionais e os ensinamentos realizados pelos enfermeiros tutores, proporcionaram-me as ferramentas necessárias para o desenvolvimento dessas competências. Neste momento sou capaz de efetuar uma tomada de decisão tendo por base a evidência científica e com um pensamento estruturado. Neste percurso tive o privilégio de realizar os meus ensinamentos clínicos, em serviços de referência a nível nacional, de aprender com peritos tanto da área do doente urgente e emergente, como do intensivismo.

A disciplina de enfermagem não é estanque, a evolução da tecnologia e da melhor abordagem em cada situação vai sendo alterada conforme surgem novos estudos. Na busca de me manter atualizado, participei no Congresso de Medicina Intensiva – Compromisso com a Pessoa em Situação Crítica e realizei um workshop com o tema: Abordagem do Doente Neurocrítico. Considero que o enfermeiro EEMC deve procurar o conhecimento, para assim, ser a referência perante os enfermeiros generalistas. Foi neste sentido, e de forma a completar uma lacuna, pelo pouco contacto que tive com o doente neurocrítico no decorrer do ensino clínico que me inscrevi neste workshop.

A formação e experiência são duas competências que se complementam e que são essenciais para uma prestação de cuidados de qualidade. É aconselhável que o enfermeiro mantenha uma formação contínua e regular de conhecimentos, pautada por estar assente numa base científica (Alves, 2021). Este deve procurar em todo o ato profissional a excelência do exercício através da análise do trabalho realizado, na adequação das normas com as necessidades da pessoa, atualização constante do seu conhecimento e do uso das tecnologias que vão surgindo e evoluindo. A formação inicial não confere ao enfermeiro conhecimentos suficientes para o decorrer da sua vida profissional, pelo que só com formação contínua é possível exercer a profissão com dignidade, autonomia e qualidade (Alves, 2021; Costa & Gaspar, 2017).

O enfermeiro especialista é dotado de um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, com capacidade de julgamento clínico e tomada de decisão, num campo de intervenção. A certificação das competências do enfermeiro especialista traduz que o mesmo possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades com capacidade de as mobilizar em contexto da prática clínica (OE, 2016).

A formação específica e especializada é assim justificada pelo próprio desenvolvimento dos SMIs, e da complexidade dos novos tratamentos e equipamentos disponíveis, tornando cada vez mais a necessidade de uma abordagem multidisciplinar com diversos profissionais com graus de especialização múltiplos (OE, 2018).

Realizando uma análise deste percurso formativo, constato que atualmente sou um profissional com um novo corpo de conhecimentos, mais assertivo e que começo a desempenhar um papel de referência para os demais colegas no local de trabalho. Isto foi possível através da colaboração de todos os docentes e orientadores ao longo deste mestrado, que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional. As competências desenvolvidas têm de ser mantidas no decorrer do tempo, com uma prática baseada na evidência científica, que assegure qualidade e segurança nos cuidados de enfermagem prestados. Procurando ser um elemento facilitador nas jornadas de trabalho e incentivar a investigação em todos os profissionais.

Além de todas as ações de formações já realizadas anteriores e no decorrer deste ciclo de estudos, pretendo continuar a frequentar ações de formações e congressos científicos. Tenho ainda por objetivo futuro dar continuidade ao projeto de autoformação sobre o TIH da PSC e produzir evidência sobre a realidade em que irei desempenhar as minhas funções como EEMC na área de enfermagem à PSC.

3.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A presente especialidade acarreta o atingimento final das competências que caracterizam o enfermeiro EEMC na área da enfermagem à PSC, englobando as que já são inerentes ao enfermeiro de cuidados gerais. Assim sendo, as competências são um determinado conjunto de saberes, de capacidades e de uma postura a adotar, que se espera encontrar num enfermeiro consoante a sua formação/título.

As competências específicas do enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC são definidas pelo Regulamento n.º 429/2018:

- *“a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;*
- *b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;*
- *c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” p. 19359.*

Estão previstas para cada competência várias unidades de competência e os seus critérios de avaliação, permitindo assim, de forma criteriosa a verificação da sua aquisição (Regulamento n.º 429/2018). Nos próximos subcapítulos, vou desenvolver cada uma das competências do enfermeiro EEMC na área da Enfermagem à PSC, demonstrando as atividades desenvolvidas ao longo do ensino teórico e ensinamentos clínicos para a sua aquisição.

3.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

O cuidado à PSC e à sua família a experienciar um processo complexo de doença crítica, tem na maioria das vezes, como primeiro contacto o SU. Foi precisamente no SU, onde realizei o primeiro ensino clínico, que tive a oportunidade de começar a adquirir e desenvolver competências especializadas no cuidado à PSC. Neste serviço, o enfermeiro EEMC na área da enfermagem à PSC, desempenha um papel primordial no reconhecimento e abordagem da pessoa em todas as áreas físicas do SUP.

Como já descrito anteriormente, alguns dos turnos efetuados foram no posto de triagem, onde acompanhava todo o processo e o exercício de reflexão do enfermeiro tutor em cada triagem efetuada. Aqui podiam ser detetados casos graves, que surgem numa resposta dirigida e oportuna, como é o caso das Vias Verdes (Via Verde Coronária, Via Verde Acidente Vascular Cerebral [AVC], Via Verde Trauma e Via Verde Sepsis no Adulto).

O SUP deve possuir um circuito de encaminhamento, com uma componente extra e intra-hospitalar, que padronizam os passos, os procedimentos e as responsabilidades ao longo da cadeia de cuidados (Grupo Português de Triagem, 2011). De forma a criar estes

circuitos, proporcionando agilização de todas as etapas do processo de cuidados da pessoa, o centro hospitalar possui ainda protocolos de monotrauma e o protocolo da febre na triagem, que a par das vias verdes podem ser ativados no momento da realização da TM.

A via verde do AVC deve ser ativada sempre que estejamos na presença da instalação dos seguintes sinais: dificuldade em falar, boca ao lado e falta de força num membro (DGS, 2017c). Quando a via verde AVC era ativada no pré-hospitalar, a equipa médica responsável pelo socorro da pessoa acompanhava-a após admissão hospitalar até à SE. Quando os critérios para ativação da via verde AVC eram detetados no momento da realização da TM, era imprescindível recolher informações sobre grau de dependência prévio e o início dos sintomas, de forma a confirmar uma adequada ativação. Se estes fossem inferiores a 12 horas o enfermeiro dá indicação para o doente ser deitado numa maca e ser transportado para a SE, caso sejam superiores a 12 horas, a pessoa é deitada numa maca e alocada à sala laranja. Em ambos os casos, o enfermeiro que realiza a triagem ao ativar a verde AVC, entra em contacto (contacto em exclusivo só para este efeito) com a equipa via verde AVC e transmite a sua ativação.

Num estudo publicado por Pereira e colaboradores (2017), realizado num hospital central com SUP, verificou-se que 87,2% das pessoas vítimas de AVC dão entrada entre as oito horas e as 24 horas, podendo este fato ser explicado por nessas horas terem a presença de um acompanhante que detecta a alteração comportamental da pessoa. O principal fluxograma usado na ativação da via verde do AVC é o de indisposição no adulto (64%).

A criação da via verde do trauma veio otimizar a utilização de todos os meios do Sistema Integrado de Emergência Médica, tendo desempenhado os meus ensinamentos clínicos no último nível de resposta dessa cadeia, onde além da avaliação da pessoa é efetuado nos casos mais graves o seu tratamento definitivo. A avaliação da pessoa vítima de trauma deve obedecer a sequência “ABCDE”, a equipa multidisciplinar que procede a essa avaliação é composta por um enfermeiro, um médico intensivista, um cirurgião geral, um ortopedista, um neurocirurgião, um radiologista e um assistente operacional. Com uma avaliação primária em 20 minutos após o contacto com a pessoa vítima de trauma e uma avaliação secundária efetuada até 60 minutos após a primária (DGS, 2022a). Podemos constatar na tabela seguinte os critérios de ativação da equipa de trauma em vigor na instituição onde realizei a minha prática clínica, que são os mesmos defendidos pela DGS.

Tabela 1

Critérios de ativação da equipa de trauma

Sinais vitais e nível de consciência	Anatomia da lesão
Frequência respiratória <10 ou >29 ciclos/minuto	Lesão penetrante: cabeça, pescoço e tórax, abdómen, períneo e proximais dos membros
SaO ₂ <90% com O ₂ suplementar	Retalho costal móvel
Pressão arterial sistólica < 90 mmHg	> de 2 fraturas de ossos longos proximais
Escala de Coma de Glasgow <14 ou queda > 2 pontos após o acidente	Amputação de membros (proximal à mão e pé)
	Fratura da bacia instável
	Fraturas de crânio com afundamento ou abertas
	TVM com défice neurológico

Fonte: DGS, 2022a

Com base na TM efetuada às pessoas vítimas de trauma, quando lhes é atribuída a prioridade de cor amarela, 31% ficam internadas, quando é atribuída a prioridade de cor verde 9 % são internados e quando é atribuída a cor vermelha 50% ficam internados. Também podemos verificar que o tempo de permanência no SU diminui quanto menor é a gravidade/prioridade atribuída. Neste entendimento o uso do sistema de TM em pacientes traumatizados reduz significativamente o tempo de permanência no SU e economiza recursos hospitalares (Zakeri et al., 2022).

A norma número 010/2016, que foi atualizada em 2017 referente à via verde de sépsis no adulto, foi por diversas vezes ativada na triagem. Quando estava perante um caso com um critério de presunção de infeção e pelo menos um critério de inflamação sistémica a mesma era ativada, otimizando todo o processo na área médica para iniciar o rastreio séptico e o início precoce de antibioterapia. Por outro lado, constatei que com esses mesmos critérios as pessoas acompanhadas pelas equipas do pré-hospitalar, equiparadas ao SU do nível 1 (Viatura de Emergência Médica e Helicóptero de Emergência Médica), nunca ativaram esta via verde.

É uma via verde relevante pelo impacto que a terapêutica anti-infeciosa e o suporte hemodinâmico atempado têm no outcome dos doentes. A sépsis é um problema de saúde global que afeta cerca de 30 milhões de pessoas por ano (DGS, 2017b; Sungkar et al., 2018). As diretrizes da sépsis fornecem uma abordagem estruturada perante um caso suspeito, melhorando a prestação de cuidados por todos os profissionais de saúde (Sungkar et al., 2018).

Outro local do SUP que pretendo destacar, está relacionado com os turnos que efetuei na SE. Composta por cinco unidades, onde recebi ao longo das jornadas de trabalho as vias verdes anteriormente referidas, pessoas com edemas agudos do pulmão, PCR, admissões para cardioversões programadas, entre outros. Nesta área a pessoa é submetida a um conjunto de intervenções e procedimentos, muitos dos quais invasivos, efetuados num ambiente complexo e com múltiplos acontecimentos em simultâneo. A PSC é admitida nesta área num quadro de instabilidade hemodinâmica, em que uma ou mais funções vitais estão ameaçadas. Na sequência ABCDE realizei as abordagens das admissões e colaborei com a equipa de trabalho, colaborando nas intubações orotraqueais, cateterização de acessos venosos periféricos, avaliação da função neurológica e controlo da temperatura, tudo com o objetivo de estabilização do quadro clínico e controlo da causa subjacente. Colaborei ainda nas mobilizações em bloco, quer seja por técnica de rolamento ou por levitação, para avaliação da PSC vítima de trauma, na otimização da VMI e na colaboração da cateterização de acessos centrais. Presenciei ainda duas canulações para ECMO, ambas para dador de “coração parado”.

Quando a PSC era admitida na SE, a informação proveniente dos colegas do pré-hospitalar ou de outros colegas de uma área do SUP, era transmitida pela metodologia ISBAR aos colegas da SE.

Na admissão da PSC vítima de trauma era realizada a avaliação primária nos primeiros minutos e se estável seguia imediatamente para a realização dos exames complementares de diagnóstico, mantendo o nível de cuidados que tinha na sala de emergência. Após a realização dos mesmos e com apoio das especialidades, como da neurocirurgia e da ortopedia, eram tomadas atitudes com vista o tratamento da PSC e posteriormente realizada uma avaliação secundária.

Tendo em conta todos os procedimentos enumerados anteriormente, nesta área do SUP, na colaboração da via aérea preparei todo o material necessário para a intubação orotraqueal, demonstrando deste modo, conhecimentos diferenciados no material necessário e nas etapas de abordagem da via aérea. Na cateterização do acesso central, colaborava na preparação e posicionamento da pessoa, na desinfeção da pele com clorexidina 2% em álcool, preparação do material com técnica asséptica e seleção do Cateter Venoso Central (CVC) com o número mínimo de vias de administração necessário a condição clínica da pessoa. Cumprí assim os feixes de intervenção previstos na norma n.º 022/2015 da DGS no que concerne à introdução e a manutenção do CVC. Na manutenção realizei a higiene das mãos antes da manipulação do CVC, usei técnica

asséptica no momento de qualquer conexão ou administração de terapêutica endovenosa e usei a técnica asséptica na realização do penso. Colaborei ainda na correção e imobilização de fraturas, onde a par desta colaboração mantinha cuidados com a inspeção da pele e perfusão do membro. Além destes procedimentos, tive um papel ativo, na avaliação neurológica da pessoa admitida, na vigilância da monitorização hemodinâmica e na deteção de potenciais focos de instabilidade, comunicando os meus diagnósticos de enfermagem à equipa multidisciplinar.

À exceção do RX do tórax, todos os exames complementares de diagnóstico exigiam o transporte da PSC para a sua realização. Desempenhar funções na SE exigia por isso a necessidade constante da execução do TIH, quer fosse para a realização de exames complementares de diagnóstico, de tratamento no bloco de urgência e de internamento num SMI. A PSC na SE tinha sempre dois fatores não modificáveis para a ocorrência de eventos adversos, ambos identificados no enquadramento teórico. O número de transportes a que é submetida e a instabilidade clínica, em alguns casos pode exigir a sua estabilização em BO.

Deste modo, preparei a pessoa para o transporte, tendo o cuidado de não reduzir o nível de cuidados a que estava a ser submetido, ou seja, mantendo toda a monitorização e fazendo-me acompanhar de todo o material necessário para suporte das funções vitais. Após a decisão da equipa médica para o transporte, comecei por contactar o local de destino (Unidade de TAC, RX, BO ou SMI) de forma a garantir a respetiva sala disponível no caso dos exames complementares de diagnóstico ou uma equipa pronta para a receção da PSC no caso do BO e do SMI, evitando o aumento do tempo para a sua realização. Após esta agilização, é confirmado a condição dos equipamentos, entre os quais as máquinas perfusoras, o ventilador de transporte e a quantidade de oxigénio que a bala dispõe. O restante material necessário para qualquer abordagem na sequência ABCDE está disponível numa mala de transporte que o enfermeiro leva consigo em todos os TIH. Não nos fazíamos acompanhar de desfibrilhador, nem de aspirador portátil, contudo cumprimos as novas recomendações da SPCI, no que concerne à disponibilidade de acesso a estes equipamentos num período inferior a quatro minutos.

Neste SUP ainda tive a oportunidade de acompanhar o enfermeiro tutor nas saídas para emergências internas, todas em casos de PCR. Estes momentos além do stress que suscitam, são desafiantes, pela abordagem coordenada ao doente e a exclusão de causas 4 H's (hipovolémia, hipóxia, hipo-/hipercaliemia e hipotermia) e 4 T's (Trombose cardíaca ou pulmonar, tamponamento cardíaco, tóxicos e pneumotórax hipertensivo).

Durante estas saídas, identifiquei ritmos desfibrilháveis e assumi a necessidade de efetuar choque, garantindo a segurança de todos os intervenientes.

Como se pode verificar até ao momento, a prestação de cuidados à PSC exige uma atualização constante de conhecimentos, com pensamento crítico associado às tomadas de decisão. A prestação destes cuidados é efetuada em serviços com uma grande evolução tecnológica, que dispõem das últimas técnicas desenvolvidas para o tratamento da pessoa e que por vezes se encontram a colaborar em estudos para o desenvolvimento ou aperfeiçoamento das já existentes. Porém, além da componente técnica que isto exige ao enfermeiro EEMC à PSC, não pode ficar esquecida a componente humana e social. O desenvolvimento só é pleno, quando conseguimos abraçar a pessoa num todo.

Nos dois SMIs, no início de cada jornada de trabalho, a passagem de turno era iniciada com um breve *debriefing* pelo enfermeiro coordenador com a presença de toda a equipa. Posteriormente, a passagem continuava à cabeceira da PSC de forma individual e mais detalhada, sendo esta efetuada pelo enfermeiro responsável pela pessoa, ao enfermeiro que irá assumir essa responsabilidade a partir daquele momento. Na minha opinião, o *debriefing* realizado na parte inicial é relevante, por possibilitar a todos os interlocutores obter informações relevantes do panorama geral do turno. Focando-se apenas no diagnóstico, estado de consciência, disfunções orgânicas de novo, exames complementares de diagnóstico que estão previstos e conhecimento de alguma diretiva antecipada de vontade. Na passagem individual é adota a metodologia ISBAR, garantindo uma gestão da comunicação interpessoal de acordo com a complexidade do estado de saúde da PSC.

A maioria destes doentes tinham em perfusão terapêutica sedativa, analgésica, de relaxamento muscular e drogas vasoativas, nos dois SMIs preparei, geri, administrei e avaliei os efeitos dessa administração, em fármacos como o propofol, o fentanil, o midazolam e a noradrenalina. No módulo II do ensino clínico estágio com relatório, foram utilizados fármacos como a dexmedetomidina, o brometo de rocurônio, a cetamina, o dinitrato de isossorbida, a dobutamina, a milrinona e o nitroprussiato de sódio. O ritmo dos mesmos é gerido pelo enfermeiro, atendendo ao objetivo prescrito pela equipa médica, através das escalas de RASS e de analgesia (Behavioral Pain Scale [BPS]), e controlo do nível de profundidade de relaxantes musculares (Train Of Four [TOF]) e ainda para um alvo de pressão arterial média ou de pressão de perfusão cerebral na PSC vítima de um evento cerebral agudo.

A utilização da escala de RASS proporciona a otimização do cuidado à PSC, evita a administração excessiva de sedação, podendo assim diminuir o tempo de VMI e encurtar o tempo de internamento hospitalar. A escala permite avaliar o grau de sedação atribuindo os seguintes níveis de sedação:

- +4: agressivo, violento, perigoso;
- +3: Muito agitado, comportamento agressivo, remoção de tubos ou cateteres;
- +2: agitado, movimentos sem coordenação frequentes;
- +1: inquieto, ansioso, mas sem movimentos vigorosos ou agressivos;
- 0: alerta, calmo;
- -1: sonolento, tem o despertar sustentado ao som da voz (>10seg);
- -2: sedação leve, realiza contato visual com o som da voz (<10seg);
- -3: sedação moderada, movimento ou abertura dos olhos ao som da voz, mas sem contato visual;
- -4: sedação profunda, não responde ao som da voz, mas movimentada ou abre os olhos com estímulo físico;
- -5: incapaz de ser despertado, não responde ao som da voz ou ao estímulo.

De acordo com Barbosa et al. (2020), a sedação é um fator independente da taxa de mortalidade em internamentos nas unidades de cuidados intensivos. A dexmedetomidina tem sido o fármaco de eleição usado para permitir o nível de sedação em RASS de 0, com ventilação espontânea, permitindo a mobilidade e comunicação da pessoa com a equipa e a família.

A bibliografia associa a dexmedetomidina a uma preservação do desempenho cognitivo, menor tempo de internamento no SMI e quando comparado ao propofol pode diminuir o risco de delirium (Heybati et al., 2022), tendo como efeito adverso a bradicardia e contra-indicação absoluta os bloqueios auriculoventriculares de 2º e 3º grau sem pacemaker, lesão grave cerebrovascular e hipersensibilidade ao fármaco. Desde o início pautei a minha capacidade na gestão desta terapêutica de acordo com o protocolo do serviço.

O Índice Bispectral (BIS), é aplicado em todas as pessoas sedadas, permitindo assim, quantificar em valores numéricos a profundidade da sedação. Os valores de BIS superiores a 60 podem indicar a manutenção da memória preservada durante esse ato (Queiroz et al., 2011).

Índice BIS	Estado Hipnótico
100	Consciente
80	Sonolento
70	Hipnose superficial
55	Hipnose intermediária
40	Hipnose profunda
0	Supressão de onda

Figura 1

Valores de BIS

Fonte: Queiroz et al., 2011

O enfermeiro EEMC na área de enfermagem à PSC, tem de ser capaz de correlacionar os valores de BIS com o valor de RASS. Nem sempre um BIS elevado significava que a PSC se encontrava em hipnose superficial, podendo este estar a ser influenciado pela eletromiografia, fornecendo valores elevados de forma “falseada”. Uma linguagem universal a estas situações coloca segurança nos cuidados prestados pela equipa multiprofissional, ou seja, uma comunicação eficaz em que um determinado valor significa o mesmo para todos os profissionais.

Prestar cuidados de enfermagem ao doente ventilado, de forma invasiva ou não invasiva, é um desafio diário. O enfermeiro EEMC na área de enfermagem à PSC possui conhecimentos especializados na prestação de cuidados à pessoa ventilada, otimizando-os através da identificação de um diagnóstico de enfermagem, como no caso da função do sistema respiratório comprometida, na hiperventilação, na limpeza da via aérea comprometida e nas trocas gasosas comprometidas (International Classification for Nursing Practice, 2019). A otimização da ventilação exige uma colaboração estreita na equipa multidisciplinar, em particular com os colegas especialistas em Enfermagem da Reabilitação.

Ao longo dos três ensinamentos clínicos prestei de forma recorrente cuidados à PSC com disfunção respiratória. No ensino clínico – SU, na SE tive contacto com a pessoa em VMI e Ventilação Não Invasiva (VNI). Na primeira, identifiquei assincronia entre o ventilador-pessoa alertando a equipa médica, de forma a realizar ajustes ventilatórios caso a pessoa já se encontrasse em alvos de RASS e BPS prescritos. Geri a terapêutica em curso, não esquecendo de excluir outros fatores que pudessem provocar esta dessincronização, como por exemplo a presença de secreções. No ensino clínico estágio com relatório – módulo I, realizei um estudo de caso à luz da teórica Florence Nightingale, em que um dos diagnósticos foi as trocas gasosas comprometidas. No mesmo, após a execução de um

conjunto de intervenções de enfermagem, no decorrer do tempo foi alcançado as trocas gasosas efetivas.

No último ensino clínico estágio com relatório – módulo II, os cuidados de enfermagem especializados continuaram neste sentido. Assim, tive a possibilidade de realizar desmames ventilatórios, seguindo o recomendado pela DGS através da norma 021/2015 (atualizada a 17/11/2022), com recurso a uma sedação ligeira e de preferência baseada na analgesia. Desta forma, à luz das competências do enfermeiro EEMC na área de enfermagem à PSC (regulamento n.º429/2018), executei cuidados técnicos de alta complexidade à PSC, implementando respostas de enfermagem e com intervenções autónomas ou interdependentes apropriadas ao contexto vivenciado.

O enfermeiro EEMC à PSC também presta um cuidado especializado no suporte dietético, zelando pela sua iniciação o mais precocemente possível, com o intuito de sustentar o processo metabólico, minimizando as perdas das proteínas musculares e a melhoria na manutenção das diversas funções orgânicas. Toda a PSC com internamento superior a 48 horas nos SMIs deve ser considerada em risco nutricional (Mourão, 2022; SPCI, 2020). A Nutrição Entérica (NE) é considerada o suporte nutricional de primeira linha, por via da sonda nasogástrica/orogástrica sempre que a via oral seja insegura, insuficiente ou impossível, em casos de persistência da intolerância gastrointestinal deve ser considerado a sonda naso-jejunal. A nutrição parentérica deve ser equacionada entre o 3º e 7º dia de internamento, quando a via oral/entérica está contraindicada ou em suplemento complementar quando não é possível atingir 60% das necessidades nutricionais da PSC estimadas ao 4º dia de internamento (SPCI, 2020). Ao longo dos ensinamentos clínicos tive a oportunidade de instituir o regime dietético à pessoa sob os meus cuidados, tendo demonstrado conhecimentos no protocolo do serviço. Ao longo da administração da alimentação entérica demonstrei cuidados na verificação do posicionamento da Sonda Nasogástrica (SNG), da monitorização e vigilância do conteúdo gástrico, da lavagem da SNG, progressão da dieta e quando verificado a ocorrência de complicações, efetuei uma gestão adequada consoante apresentação do quadro clínico, seja essa medida a redução do ritmo de perfusão, a suspensão da alimentação ou otimização dos procinéticos. Nesse sentido, quando já prescritos em SOS, iniciei e geri a terapêutica procinética, iniciando pela domperidona, seguindo o protocolo, mantive na primeira avaliação o ritmo, assim como rejeitei o conteúdo gástrico quando superior a 300 mililitros e comuniquei e registei os resultados das minhas intervenções.

A síndrome do compartimento abdominal é uma das inúmeras complicações que podem surgir na PSC, definida por uma Pressão Intra-Abdominal (PIA) sustentada superior a 20 milímetros de mercúrio e com falência de um novo órgão. Geralmente, apresenta-se num quadro clínico de oligúria ou ventilação comprometida, representando um risco de mortalidade maior (37,9%) quando comparado com doentes sem diagnóstico de PIA (Milanesi & Caregnato, 2016). A mensuração dos valores de PIA são da competência da equipa de enfermagem. Uma correta medição e com rigor científico, é efetuada através de profissionais de enfermagem competentes. Só assim, é possível obter valores fidedignos que sustentem as decisões terapêuticas. Tive a oportunidade de demonstrar conhecimentos e competências na execução da mesma, bem como cuidado na assepsia durante a manipulação e interrupção do circuito de drenagem vesical.

O ensino clínico estágio com relatório acrescentou-me um conhecimento maior na Técnica de Substituição Renal Contínua (TSRC), com a possibilidade de executar a mesma num equipamento de 3º geração (prismax). Apesar de o serviço também possuir equipamentos de 2ª geração, quando fui responsável por iniciar a TSRC, optei sempre pelos mais modernos. Estes apresentam maior benefício para a equipa de enfermagem, por possuírem um sistema de autodrenagem, que permite segundo o fabricante poupar em média 31 minutos por cada 24 horas de tratamento. Para a PSC o benefício está no aumento do tempo de vida útil do filtro e por cada 10 minutos de inatividade ter a capacidade de forma automática ajustar a taxa de filtração prescrita até 20% da meta definida e assim atingir as taxas diárias pretendidas (Broman et al., 2018).

As complicações associadas à TSRC estão em larga maioria associadas ao CVC, onde existe o risco de infeção, de trombose, de pneumotórax e de hemorragia, associando-se às complicações do circuito extracorpóreo, identificadas na literatura como a hemólise, a coagulação do circuito, reação alérgica e distúrbios eletrolíticos (Tandukar et al., 2019). Sendo a prescrição da responsabilidade médica, a sua execução é da responsabilidade da equipa de enfermagem. Deste modo, efetuei ações como o *primming* do circuito, início da filtração e manutenção da mesma, com uma observação contínua da PSC. Adotei estratégias para evitar a instabilidade hemodinâmica da pessoa, que passaram por iniciar com um débito da bomba de sangue inferior ao prescrito, adotando uma evolução gradual até atingir o pretendido. A vigilância do filtro é outro fator a ter em conta, estando sempre atento à presença de coágulos ou ar no *set*.

Pude ainda verificar que a PSC está sujeita à dor. Caracterizada por uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo uma componente sensorial e uma

componente emocional, onde por vezes a pessoa encontra-se incapacitada de a relatar, seja pela presença de VMI, diminuição do estado de consciência ou medicação sedativa em perfusão. Porém, é de salientar que a ausência de relato não significa ausência de dor. Das PSC internadas num SMI, cerca de 50% experienciam dor de moderada a intensa (Gomarverdi et al., 2019; Cunha, 2018). Comum aos dois SMI, foi usada a escala BPS para avaliação da dor nos doentes ventilados e sedados, realizando-a através de três parâmetros: expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória. A um doente sem dor equivale uma BPS de 3 e uma BPS de 12 a um doente com dor insuportável. Na prestação de cuidados de enfermagem, atos como aspiração de secreções, alternância de decúbitos e realização de cuidados de penso, aumentam a dor na PSC. Refletindo nestes factos, sempre que previa efetuar um procedimento doloroso, mas essencial para o cuidado da pessoa, optei por gerir analgesia de resgate previamente a este. Na PSC acordada, com estado consciência que permitia a transmissão de sentimentos e sensações, usei a escala numérica para quantificar a dor. Nestes doentes, além da gestão da analgesia prescrita, expliquei de forma calma e com uma linguagem adequada o procedimento que ia efetuar. Não escondendo nada da pessoa sob o meu cuidado, apenas preparando-a para acompanhar todos os passos com o objetivo de atuar na componente emocional.

No ensino clínico I – urgência polivalente, no diálogo estabelecido com a pessoa, verifiquei que em alguns casos o desconhecimento do procedimento a que vai ser submetida, aumenta a sensação de dor. O recurso à explicação do procedimento e o toque terapêutico, reduzem a ansiedade da PSC, aumentam a empatia enfermeiro/doente e ao mesmo tempo permitem obter o consentimento da intervenção de enfermagem que será realizada.

O enfermeiro EEMC na área de enfermagem à PSC deve sempre que possível procurar estratégias não farmacológicas para controlo da dor atuando em três domínios:

- Físico, em que o alívio da dor pode ser promovido pela aplicação de calor ou frio, alternância de decúbitos e recurso a massagens;
- Intervenções comportamentais, através da musicoterapia com otimização do meio ambiente para promover o relaxamento e moderar as emoções;
- Intervenções de suporte emocional, como o toque terapêutico e a escuta ativa. O toque terapêutico caracteriza a enfermagem pela imposição de mãos com intencionalidade, estimulando fibras sensitivas superficiais, gerando o

relaxamento muscular através da estimulação do sistema límbico a nível neurofisiológico (Cunha, 2018).

À medida que também efetuei desmame da sedação e analgesia da PSC, tive sempre uma postura diferenciadora na gestão da dor, implementando sempre estratégias não farmacológicas para otimização da analgesia de base. Aliado ao toque terapêutico descrito anteriormente, mantive com todos os doentes sempre um papel de escuta ativa num ambiente calmo e organizado, mesmo com algumas dificuldades da comunicação por presença de VMI ou VNI, através de estratégias complementares de comunicação. Atendendo as competências do enfermeiro EEMC na área de enfermagem à PSC demonstrei os conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor, realizando a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa através de uma comunicação que fundamentou a relação terapêutica face a situações de alta complexidade, quebrando as barreiras da comunicação com estratégias facilitadoras.

A gestão terapêutica de todas as drogas administradas à PSC é um processo complexo, que exige do enfermeiro conhecimento para realizar a preparação, administração, gestão e avaliação da resposta à administração.

Em larga escala os eventos adversos nos SMIs estão relacionados com a inadequada gestão terapêutica, causando repercussões no doente, na sua família e nos profissionais de saúde. Entre 8% a 10% das PSC sofrem pelo menos um evento adverso durante o internamento (Vitorino, 2020).

A instabilidade hemodinâmica associada à disfunção orgânica, torna necessário o uso de fármacos com efeitos na vasculatura periférica, pulmonar e cardíaca. O conhecimento sobre as suas propriedades farmacológicas, é essencial para uma adequada gestão e vigilância de interações medicamentosas. Como demonstração da aquisição de competências especializadas, preparei, administrei, geri e monitorizei a resposta de todas as drogas vasoativas da PSC, tendo sempre presente as diluições estabelecidas em normas internas pela instituição. Pude verificar uma uniformização das concentrações dos fármacos em toda a Unidade de Gestão Autónoma de Medicina Intensiva, havendo um trabalho em consonância para promover a segurança da pessoa na realização da transferência.

Outra gestão complexa a ser realizada na administração terapêutica, prende-se com as vias de administração do CVC, onde tive de demonstrar conhecimentos das compatibilidades de perfusão em Y, da fotossensibilidade dos fármacos, da sua ação e dos efeitos indesejáveis. De forma a manter esta gestão segura, identifiquei sempre todas

as máquinas perfusoras com o fármaco em perfusão e as respectivas vias de administração, bem como a realização da verificação do prazo da validade da preparação dos fármacos e a conexão no lúmen proximal das drogas vasoativas. A dupla verificação, tanto da preparação como da administração, é uma prática que adotei para minimizar o erro terapêutico.

A bibliografia que consultei refere que a amina vasoativa mais administrada é a noradrenalina (70,1%) seguido da dobutamina (29,9%) (Faria et al., 2022). Estes dados refletem a minha prática diária ao longo deste processo de aquisição de competências, sendo a noradrenalina o fármaco de primeira linha usado em estados de hipotensão arterial, após correção da volemia. A este fármaco foi posteriormente associado a dobutamina, em situações de disfunção miocárdica.

A colocação das aminas nos SMIs e na SE foi sempre realizada no lúmen proximal, tendo-me baseado na bibliografia, que apoia esse uso por ser o de menor calibre em relação ao distal, reduzindo o risco de bólus inadvertidos (Faria et al., 2022).

Em vários momentos tive a oportunidade de participar nas decisões de grupo para o estabelecimento do plano terapêutico, expressando uma opinião fundamentada, concisa e assertiva. Senti que a avaliação que realizava da PSC era valorizada, que as minhas sugestões na abordagem à mesma e à família a vivenciar um processo de disrupção era aceite por toda a equipa multiprofissional e multidisciplinar.

Constatee nos SMIs uma abertura na presença de familiares, de encontro ao paradigma de portas abertas que foi abordado nas aulas teóricas, sendo permitido a presença contínua de dois familiares em simultâneo e dentro do possível, a colaboração destes nos cuidados prestados. Logo na admissão da PSC é fornecido o guia de acolhimento ao familiar, procurando descontextualizar o ambiente complexo onde aos olhos do familiar são prestados os cuidados. Trabalhei nesse sentido, procurando ter a presença da família nos momentos de execução de alguns procedimentos, explicando o que iria ser realizado, o motivo da sua realização e as reações que eram esperadas por parte do seu familiar (mesmo quando se encontrava em RASS -5). O descrito na bibliografia e abordado nas aulas teóricas, sobre os sentimentos de insegurança e medo que acompanha os familiares, foi constatado em todas as abordagens à família, utilizando por isso um discurso mais simples e adequado ao contexto, para a transmissão de informações e contextualização da situação.

Deste modo, ao longo dos cuidados prestados e desde que a condição clínica o permitisse, adaptei o horário das visitas à presença da família. Estendi o tempo de visita

para além do estipulado por norma interna do regulamento das visitas, tentando proporcionar o máximo contacto entre ambos. Nos SMIs e no SUP garanti uma escuta ativa, num ambiente acolhedor, calmo e com privacidade procurando realizar uma gestão diferenciada do bem-estar da família, com fundamentação das intervenções executadas à PSC e o estabelecimento de uma relação terapêutica com a mesma.

Todo o processo, tratamento e o próprio ambiente, pode ocasionar problemas emocionais e psicológicos na pessoa e na sua família. De acordo com Ramos e colaboradores (2018), a família é uma extensão da própria pessoa e deve ser alvo dos cuidados de enfermagem a par da mesma. A família vivencia momentos de angústia e vê a sua rotina familiar ser quebrada, é por isso necessário realizar o seu acompanhamento e acolhimento, envolvendo-a no cuidado e como foco desse mesmo cuidado. No artigo publicado por estes mesmos autores podemos verificar que os sentimentos mais vivenciados pela família durante o internamento num SMI são o medo, devido a presença de futuras sequelas ou morte, e a insegurança com incerteza da recuperação do familiar.

No último ensino clínico estágio com relatório, no módulo II, desempenhei funções no centro de referência de ECMO, onde efetuei a admissão da PSC resgatada para suporte de ECMO e participei em canulações programadas no SMI. A pessoa submetida a esta técnica ao longo do internamento tem disponível uma equipa composta por médico com experiências na técnica, enfermeiro responsável pelo doente de preferência enfermeiro EEMC na área de enfermagem à PSC e um perfusionista. Sendo responsável pela PSC, colaborei na realização da técnica através da otimização da resposta à mesma, com recurso a posicionamentos, na administração e gestão de drogas vasoativas, de sedação, da analgesia e da administração de fluidoterapia, tudo com o intuito de manter fluxos adequados que sustentem o suporte circulatório ou respiratório.

A canulação exige acessos venosos de grande calibre, tive por isso como focos da minha atenção a vigilância do local de inserção do acesso venoso/arterial, a vigilância das perdas hemáticas e a execução de pensos com técnica asséptica, assim como a atenção à fixação das cânulas para não ocorrer deslocação. O tratamento da pessoa em ECMO gera outro desafio na vigilância da temperatura corporal, em que não pode ser guiada pelos parâmetros padrão dos restantes doentes. Realizei por isso uma gestão, administração e avaliação da terapêutica farmacológica e não farmacologia de arrefecimento corporal, comparando a temperatura corporal ao valor programado no permutador de calor.

Estes cuidados são tecnicamente complexos, com risco acrescido, efetuado por equipas multidisciplinares e multiprofissionais, com uma carga de trabalho volumosa e

com tempo inespecífico, onde a segurança, eficácia e sucesso desta técnica exige planos de formação bem delineados (OE, 2020).

Para basear todo o tratamento à PSC é necessário a realização de exames complementares de diagnóstico e procedimentos médicos não passíveis de serem realizados no SMI, obrigando a sua deslocação intra-hospitalar. No período em que decorreram os três ensinamentos clínicos tive a oportunidade de acompanhar diversos TIH. No ensino clínico I – urgência polivalente acompanhei o TIH de uma pessoa politraumatizada para internamento na unidade de cuidados neurocríticos, uma pessoa politraumatizada para a unidade de TAC e posteriormente RX, uma pessoa com enfarte agudo do miocárdio para o serviço de hemodinâmica e uma pessoa em morte cerebral para internamento no SMI polivalente. No ensino clínico II – cuidados intensivos polivalente, acompanhei uma pessoa para a realização de TAC e outra após PCR para o centro de arritmologia e pacing. Por último, no ensino clínico estágio com relatório acompanhei três pessoas para a realização de TAC, uma das quais em suporte de ECMO, duas pessoas para procedimento cirúrgico em bloco operatório em suporte de ECMO e duas pessoas para transferências entre SMI.

As recomendações da SPCI em 2023, reforçam a necessidade da formação para se obter uma qualificação técnica que assegure a segurança durante o transporte da PSC, com controlo da qualidade da execução do mesmo, através de auditorias promovidas pela instituição. Outra recomendação, é em caso da pessoa se encontrar sob isolamento com risco de transmissão e contaminação para os demais, os exames de diagnóstico de rotina serem agilizados para último e com notificação prévia do local que vai receber a PSC. O acompanhamento deve ser realizado pelo enfermeiro responsável pelo doente, preferencialmente um enfermeiro EEMC na área de enfermagem à PSC e que assegure em casos de transferência da responsabilidade para outra equipa, que esta última possua uma equipa treinada de profissionais capaz de assumir os cuidados necessários para a continuação do tratamento (SPCI, 2023).

Outro tópico exclusivo e que não se verificava nas recomendações de 2008, incide no transporte da PSC em ECMO. Os princípios gerais do transporte da PSC, aplicam-se a pessoas sob esta técnica, mas com uma equipa em que o médico tem de possuir experiência na técnica e um perfusionista a par do enfermeiro responsável pelo doente. A OE (2020) acrescenta que estes doentes devem levar uma bala de oxigénio extra, além das duas que vão em uso, bomba de suporte de débito de sangue suplente, no mínimo

quatro clampes para as tubuladuras, tesoura e conexões (1/4 e 3/8) em acrescento ao material que já acompanha os restantes TIH da PSC.

Antes de iniciar e planejar o TIH da PSC, realizei uma avaliação geral do seu estado clínico, tentando antecipar possíveis focos de instabilidade. O tempo de TIH por vezes foi superior a 30 minutos, reforçando a necessidade do acompanhamento por um profissional qualificado, com formação na área para desempenhar este papel e planejar de forma adequada os recursos necessários para o transporte.

O momento de maior tensão que senti na realização do TIH ocorre na transferência da PSC da cama para a mesa do procedimento, aqui a comunicação eficaz é essencial e com um *team* líder à cabeça. Como a realização destes transportes é recorrente, há necessidade de elaborar uma norma interna, com um fluxograma que deve ser implementado e seguido por todos os profissionais.

No último ensino clínico, elaborei uma lista de verificação, como um culminar do meu projeto de autoformação e do desenvolvimento de competências nesta área em específico. Com a mesma, pretendo diminuir a probabilidade da ocorrência de eventos adversos, fornecendo uma linha orientadora e pontos fulcrais a ter em conta na fase de pré-transporte, no transporte e no pós-transporte. Na mesma poderá ainda ser possível recolher dados para avaliar a execução do TIH. A lista de verificação ficou reduzida a duas páginas, pois pela bibliografia consultada, identifiquei que o maior entrave às aplicações deste género de estratégias é o tempo despendido no seu preenchimento.

O cuidado à PSC é complexo e desafiador, mas sem dúvida gratificante. A capacidade de antecipar e prevenir complicações, é na minha ótica a principal medida a ser tomada pelo enfermeiro EEMC na área da enfermagem à PSC. Da prevenção vem a segurança dos cuidados de enfermagem.

3.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

O primeiro contacto para o desenvolvimento de competências especializadas nesta área, ocorreu na unidade curricular Intervenção em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, lecionada na parte teórica do Mestrado. Foi pedida a realização de um estudo de caso segundo o qual deveríamos elaborar um teatro de operações, assumindo o papel de coordenação, ou seja, o papel de Comandante das Operações de Socorro (COS). É o líder da primeira equipa, que assume esse posto na chegada ao local, até a chegada de um elemento mais diferenciado, devendo reportar ao centro de coordenação de doentes

urgentes dados concretos, como sejam o número de vítimas, os meios para lhes proporcionar segurança para a evacuação e as equipas médicas necessárias. Deve ainda, ao mesmo tempo, começar a planear a organização do teatro de operações (Anexo III), para alocação das vítimas segundo prioridades, acesso dos meios ao local, com possível corte de vias de trânsito, hospitais para onde pode drenar as vítimas e o local para alocar as famílias e os meios de comunicação social que se dirigem ao teatro de operações.

Este trabalho foi desafiante, mas proporcionou o desenvolvimento de competências enunciadas no Regulamento n.º 429/2018, através da demonstração de conhecimentos do plano nacional, distrital e municipal para situações de emergência e catástrofe, da previsão dos locais que podiam fornecer cuidados adequados e do conhecimento da triagem primária e secundária em contexto multivítimas, efetuada em Portugal pelo fluxograma de Triagem START Adulto (Anexo IV).

Relativamente ao ensino clínico – SU, apesar de não se encontrar sob pressão da pandemia covid-19, ainda existia uma área dedicada para a pessoa com sintomatologia suspeita. Todos os utentes que apresentassem suspeita de infeção covid-19 eram alocados à área covid, para realização de testes de antígeno rápido. No caso de ser negativo eram depois transferidos para as respetivas áreas. Na maioria das vezes, os doentes apresentavam disfunções respiratórias com necessidade de administração e gestão de oxigenoterapia, a suspeita de sépsis também foi frequente nesta área, com a necessidade de colheitas de rastreio séptico e início precoce de antibioterapia.

Relativamente ao contexto multivítimas, o Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil (PMEP) da área onde desenvolvi o ensino clínico prevê a articulação com a Autoridade Regional de Saúde do Norte, a qual por sua vez, deve executar uma articulação com as unidades hospitalares de forma a dispor de uma capacidade máxima de cuidados de saúde e garantir o reforço de profissionais de saúde (PMEP, 2015).

O centro hospitalar onde desenvolvi o ensino clínico dispõe de um Plano de Emergência Externa (PEE). O comando de operações estabelece-se na direção do SUP, onde a liderança da operação fica a cargo do coordenador de emergência. Este plano é ativado sempre que chegam ao SUP um número elevado de vítimas resultantes de uma ocorrência externa, através de informação proveniente do Instituto Nacional de Emergência Médica ou da Proteção Civil. A ativação do PEE é efetuada por três níveis, relacionados com o impacto que a afluência terá na atividade programada. A triagem nesta situação de multivítimas é realizada segundo o modelo START, com possibilidade de se realizar triagem avançada no exterior do SUP. As áreas vermelha, amarela, verde e

preta estão pré-definidas no PEE, reservando a área verde e preta para espaços físicos exteriores à área de implementação do SUP, de forma a diminuir o impacto na atividade normal.

O mesmo plano tem exposto cartões de ação, nos quais destaco o da função do coordenador de enfermagem, que entre outras tarefas, colabora no estabelecimento do comando operacional, define enfermeiros responsáveis por área, distribui meios para uma comunicação efetiva, garante a distribuição dos kits de equipamentos locais, reorganiza a movimentação dos doentes pela necessidade de reorganização das áreas do SUP, coordena o recrutamento de enfermeiros e o reabastecimento dos stocks de fármacos e consumíveis.

Deste modo, desde o mais alto nível do comando operacional até às diversas áreas pré-definidas, existe um enfermeiro com funções de coordenação em cada uma, centradas na gestão, coordenação e comunicação. Estas competências reconhecidas aos enfermeiros EEMC na área de enfermagem à PSC, estão evidenciadas na capacidade de gestão em situações de urgência, exceção e catástrofe, com eficiência dos cuidados de enfermagem e garantia da aplicação do PEE consoante o nível estratégico.

No ensino clínico estágio com relatório, aprofundei o Plano de Segurança Interno (PSI) do serviço. Este tem como objetivo coordenar a resposta numa situação de emergência, definindo os procedimentos de atuação face a uma situação de exceção, organizando os meios de socorro, a evacuação dos ocupantes e profissionais e garantindo a continuidade de cuidados aos doentes.

O responsável de risco local ou responsável presente no local dirige e coordena todas as ações a desempenhar pelas primeiras equipas de intervenção/evacuação, como o apoio a ser prestado às diversas entidades que vão ocorrer ao local. Deve avaliar, decidir e coordenar as evacuações locais e setoriais do serviço, indicar o momento adequado para efetuar o corte parcial ou geral da eletricidade, dos gases medicinais e prestar todas as informações ao coordenador da emergência. Fica assim aqui, a importância destacada ao enfermeiro coordenador de turno ser um enfermeiro EEMC na área de enfermagem à PSC, por possuir conhecimentos aprofundados do plano de emergência e catástrofe da instituição/serviço, demonstrar conhecimentos no princípio de atuação em situações de catástrofe, decidir a sequência de atuação e delegar a atribuição dos papéis aos membros da equipa. Estando assente nas suas capacidades de gestão e liderança.

No mesmo plano, pude verificar que compete às primeiras equipas de intervenção e evacuação, constituídas por todos os profissionais presentes no serviço, a reunião dos

documentos pertencentes ao processo clínico da pessoa e a preparação de todo o material necessário para o transporte. A evacuação é efetuada na seguinte ordem:

- Visitas, acompanhantes e a pessoa fisicamente capaz;
- Pessoas acamadas que se encontram mais afastados das saídas;
- Pessoas acamadas que se encontram mais próximas das saídas.

Caso o carro de emergência e as balas de oxigénio se encontrem no sector a evacuar, deve ser ordenado o seu transporte para a área de refúgio ou ponto de reunião. E em casos de fogos não extintos em que a evacuação total da área ocorre antes da chegada dos bombeiros, devem ser fechadas todas as janelas e portas, sendo imprescindível a qualquer funcionário do centro hospitalar conhecer o número interno para comunicar um incêndio.

Mais uma vez, fica aqui implícito a necessidade de formação com treinos simulados em diferentes contextos da prática de cuidados, mas também e principalmente no transporte da PSC. Num momento destes, existe uma corrida contra o tempo, onde o enfermeiro EEMC na área de enfermagem à PSC possui a capacidade de executar as ações necessárias para a evacuação da pessoa de forma segura, com a garantia na continuidade dos cuidados. Apesar de durante as práticas clínicas não ter vivenciado nenhuma emergência ou catástrofe, considero ter desenvolvido as competências necessárias para o realizar com eficácia, tendo demonstrado ao longo deste percurso conhecimento dos planos de segurança do centro hospitalar onde desenvolvi os ensinamentos clínicos.

3.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Todos os cuidados de enfermagem devem ter por base práticas de controlo de infeção e resistências a antimicrobianos, quer seja por meios de prevenção, quer de controlo quando a mesma está diagnosticada. O enfermeiro EEMC na área de enfermagem à PSC, deve em todos os casos, basear a sua prática na melhor evidência científica e ter conhecimento da realidade que o rodeia.

Nos hospitais de agudos em Portugal, uma pessoa em cada 13 internadas possui uma infeção, onde em cada 10, oito são Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). De ressaltar, que em cada 13 pessoas internadas, quatro fazem pelo menos um antibiótico (DGS, 2019b). Um relatório europeu com dados de 2019, indica que relativamente a Infeções da Corrente Sanguínea (ICS), da Pneumonia Associada à Intubação (PAI) e

Infeção do Trato Urinário (ITU), 7,4% das pessoas internadas num SMI por um período superior a 48 horas, apresentam pelo menos uma dessas infeções. A nível Europeu em 2019 foram diagnosticadas nos SMI 4706 casos de pneumonia associado aos cuidados de saúde, desses 95,8% estavam associados à intubação. Os microrganismos mais frequentemente isolados foram a *klebsiella spp.*, *pseudomonas aeruginosas*, *staphylococcus aureos* (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2023).

As pessoas internadas estão sujeitas a fatores de risco com o uso de dispositivos invasivos, dos quais 6,7% com o uso do CVC, 65% com o uso do cateter venoso periférico, 19,9% com o uso de cateter vesical e 2,2% com o uso da intubação orotraqueal.

A realidade Portuguesa analisada no período de 2017, destaca as três IACS mais reportadas, por ordem decrescente: infeção do trato urinário, a pneumonia e a infeção do local cirúrgico. De todas as IACS e pela mesma ordem decrescente, os microrganismos mais frequentemente isolados são a *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* e *Staphylococcus aureus* (DGS, 2019b).

Dos antimicrobianos utilizados em hospitais de agudos em Portugal, 25,25% deve-se a tratamento de IACS, o segundo maior motivo do seu uso de acordo com o Relatório do Inquérito de Prevalência em Hospitais de Agudos em Portugal 2017 | 2022. Das substâncias ativas mais usadas, as seis mais frequentes por ordem crescente são a vancomicina, meropenem, cefazolina, ceftriaxona, piperacilina (DGS, 2019b). O uso desta antibioterapia corresponde àquela que usei no decorrer de todos os ensinamentos clínicos.

O manual de normas técnicas de controlo de infeção, que enumera as recomendações e padrões a seguir para controlo da infeção hospitalar, preconiza que sejam aplicadas as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), a todas as pessoas que necessitam de cuidados de saúde, prevenindo a transmissão cruzada de microrganismos. As PBCI baseiam-se em :

- “1. *Isolamento de doente;*
2. *Higiene de mãos;*
3. *Etiqueta respiratória;*
4. *Utilização de Equipamento de Proteção Individual;*
5. *Descontaminação de equipamento clínico;*
6. *Controlo ambiental;*
7. *Manuseamento seguro de roupa;*
8. *Recolha segura de resíduos;*

9. *Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis;*

10. *Exposição a agentes microbianos no local de trabalho.”*

(Centro Hospitalar e Universitário de São João, 2019, p.5).

A higiene das mãos através da fricção da solução SABA, como já referido anteriormente, é um ato que salva-vidas. Segundo a DGS (2019b), o consumo desta substância em 2019 foi de 31,3 litros por 1000 dias de internamento.

Como futuro enfermeiro especialista, desempenhei um papel formativo e de auditoria, garantindo o cumprimento dos isolamentos por parte de todos os profissionais, reforçando a necessidade de desinfeção da unidade do doente em casos devidamente justificados. Relativamente à família, transmiti a necessidade de medidas de isolamento, da necessidade de não entrarem em contacto com o espaço físico das outras unidades, reforcei a necessidade de desinfeção/lavagem das mãos e expliquei o uso correto dos equipamentos de proteção individual.

Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica à PSC publicados em 2017, pressupõem a liderança na “implementação do plano de intervenção e controlo de infeção, nomeadamente, no que respeita ao estabelecimento de procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção, face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica” (OE, 2017, p.16) e capacita as “equipas de profissionais na área da prevenção e do controlo da infeção associado aos cuidados à pessoa em situação crítica” (OE, 2017, p.16).

A prevenção da infecção associada a dispositivos como o CVC, sonda vesical, intubação orotraqueal e infeção da ferida cirúrgica são campos de atuação do enfermeiro EEMC na área de enfermagem da PSC e a sua necessidade está mais que evidenciada pela bibliografia exposta no início deste subcapítulo.

Existe um conjunto de feixes de intervenção direcionados para cada um dos dispositivos invasivos mencionados anteriormente. Deste modo para a prevenção da PAI associada a VMI, elevei a cabeceira da pessoa em pelo menos 30°, zelei pelo uso da monitorização contínua do cuff nos 30 mmHg, uso de tubos orotraqueais com aspiração subglótica, aplicação da aspiração subglótica de forma contínua, a realização da higiene oral com octenidina pelo menos uma vez por turno, aspiração com técnica asséptica, usando sondas de aspiração com diâmetro adequado ao diâmetro do tubo orotraqueal, e procurei participar e incentivar o desmame precoce da sedação. Na prevenção da ITU associada à cateterização vesical, executei a avaliação da necessidade de a manter, zelei pela integridade do sistema fechado, efetuei o esvaziamento quando o debitómetro atingia

2/3 da capacidade, realizei colheitas com técnica asséptica, garanti o uso de lubrificante de uso único e do reforço na atenção a higiene diária do meato urinário. Nos cuidados ao uso do CVC avaliei de forma diária a necessidade da sua manutenção, utilizei técnica asséptica na realização do tratamento, optando pelo uso de pensos transparentes impermeáveis, aquando da manipulação tive o cuidado de substituir as tampas de conexão e efetuar desinfeção com gluconato de clorhexidina 2%, com espera entre os 15 a 30 segundos após aplicação. Existe ainda espaço de melhoria, nomeadamente um terceiro elemento que verifique se todos os passos corretos durante a colocação do CVC são cumpridos e ao mesmo tempo preencha uma lista de verificação.

A prevenção da infeção do local cirúrgico realizou-se com os cuidados de higiene no dia anterior e no dia da cirurgia com clorhexidina a 4%, o controlo da glicemia capilar, atuando na sua correção em conformidade com protocolo de administração de insulina rápida do SMI e o uso de técnica asséptica na realização de cuidados de penso.

É de salientar, que não existe uma só medida que previna as infeções associadas aos cuidados de saúde, o conjunto e cumprimentos de todas de forma global, é que coloca a pessoa sob cuidados de saúde em segurança. Neste sentido, no último ensino clínico, o serviço durante os turnos da manhã tinha elementos que verificavam as unidades e se tudo se encontrava em conformidade com as normas do centro de epidemiologia.

A pessoa que se encontra em isolamento, está sujeita a precauções adicionais no momento da realização de TIH. Todos os cuidados já enumerados anteriormente são aplicados, adicionando-se as medidas adicionais de isolamento. No momento do transporte se as medidas adicionais são de contacto, todos os elementos da equipa têm de usar o respetivo EPI e assegurar um elemento limpo para garantir a desobstrução do percurso. Se o isolamento for de gotícula, acresce o uso de máscara cirúrgica para todos os profissionais que estejam a menos de dois metros da pessoa. Quando o isolamento é de via aérea, os profissionais que vão ter contacto com a pessoa têm de usar respirador tipo FFP_2 ou N_{95} . Saliento para a necessidade de reforçar estas medidas adicionais no momento de contacto prévio com a equipa para onde a pessoa será transportada.

Não posso terminar este tópico sem abordar a triagem de resíduos hospitalares, apesar de não ter um impacto direto nos cuidados prestados à PSC, têm impacto nos custos associados a esses mesmos cuidados. A racionalidade nesta gestão deve estar presente em todos os profissionais de saúde, contudo o que verifiquei, foi uma enorme margem para a melhoria da gestão dos resíduos hospitalares.

Na sua grande maioria os resíduos são rejeitados no grupo III, contudo, no último ensino clínico observei uma melhoria neste aspecto, pela disponibilidade em cada unidade de baldes de lixo de grupo II e grupo III. Faço por isso reforço que no grupo II, equiparados a urbanos (lixo preto), pode ser colocado material ortopédico como talas, gessos e ligaduras gessadas não contaminados e sem vestígios de sangue, fraldas e resguardos descartáveis não contaminados e sem vestígios de sangue, material de proteção individual utilizado nos serviços gerais e de apoio, com exceção do utilizado na recolha de resíduos.

No que concerne a esta unidade de competência, pude contribuir para a mudança da triagem de resíduos, através de sugestões de melhoria na organização e a adequação das práticas de controlo de infeção na desinfeção das unidades em casos de clostridium difficile. Recebi e adquiri o conhecimento transmitido pelos enfermeiros tutores, na organização dos cuidados de enfermagem ao longo do turno tendo em conta a PSC com medidas de precauções de isolamento adicionais e nos procedimentos adotados durante o TIH. Zelei pela prevenção das IACS, tendo um papel ativo na aplicação da aspiração subglótica, bem como todos os restantes feixes de intervenção para minimizar o risco das mesmas.

4. CAPÍTULO IV – COMPETÊNCIAS DE MESTRE

4.1. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, define os critérios para conferir o grau de mestre, podendo este ser atribuído a quem “desenvolva atividades de formação e de investigação baseada na prática e orientadas para o desenvolvimento profissional, de nível e qualidade reconhecidos” (Decreto de Lei n.º 65/2018, p. 4151).

Atendendo ao anteriormente descrito e à necessidade de desenvolvimento de competências, desde que terminei a licenciatura, frequentei formações na procura da atualização de conhecimentos, melhoria da prática de enfermagem e desenvolvimento profissional e pessoal. São exemplo disso as formações relacionadas com gestão de resíduos, gestão de risco, suporte imediato de vida, participação em congressos como no VII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos, congresso APTFeridas'19 e mais recentemente no congresso de Enfermagem Intensiva – Compromisso com a Pessoa em Situação Crítica, tendo realizado um workshop na abordagem do doente neurocrítico.

As partilhas de conhecimento mencionadas anteriormente, os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos na parte teórica do mestrado e posteriormente nos ensinamentos clínicos, contribuíram para a minha aquisição e desenvolvimento de competências. Neste período, experienciei contextos novos, onde tive a necessidade de mobilizar conhecimentos prévios à formação e os interligar com novas atualizações científicas, que fui tomando contacto ao longo do mestrado. Assim, ao longo deste período apliquei e promovi e identifiquei oportunidades de melhoria dos cuidados de enfermagem, tendo desenvolvido o meu projeto de autoformação com base numa das oportunidades de melhoria identificadas, tendo ainda refletido sobre questões éticas com recurso ao ciclo de Gibbs.

Evidencio capacidades na aplicação dos meus conhecimentos e capacidade de resolver problemas em novas situações que surgem, relacionados com a minha área de estudo. Ao longo deste ciclo de estudos fui ainda capaz de integrar novos conhecimentos, abordar questões complexas, desenvolver soluções para os problemas identificados, tendo em conta as responsabilidades éticas e sociais.

No desenvolvimento da minha atividade profissional como enfermeiro, toda a observação que dirigiu a uma conclusão, quando não era do meu domínio a sua resolução, terminou com a comunicação aos elementos da equipa multiprofissional.

Ao longo deste período aprendi a selecionar a melhor evidência científica, que tem fundamentado o meu exercício da profissão e contribuído para a melhoria dos cuidados

prestados a PSC. No ensino clínico I – Urgência Polivalente e no ensino clínico II – cuidados intensivos polivalente efetuei um relatório de estágio crítico-reflexivo por cada campo de estágio, pautados por apoiar a prática na evidência científica que tinha demonstrado. Foi ainda realizado por cada ensino clínico duas reflexões com recurso ao ciclo de Gibbs, onde através das suas seis etapas foi possível estruturar o meu pensamento, culminando num plano de ação. No último ensino clínico, estágio com relatório, além das reflexões através do ciclo de Gibbs, foi elaborado um estudo de caso tendo em conta um referencial teórico da prática de enfermagem e um projeto de autoformação.

O projeto de autoformação terminou com a elaboração de uma lista de verificação a ser implementada nos TIH. Para a sua elaboração, tive de recorrer à evidência científica de modo a identificar os fatores de risco a que a PSC é submetida durante o TIH. Como já referido anteriormente, a bibliografia relaciona o tempo despendido no preenchimento destas listas de verificação como um fator da não adesão por parte dos profissionais de saúde. Tive o cuidado de sintetizar a lista de verificação numa única folha (frente e verso), com o intuito de ter maior adesão no seu preenchimento.

Atendendo ao meu percurso profissional, a forma como abordei e planeei uma resposta a ser adotada para garantir a prestação do TIH à PSC, contribuiu seguramente para a sua segurança e para a qualidade dos cuidados prestados. Considero ter adquirido as competências inerentes ao Mestre e EEMC na área de enfermagem à PSC com o percurso demonstrado.

CONCLUSÃO

Este relatório é o culminar de um percurso de formação e desenvolvimento de competências comuns e específicas ao longo do 1º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da ESSSM e pretendeu demonstrar precisamente essa aquisição das competências do enfermeiro EEMC na área de enfermagem à PSC presentes nos regulamentos nº 140/2019 e n.º 429/2018, assim como evidenciar o desenvolvimento das competências de mestre – Decreto Lei 65/2018.

Ao longo deste percurso, que se iniciou com aquisição de conhecimentos no ensino teórico e posteriormente com o desenvolvimento de competências nos ensinamentos clínicos, considero ter crescido de forma significativa no que concerne ao meu desenvolvimento pessoal e profissional. Quando analiso a minha prática profissional anterior a este mestrado, constato que fundamento de forma mais adequada as minhas tomadas de decisão, presto mais atenção à segurança da pessoa e promovo cuidados nas minhas jornadas de trabalho com base na evidência científica. Pauto assim, a minha atuação com base no rigor técnico, científico e humano, com atenção redobrada na componente comunicacional. A perceção que tive ao longo destes ensinamentos clínicos e a bibliografia consultada, são claras em atribuir a responsabilidade na maioria dos eventos adversos aos erros na comunicação entre as equipas multiprofissionais e multidisciplinares. Entre as equipas profissionais devem ser usadas abordagens técnicas como a metodologia ISBAR, recomendada pela DGS. Já para comunicar com os familiares podemos e devemos usar uma comunicação mais empática, descontextualizando os termos técnicos, com uso da comunicação não verbal e do toque terapêutico.

Os locais que escolhi para realizar os ensinamentos clínicos, são caracterizados por serem ambientes complexos, despersonalizados e hostis para os familiares, onde a evolução tecnológica constante, permite a recolha de mais e melhores dados e uma maior e mais eficiente prática de cuidados à PSC. O foco do enfermeiro EEMC na área de enfermagem à PSC deve incidir na pessoa alvo de cuidados e na sua família, sabendo descontextualizar a situação e fazer com que a família sinta que tem um papel importante naquela recuperação.

Atendendo aos dois objetivos que delineeii no início deste relatório de estágio, considero-os cumpridos e atingidos com sucesso. Efetuei uma reflexão e descrição do meu percurso, com base na evidência científica para fundamentar a minha prática que permitiu o desenvolvimento das competências especializadas no cuidado à PSC com

enfoque ao TIH. Realce-se que o TIH ainda continua a ser descuidado, apesar de ser um processo rotineiro dentro da instituição hospitalar.

A SPCI, no presente ano, reviu as recomendações sobre o transporte do doente crítico, dedicando um tópico exclusivamente ao TIH. Começa assim, a haver uma consciencialização da importância do tema, onde o enfermeiro EEMC na área de enfermagem à PSC é o profissional de enfermagem mais competente e que preferencialmente deve realizar o TIH. O transporte nunca é isento de eventos adversos, a bibliografia consultada chega a falar em taxas de 70% de eventos adversos na totalidade dos transportes realizados. O nível de cuidados à PSC deve ser mantido no decorrer de todo o transporte, efetuando um adequado planeamento e preparação. No decorrer do processo deve existir uma comunicação eficaz entre a equipa responsável pela sua execução.

Ao longo deste percurso foram sentidas dificuldades, mas são essas etapas na procura de soluções, que levam ao desenvolvimento pessoal e profissional. Este 2º ciclo de estudos fez de mim um novo profissional, mais competente, capaz e eficiente. Tenho comigo um novo corpo de conhecimentos científicos, que busco a sua atualização em contínuo como é o dever do enfermeiro especialista, procurando ser uma referência para os demais colegas que buscam auxílio na resolução de situações complexas. Desenvolvi competências comuns e específicas do EEMC na área de enfermagem da PSC, desenvolvi a minha capacidade de comunicação, tomada de decisão, na emissão de juízos de valor e em desenvolver a minha atividade dentro da equipa multiprofissional e multidisciplinar.

Em suma, podemos concluir que em todas as abordagens à PSC independente dos contextos de atuação, os cuidados de enfermagem devem ser prestados numa cultura de segurança. A minha sugestão surge nesta premissa, fazendo da formação interna o espaço ideal para a sensibilização sobre aspetos de segurança que envolvam a pessoa e a sua família. Neste sentido, pretendo no futuro ser incitador dessa mudança, promovendo a formação em serviço, garantindo a efetiva aplicação da lista de verificação do TIH elaborada neste ciclo de estudos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agizew, T., Ashagrie, H., Kassahun, G., & Temesgen, M. (2021). Evidence-Based Guideline on Critical Patient Transport and Handover to ICU. *Anesthesiology Research and Practice*, 2021: 6618709. <https://doi.org/10.1155/2021/6618709>.
- Alshahrani, B., Sim, J. & Middleton, R. (2020). Nursing interventions for pressure injury prevention among critically ill patients: A Systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 30, 15-16. 10.1111/jocn.15709.
- Alves, Francisco. (2021). *Dificuldades percebidas pelos enfermeiros durante o transporte do doente crítico*. [Master's thesis, Instituto Politécnico de Bragança]. RCAAP. <http://hdl.handle.net/10198/23701>.
- Antunes, S., Mendes, A., & Silva, E. (2021). Intervenções de enfermagem que capacitam a Pessoa em Situação Crítica: Revisão integrativa da literatura. *New Trends in Qualitative Research*, 8, 374–382. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.374-382>.
- Assis S. F., Vieira D. F. V. B., Sousa F.R.E.G., Pinheiro C.E.O., & Prado P.R. (2022). Adverse events in critically ill patients: a cross-sectional study. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0481pt>.
- Australian and New Zealand College of Anaesthetists. (2015). PG52(G) Guideline for transport of critically ill patients 2015. [https://www.anzca.edu.au/getattachment/bd5938d2-d3ab-4546-a6b0-014b11b99b2f/PG52\(G\)-Guideline-for-transport-of-critically-ill-patients-2015](https://www.anzca.edu.au/getattachment/bd5938d2-d3ab-4546-a6b0-014b11b99b2f/PG52(G)-Guideline-for-transport-of-critically-ill-patients-2015).
- Barbosa, T., Beccaria, L., Bastos, A., Silva, D. (2020). Associação entre nível de sedação e mortalidade de pacientes em ventilação mecânica em terapia intensiva. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 54, 1-8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019006903628>.
- Bergman, L. , Pettersson, M. , Chaboyer, W. , Carlström, E. & Ringdal, M. (2017). Safety Hazards During Intrahospital Transport: A Prospective Observational Study. *Critical Care Medicine*, 45 (10), 1043-1049. doi: 10.1097/CCM.0000000000002653.
- Bergman, L., Pettersson, M., Chaboyer, W., Carlström, E., & Ringdal, M. (2018). Improving quality and safety during intrahospital transport of critically ill patients: A critical incident study. *Australian Critical Care*, 33(1), 12-19. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.12.003>.
- Broman, M., Bell, M., Joannes-Boyau, O., & Ronco, C. (2018). The Novel PrisMax Continuous Renal Replacement Therapy System in a Multinational, Multicentre Pilot Setting. *Blood Purification*, 46(3), 220–227. <https://doi.org/10.1159/000489213>.

- Brunsveld-Reinders, A. H., Arbous, M. S., Kuiper, S. G., & de Jonge, E. (2015). A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical Care*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0938-1>.
- Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. In BMC Medical Education. *BMC Medical Education*, 20(2), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>.
- Cabete, D. S. G., Fonte, C. S., Matos, M. M. S., Patrica, H. M., Silva, a. R. R. & Silva, V. F. V. A. (2019). Apoio emocional à família da pessoa em situação crítica: Intervenções de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 20(4), 2182-2883. <https://www.redalyc.org/journal/3882/388259318015/388259318015.pdf>.
- Câmara Municipal do Porto. (2015). Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil do Porto. <http://planos.prociv.pt/Documents/131865957666308119.pdf>.
- Camargo, F. C., Iwamoto, H. H., Galvão, C. M., Monteiro, D. A. T., Goulart, M. B., & Garcia, L. A. A.. (2017). Modelos para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem hospitalar: revisão narrativa. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4). <https://doi.org/10.1590/0104-0707201700207001>.
- Canellas, M., Palma, I. ., Pontífice-Sousa, P., & Rabiais, I. (2020). Checklist para el transporte intrahospitalario seguro del paciente crítico: A scoping review. *Enfermería Global*, 19(4), 525–572. <https://doi.org/10.6018/eglobal.411831>.
- Cantante, A., P. S. R., Martins, H. I. V., Teixeira, M. J., Frota, M. A., Rolim, K, M. C. & Albuquerque, F., H., S. (2020). Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 271-272. DOI: 10.1590/1413-81232020251.27682019.
- Carneiro, T., Duarte, T., & Magro, M. (2017). Critical Patient Transport: A challenge for the 21 Century. *Journal of Nursing UFPE*, 11(1), 70-76. 10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201709.
- Centro Hospitalar e Universitário de São João (2019). Manual de Normas Técnicas de Controlo de Infecção.
- Costa, A., & Gaspar, P. (2017). Perfil de competências do enfermeiro no serviço de urgência. *Construindo conhecimento em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*, 1(3), 49-67. <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2880/1/cap-3.pdf>.

- Cunha, H. M. P. (2018). *Intervenções de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em situação crítica*. [Master's thesis, Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde]. RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.8/3847>.
- Decreto de Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde: I série, n.º205 (4 de setembro). <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>.
- Decreto de Lei n.º65/2018 da Presidência do Conselho de Ministros: I série, n.º 157 (16 de agosto). <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>.
- Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde (2014). Diário da República, II série, n.º 153 (11 de agosto). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>.
- Direção-Geral de Saúde. (2019a). Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019.aspx>.
- Direção-Geral de Saúde (2017a). Norma 001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>.
- Direção-Geral de Saúde (2017b). Norma n.º 010/2016. Via Verde Sépsis no Adulto. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023642.pdf>.
- Direção-Geral de Saúde (2017c). Norma n.º 015/2017. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/07/13/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto/>.
- Direção-Geral de Saúde (2022a). Norma 012/2022. Via Verde do Trauma no Adulto. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0122022-de-18112022-via-verde-do-trauma-no-adulto-pdf.aspx>.
- Direção-Geral de Saúde (2022c). Norma n.º 022/2015. “Feixes de Intervenções” para a prevenção da infeção relacionada com o cateter vascular central. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf.
- Direção-Geral de Saúde. (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172011-de-19052011-jpg.aspx>.
- Direção-Geral de Saúde. (2015). Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito. <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito.aspx>.

- Direção-Geral de Saúde. (2019b). Relatório do Inquérito de Prevalência de Ponto em Hospitais de Agudos em Portugal 2017 – 2022. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/relatorios/relatorio-do-inquerito-de-prevalencia-de-ponto-em-hospitais-de-agudos-em-portugal-2017-2022-pdf.aspx>.
- Direção-Geral de Saúde. (2022b). Norma nº 021/2015. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-atualizada-a-17112022.aspx>.
- Entidade Reguladora de Saúde. (2023). Centro Hospitalar Universitário São João, EPE. <https://apch2.ers.pt/pages/198>.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2023). Annual Epidemiological Report for 2019 – Healthcare-associated infections acquired in intensive care units. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/healthcare-associated-infections-intensive-care-units-2019>.
- Faria, T. T., Camerini, F. G., Henrique, D. M., Fassarella, C. S., Nepomuceno, R. M., Campos, J. F., & Franco, A. S. (2022). Eventos clínicos indesejáveis relacionados com a administração de aminas: Estudo transversal. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV21063>.
- Fernandes, C., Ferreira, F., & Marques, G. (2018). Conceito de família em estudantes de graduação em enfermagem através do Photovoice. *Avances en Enfermería*, 36(1), 59-68. [10.15446/av.enferm.v36n1.63988](https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n1.63988).
- Fernandes, E., Infante, J., Mota, M., Ribeiro, O., & Correspondente, A. (2022). Assistência de Enfermagem durante o transporte inter-hospitalar do doente em estado crítico. *Tecnologias e Saúde*, 2, 151–167. <https://doi.org/10.29352/mill0210e.27052>.
- Fernandes, S. J. D. (2010). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir* [Master’s thesis, Universidade Católica Portuguesa]. RCAAP. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4984/3/Tese_Dout_SD_Final_23.10.10.paginada.pdf.
- Ferreira, M., Fernandes, J., Jesus, R., & Araújo, I. (2020). Abordagem na sala de emergência dotação adequada de recursos de enfermagem. *Revista Referência*, 1(1), 1-13. <https://doi.org/10.12707/RIV19086>.
- Gimenez, F. M. P., Camargo, W. H. B. De, Gomes, A. C. B., Nihei, T. S., Andrade, M. W. M., Valverde, M. L. D. A. F. S., Campos, L. D. E. D. S., Grion, D. C., Festti, J., & Grion, C.

- M. C. (2017). Analysis of Adverse Events during Intrahospital Transportation of Critically Ill Patients. *Critical Care Research and Practice*, 2017. <https://doi.org/10.1155/2017/6847124>.
- Gomarverdi, S., Sedighie, L., Seifrabiei, M., Nikooseresht, M. (2019). Comparison of Two Pain Scales: Behavioral Pain Scale and Critical-care Pain Observation Tool During Invasive and Noninvasive Procedures in Intensive Care Unit-admitted Patients. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24(2), 151-156. 10.4103/ijnmr.IJNMR_47_18.
- Grupo Português de Triagem (2011). O Sistema de Triagem de Manchester e as Vias Verdes. Princípios aplicáveis, Integração e Compatibilização de Metodologias de Trabalho. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>.
- Grupo Português de Triagem (2022). <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>, consultado 24/12/2022.
- Guo K. L. (2020). DECIDE: A Decision-Making Model for More Effective Decision Making by Health Care Managers. *The health care manager*, 39(3), 133–141. <https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000299>.
- Heybati, K., Zhou, F., Ali, S., Deng, J., Mohananey, D., Villablanca, P., Raamakrishna, H. (2022). Outcomes of dexmedetomidine versus propofol sedation in critically ill adults requiring mechanical ventilation: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Anaesthesia*, 129(4), 515-526. 10.1016/j.bja.2022.06.020.
- Hu, Y., Shi, D., You, L., & Li, W. (2021). Intrahospital transport of critically ill patients: A survey of emergency nurses. *Nursing in Critical Care*, 26(5), 326–332. <https://doi.org/10.1111/nicc.12601>.
- Intensive Care Society (2011). Guidelines for the transport of the critically ill adult (3rd Edition 2011). <https://static1.squarespace.com/static/595276205016e1a5826a3dee/t/59cb93baf09ca4f1e7f8eb2f/1506513856050/Transport+of+Critically+Ill+Adults+2011.pdf>.
- International Council of Nurses. (2019). ICNP Browser. <https://www.icn.ch/icnp-browser>.
- Jólluskin, G., & Toldy, T. (2011). Autonomia e Consentimento Informado: Um Exercício de Cidadania?. *Antropológicas*, 12, 44-51. <http://hdl.handle.net/10284/3278>.
- Jorge, S., & Madureira, M. (2020). Necessidades da família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência: revisão sistemática da literatura. *Cadernos De Saúde*, 12(2), 5-11. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.8646>.

- Latter, K., Purser, S., Chisholm, S., & Robinson, E. (2019). Divisional review of the nurse specialist role. *Nursing standard* 34(5), 31–34. <https://doi.org/10.7748/ns.2019.e11080>.
- Lei n.º 95/2019, da Assembleia da República, Diário da República, I série: nº 169 (4 de setembro). <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>.
- Lima-Serrano, M., González-Méndez, M., Martín-Castaño, C., Alonso-Araujo, I., & Lima-Rodríguez, J. (2018). Validez predictiva y fiabilidad de la escala de Braden para valoración del riesgo de úlceras por presión en una unidad de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva*, 42(2), 82-91. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2016.12.014>.
- Lopes, J., Marques, R., & Sousa, P. (2021). O handover/handoff perante a pessoa em situação crítica no serviço de urgência: uma revisão integrativa da literatura. *Cadernos De Saúde*, 13(2), 4-12. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2021.9565>.
- Mata, C., Fernandes, M., Monteiro, M., Morais, O., Castro, S., Príncipe, F., & Mota, L. (2021). Doente sedado, consciente e ventilado invasivamente: terapêuticas de enfermagem. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(1), 7-17 <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.118>.
- Mayo, A., Ray, M., Chamblee, T., Urden, L., & Moody, R. (2017). The Advanced Practice Clinical Nurse Specialist. *Nursing administration quarterly*, 41(1), 70–76. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000201>.
- Mazzeffi, M., Galvagno, S., & Rock, C. (2021). Prevention of Healthcare-associated Infections in Intensive Care Unit Patients. *Anesthesiology*, 135(6), 1122-1131. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000004017>.
- Milanesi, R. Caregnato, R. C. A. (2016). Pressão Intra-abdominal: Revisão integrativa. *Einstein*, 13(2), 423-430. 10.1590/S1679-45082016RW3088.
- Ministério da Saúde (2022). Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. <http://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Segurança%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>.
- Mohr, L. D., & Coke, L. A. (2018). Distinguishing the Clinical Nurse Specialist From Other Graduate Nursing Roles. *Clinical nurse specialist CNS*, 32(3), 139–151. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000373>.
- Mourão, C. C. S. F. (2022). *A nutrição entérica no doente crítico. Intervenção especializada de enfermagem*. [Master's thesis, Universidade de Évora]. RCAAP. <http://hdl.handle.net/10174/32222>.

- Muller, M., Jurgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W., Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open*, 8. 0.1136/bmjopen-2018-022202.
- Murata, M., Nakagawa, N., Kawasaki, T., Yasuo, S., Yoshida, T., Ando, K., Okamori, S., & Okada, Y. (2022). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Emergency Medicine*, 52, 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.11.021>.
- Oliveira, A., Barbosa, M., Silva, G., Silva, J., Oliveira, H., Oliveira, D., Barbosa, L. & Silva, C. (2019). As implicações do transporte intra-hospitalar na segurança do paciente: revisão integrativa. *Ciência plural*, 5 (3), 103-119. biblio-1047379.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica. Parecer n.º 06/2016. Especificidade da área de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8251/parecer_06_13_12_2016_mceemc_valorizacao-cuidadosenfesppessoasituacaocritica.pdf.
- Ordem dos enfermeiros (2017). Colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica. 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 perioperatoria, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5966/8regulamento_comptcespecfmedicocirurgica.pdf.
- Ordem dos enfermeiros (2020). Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa em situação crítica dependente de suporte Extracorporal de vida: Um desafio para a prática especializada. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobp-cuidados-pessoa-em-situa-o-cr-tica/full-view.html>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Consentimento Informado para Intervenções de Enfermagem. <https://website.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos enfermeiros e REPE. Ordem dos enfermeiros – 2015. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf.

- Ordem dos Enfermeiros. (2017a). Padrões de Qualidade dos cuidados Especializados 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; na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). PARECER N.º 15 / 2018 - Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf.
- Ordem dos Médicos. (2017). Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Carta_dos_Direitos_e_Deveres_dos_Utentes.pdf.
- Organização Mundial de Saúde. (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>.
- Parveez, M. Q., Yaddanapudi, L. N., Saini, V., Kajal, K., & Sharma, A. (2020). Critical events during intra-hospital transport of critically ill patients to and from intensive care unit. *Turkish journal of emergency medicine*, 20(3), 135–141. <https://doi.org/10.4103/2452-2473.290067>.
- Pereira, M. S. M., Guedes, H., M., Oliveira, L., M., N., & Martins, J. C. A. (2017). Relação entre o Sistema de Triagem de Manchester em doentes com AVC e o desfecho final. *Referencia*, 4(13), 93-102. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2677&id_revista=24&id_edicao=111.
- Poeira, A., Nunes, L., Cerqueira, A., Silva, A., & Lopes, N. (2018). Dotações Seguras na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Revisão Sistemática. *Revista Ibero-Americana de Salud Y Envejecimiento*, 4(3), 1604-1617. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2018.4\(3\).1604](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2018.4(3).1604).
- Queiroz, L., Arantes, L., Fonseca, N., Mandim, B., Ruzzi, R., Martins, N., Costa, R. (2011). Uso correto do monitor de consciência. *Revista Médica de Minas Gerais*, 21(2), 50-58. <https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/878>.

- Ramos, R. M. V., Coelho, S. P. F., Ferreira, M. C. S., Oliveira, J. P. P. C. (2018). Vivências da família do doente crítico: um estudo qualitativo. *Cadernos de saúde*, 10(2), 5-10. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7230>.
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: II série: n.º26 (6 de fevereiro). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.
- Regulamento n.º 338/2017 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: II série, n.º 120 (23 de junho). https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2017/Junho/Regul_338_2017.pdf.
- Regulamento n.º429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: II série, nº135 (16 de julho). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>.
- Regulamento n.º743/2019 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, II série, n.º184 (25 de setembro). <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>.
- Rosa, I., Pais, D., & Consciência, J. (2016). Os Princípios da Bioética Aplicados em Urgência Hospitalar. *Medicina Interna*, 23(1), 18–23. <https://doi.org/10.24950/rspmi.777>.
- Roswurm, M., & Larrabee, J. (1999). A Model for Change to Evidence-Based Practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), 317-322. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00510.x>.
- Salt, O., Akpınar, M., Sayhan, M., B., Örs, F. B., Durukan, P., Baykan, N., & Kavalci, C. (2018). Intrahospital critical patient transport from the emergency department. *Archives of Medical Science*, 16(2), 337-344. <https://doi.org/10.5114/aoms.2018.79598>.
- Santos, A. P. L., Bento, F. & Ferrão, S. (2015). *Continuidade de Cuidados e Segurança da Pessoa em Situação Crítica - Comunicação Efetiva no Transporte Inter e Intra-Hospitalar* [Paper presentation]. 9 As Jornadas do Doente Crítico do Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa. https://www.researchgate.net/publication/272511596_Continuidade_de_Cuidados_e_Seguranca_da_Pessoa_em_Situacao_Critica_-_Comunicacao_Efetiva_no_Transporte_Inter_e_Intra-Hospitalar.
- Schneider, D. G., Ramos, F. R. S., Saiorom, I., Bruggman, M. S., Silva, F. & Lorençoni, B. P. (2022). Problemas éticos na experiência clínica hospitalar de estudantes e profissionais de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV21111>.
- Simões, C., Araújo, I., Araújo, N., Fernandes, F., & Sousa, L. (2020). Principais problemas éticos nos cuidados de saúde primários. *Suplemento digital Rev ROL Enferm* 43(1), 272-

281. <https://e-rol.es/wp-content/uploads/2020/01/Principais-problemas-eticos-nos-cuidados-de-saude-primarios.pdf>.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2020). Recomendações de nutrição clínica no Doente Crítico COVID-19. <https://www.spci.pt/media/covid-19/infografia-recomendacoes-nutricao-clinica-doente-critico-09-abri-2020.pdf>.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). Transporte de Doentes Críticos Recomendações. <https://ordemosmedicos.pt/transporte-de-doentes-criticos-versao-atualizada-2023/>.

Sousa, C., Bezerra, A., Barreto, R., Palos, M., Tobias, G., & Paranaguá, T. (2018). Perspective of handlers/stretchers-bearers through the incidents occurred in transportation of patients. *Journal of Nursing UFPE*, 12(2), 475-480. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a22649p475-480-2018>.

Sungkar, Y., Considine, J., & Hutchinson, A. (2018). Implementation of guidelines for sepsis management in emergency departments: A systematic review. *Australasian Emergency Care*, 21(4), 111–120. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2018.10.003>.

Tandukar, S., & Palevsky, P. M. (2019). Continuous Renal Replacement Therapy: Who, When, Why, and How. *Chest Journal*, 155(3), 626–638. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.09.004>.

Veiga, V. C., Postalli, N., F., Alvarisa, T. K., Travassos, P., P., Vale, R. T. S., Oliveira, C., Z. & Rojas, S. S. O. (2019). Eventos adversos durante transporte intra-hospitalar de pacientes críticos em hospital de grande porte. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31 (1), 15-20. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190003>.

Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. S., Trindade, L. L., Ribeiro, O. M. P. L. & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295. DOI: 10.30681/252610105480.

Vitorino, M. L. (2020). *Gestão de protocolos terapêuticos complexos na pessoa com doença neurodegenerativa em situação crítica* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. RCAAP.

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/37406/1/Marli%20Lopo%20Vitorino%20-%2012.01.2021.pdf>.

Zakeri, H., Afshari Saleh, L., Niroumand, S., & Ziadi-Lotfabadi, M. (2022). Comparison the Emergency Severity Index and Manchester Triage System in Trauma Patients. *Bulletin of Emergency and Trauma*, 10(2), 65–70.

<https://doi.org/10.30476/BEAT.2022.92297.1302>.

ANEXOS

ANEXO I – AVALIAÇÃO PARA O TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

Avaliação para o transporte intra-hospitalar*

A avaliação deve ser efetuada no serviço de origem pelo médico e enfermeiro (equipa), previamente ao transporte. O resultado (em pontos atribuídos em função do estado clínico ou risco previsível) define as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, a monitorização e o equipamento, para qualquer nível de gravidade de doente, não desresponsabilizando o médico que toma a decisão de como deve ser efetuado o transporte.

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 (Oxigenioterapia) 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 ...	

* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.

* Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

ANEXO II – LISTA DE VERIFICAÇÃO

Lista de verificação para o transporte intra-hospitalar da PSC

Identificação do paciente
(Vanteta)

Diagnóstico:	
Data (dd/mm/aa)	
Início do transporte (hh:mm)	
Hora de regresso a unidade (hh:mm)	
Término do transporte (hh:mm)	
Procedimento	<input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> Angiografia <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/> Bloco operatório <input type="checkbox"/> Outro
Avaliação de risco para a realização do TIH	
Acompanhamento	<input type="checkbox"/> Enfermeiro + Auxiliar <input type="checkbox"/> Enfermeiro + Médico + Auxiliar

Pré transporte

Equipamentos	S	N	NA
Mala de emergência			
Bala de oxigénio com reserva de 30 minutos ao planeado (três balas de oxigénio num doente com suporte de ECMO)			
Comprimento do sistema de soros/prolongadores adequado			
Desconectar os sistemas desnecessários			
Verificação dos alarmes sonoros e visuais			
Estetoscópio/ Ambu/ máscara facial/ prolongador de O ₂			
Desfibrilhador de transporte (realização de teste prévio)			
Máquina perfusora adicional			
Verificação do nível das baterias (máquinas perfusoras e ventilador de transporte)			
Monitor de transporte/Ventilador de transporte			
EtCO ₂ presente no monitor de transporte			
Verificação dos alarmes sonoros e visuais			
Conexão da bala de oxigénio			
Conexão do filtro HME entre o ventilador e o tubo orotraqueal			

Medicação	S	N	NA
Verificação dos acessos venosos			
Medicação intravenosa em perfusão suficiente para o tempo de transporte estimado			
Medicação sedativa adicional			
Medicação inotrópica adicional			
Medicação adicional			
Pausa da alimentação entérica com colocação de sonda nasogástrica em drenagem			
Suspensão da perfusão de insulina			
Mala de transporte			
Processo administrativo			
Registo da linha de base dos sinais vitais neste formulário			
Processo acompanha o doente			
Local de destino esta informado e			
Doente			
Estado de Consciência		ECG:	
Nível do tubo endotraqueal (cm)		RASS:	

Durante o transporte

Monitorização hemodinâmica			Início	15 minutos	Fim do transporte
	PA	PS PD PAM			
FC					
FR					
BPS					
Modo ventilatório					
FiO ₂					
PEEP					
Volume minuto					
Volume corrente					
SpO ₂					
EtCO ₂					
Pressão de Pico					

Administração de terapêutica (SOS):

Fármaco: _____ Via: _____ Dose: _____ Hora: _____
 Fármaco: _____ Via: _____ Dose: _____ Hora: _____
 Fármaco: _____ Via: _____ Dose: _____ Hora: _____
 Fármaco: _____ Via: _____ Dose: _____ Hora: _____

Cuidado Especializado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com enfoque no Transporte Intra-Hospitalar nos diferentes contextos

Pós transporte

Equipamentos	S	N	NA
Conexão do doente ao ventilador da unidade			
Parar a medicação sedativa extra			
Reiniciar a alimentação entérica			
Reiniciar a perfusão de insulina			
Organizar perfusões endovenosas			
Verificar os ritmos de perfusão			
Completar/verificar mala de transporte			
Registrar procedimento no processo clínico			
Reportar incidentes			

Doente	
Estado de Consciência	ECG: RASS:
Nível do tubo endotraqueal (cm)	

Tipo de Intercorrências	
Respiratórias	Extubação acidental
Circulatórias/Hemodinâmica	Exteriorização de drenos
Metabólicas	Desconexão acidental do doente do ventilador
Paragem Cardiorrespiratória	Remoção acidental de acessos
Interrupção da medição endovenosa em curso	Falhas de comunicação
Falhas de equipamentos	Falhas de bateria
Remoção acidental da derivação ventricular externa	Decanulação acidental da cânula de ECMO
Outros: _____	
Descrição	

Siglas:

BPS - Behavioral Pain Scale; ECG - Escala de Coma de Glasgow; ECMO - Oxigenação por membrana extracorporeal; EN – Escala numérica; FC – Frequência cardíaca; FR – Frequência respiratória; N- Não; NA – Não aplicável; PA – Pressão Arterial; PAD – Pressão arterial diastólica; PAM – Pressão arterial média PAS – Pressão arterial sistólica; RASS - Escala de agitação e sedação de Richmond; S – Sim; TIH – Transporte Intra-Hospitalar.

Referências bibliográficas:

- Brunsveld -Reinders, A. H., Arbous, M. S., Kuiper, S. G., & de Jonge, E. (2015). A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical Care*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0938-1>.
- Canellas, M., Palma, I., Pontífice-Sousa, P., & Rabiáis, I. (2020). Checklist para o transporte intra-hospitalar seguro do doente crítico: A scoping review Checklist para el transporte intrahospitalario seguro del paciente crítico: A scoping review. In *Enfermería Global* (Vol. 19, Issue 4, pp. 557–572). Universidad de Murcia Servicio de Publicaciones. <https://doi.org/10.6018/eglobal.411831>.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.02.004>.
- Intensive Care Society (2011). Guidelines for the transport of the critically ill adult (3rd Edition 2011). <https://static1.squarespace.com/static/595276205016e1a5826a3dee/t/59cb93baf09ca4f1e78eb2f/1506513856050/Transport+of+Critically+Ill+Adults+2011.pdf>.

ANEXO III – IMAGENS DO TEATRO DE OPERAÇÕES

Teatro de operações elaborado na unidade curricular: Intervenção em Situações de emergência, exceção e catástrofe

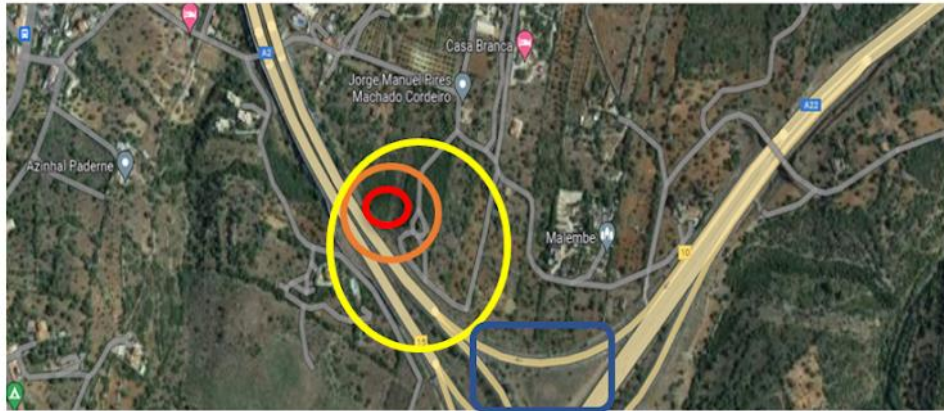


Figura 2 - Zonas do Teatro de Operações

Legenda: Vermelho - ZS; Laranja - ZA; Amarelo - ZCR; Azul - ZRR/Posto de Trânsito (PT)

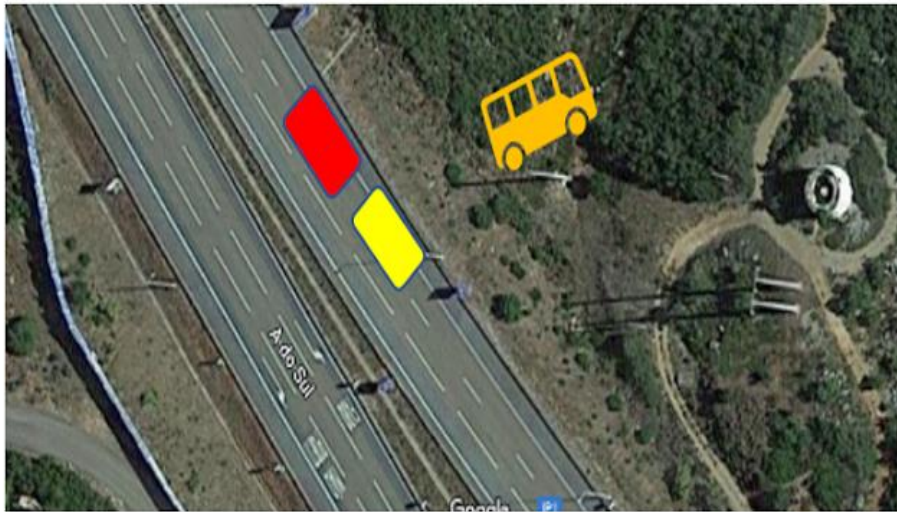


Figura 3 - Zona de Apoio

Legenda: Laranja - Autocarro; Vermelho - Lona de triagem vítimas prioridade 1; Amarelo - Vítimas prioridade dois



Figura 4 - Lonas de triagem

Legenda: **Laranja** - Autocarro; **Vermelho** - Lona de triagem vítimas prioridade 1; **Amarelo** - Lona de triagem vítimas prioridade dois; **Verde** - Lona de triagem de vítimas prioridade três

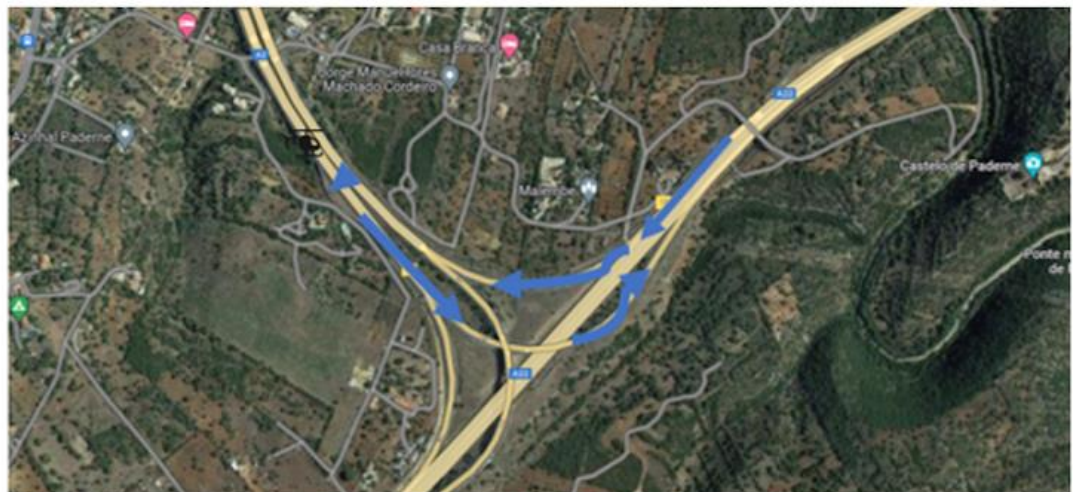


Figura 5 - Pontos de trânsito do local

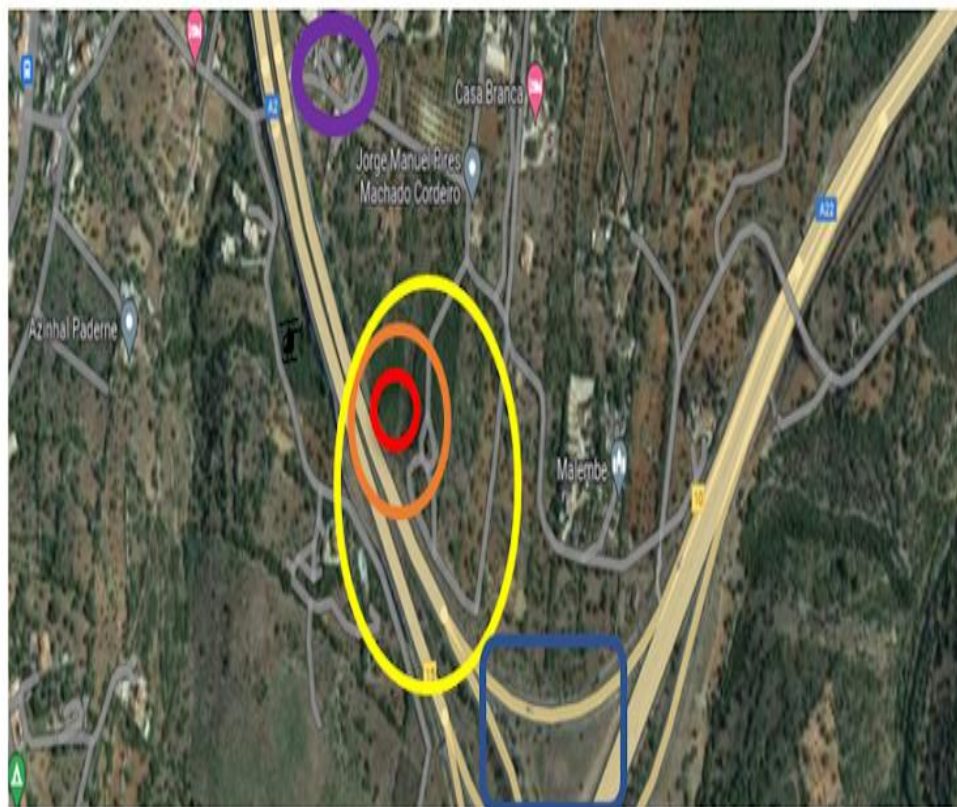
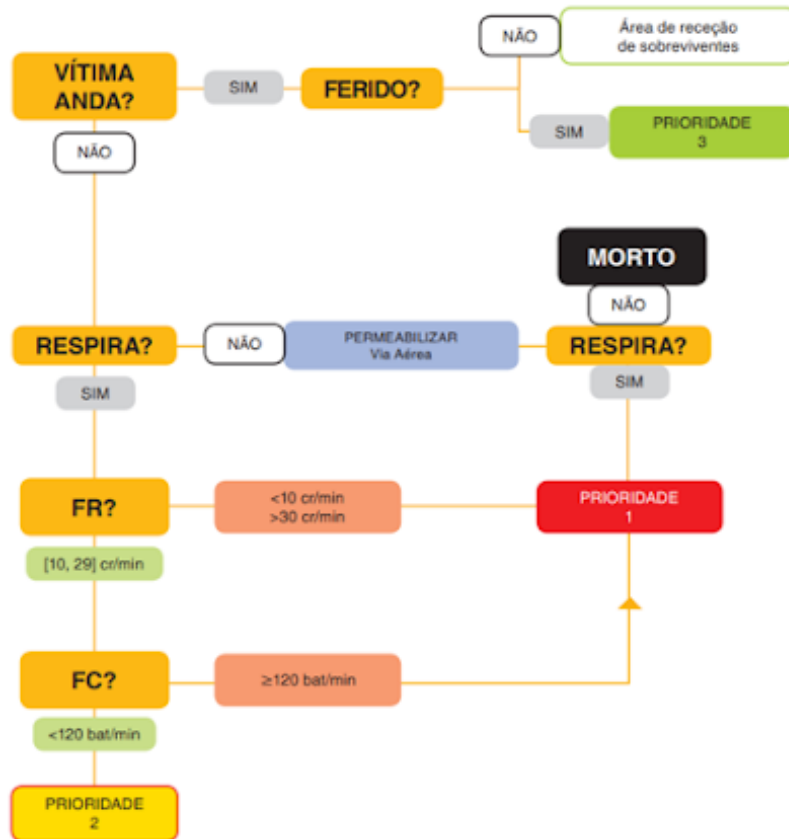


Figura 6 - Local de concentração da comunicação social representado pelo ciclo roxo

ANEXO IV – FLUXOGRAMA DE TRIAGEM START ADULTO

Fluxograma de triagem no adulto



Fonte: INEM, 2012