



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

**A promoção da segurança no transporte
inter-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica:
uma intervenção especializada de Enfermagem**

Andreia Filipa Carreira Cordeiro

**Lisboa
2020**



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

**A promoção da segurança no transporte
inter-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica:
uma intervenção especializada de Enfermagem**

Andreia Filipa Carreira Cordeiro



Orientador: Maria Teresa Sarreira Leal
Coorientador: Joana Moreira Ferreira Teixeira



**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

PENSAMENTO

“Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor,
Mas lutamos para que o melhor fosse feito.
Não somos o que deveríamos ser.
Não somos o que iremos ser.
Mas Graças a Deus, não somos o que éramos.”

Martin Luther King

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho:

- Pessoa em situação crítica que é sujeita a transporte inter-hospitalar:
pela sua dignidade e pela motivação na luta constante
por cuidados de qualidade durante este momento;
- A todos os enfermeiros que integram as equipas de transporte:
por todo o empenho, profissionalismo, reinvenção que
vivenciam durante este momento e que nunca desistem
de proporcionar os melhores cuidados de enfermagem
dentro das adversas circunstâncias.

AGRADECIMENTOS

Este foi um caminho difícil, exigente e de esforço, que acima de tudo resultou num trilho gratificante de aprendizagem.

Várias pessoas deram o seu contributo, a quem agradeço verdadeiramente:

- Aos meus pais e irmã, pois o que sou hoje, devo-o a vós, por me incentivarem a ser mais e melhor, acreditarem em mim e por todo o apoio e ajuda inimagináveis ao longo deste percurso, como nos vários momentos da minha vida;
- Ao Rafael por me fazer sorrir e pela motivação, compreensão, carinho e apoio incondicional em todos os momentos;
- Aos meus amigos, por saberem esperar e por acreditarem que todos os momentos de ausência seriam por uma boa razão;
- Aos meus colegas de trabalho e enfermeira chefe de serviço por serem a melhor equipa do meu lado neste percurso;
- Aos enfermeiros orientadores de cada contexto: obrigada pela partilha, aprendizagens, exigência e acima de tudo por acreditarem em mim;
- Às equipas multidisciplinares dos diferentes serviços por onde passei, pela sua contribuição neste percurso;
- À Senhora Professora Maria Teresa Leal pela orientação, exigência e ajuda fulcrais neste caminho de aprendizagem e crescimento pessoal e profissional;
- À Professora Joana Teixeira pelas orientações pedagógicas, sugestões, discussão e por acreditar no meu valor;
- Aos meus extraordinários colegas do 9º CMEPSC, por todos os momentos de partilha, companheirismo e amizade – somos críticos!

LISTA DE SIGLAS

ABCDE – A - airway, B - breathing, C - circulation, D - disability, E – exposure

ACLS – Advanced Cardiovascular Life Support

ATCN/ATLS – Advanced Trauma Care for Nurses/Advanced Trauma Life Support

ATSDC - Curso de Abordagem, Transporte e Segurança do Doente Crítico

BPS – Behavioral Pain Scale

CHKS - Caspe Healthcare Knowledge Systems

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CMEPSC - Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Pessoa em Situação Crítica

ECMO - ExtraCorporeal Membrane Oxygenation

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ISBAR - I – identificação; S – situação atual; B – antecedentes pessoais; A - avaliação; R – recomendações

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

Nº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem cardiorrespiratória

PICO – P – População; I- Intervenção; C – Contexto; O - Outcomes

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SAV – Suporte Avançado de Vida

SAVT – Suporte Avançado de Vida em Trauma

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

SUB - Serviço de Urgência Básico

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

TrDC – Transporte regional do Doente Crítico

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

RESUMO

O transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica é um período delicado e de instabilidade que acarreta riscos, com consequências na segurança da pessoa e respetiva qualidade de cuidados. Os eventos adversos que lhe estão inerentes podem e devem ser antecipados e minimizados através de um planeamento eficaz, estabilização do estado de saúde da pessoa e antecipação das suas necessidades nas diferentes fases do transporte: decisão, planeamento e efetivação.

O enfermeiro é um dos elementos que integra a equipa de transportes e, portanto, responsável por promover a segurança da pessoa em situação crítica no transporte inter-hospitalar. O enfermeiro mestre e especialista em enfermagem na área de especialização pessoa em situação crítica apresenta competências diferenciadas na promoção da segurança neste âmbito: garante meios de evacuação e transporte, mantém a continuidade e qualidade de cuidados e cuida da pessoa em situação de urgência, emergência, exceção e catástrofe, promovendo cuidados baseados em evidência científica recente.

Este relatório foi desenvolvido no âmbito deste curso de mestrado em enfermagem na área de especialização pessoa em situação crítica, suportando-se a sua componente científica e teórica na revisão integrativa da literatura realizada, acerca da intervenção do enfermeiro na promoção da segurança no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica, perspetivando-se o olhar sobre este tema na teoria de enfermagem *Nursing as Caring*.

O percurso de desenvolvimento de competências foi realizado em diferentes contextos de estágio: serviço de urgência polivalente e unidade de cuidados intensivos; neste relatório pretende-se transmitir a análise crítica das intervenções realizadas e os resultados produzidos, o seu impacto na prática de cuidados e as competências adquiridas, das quais se destacam: tomada de decisão sustentada em evidência, desenvolvimento de pensamento crítico, reflexivo e inovador, gestão de protocolos terapêuticos complexos com conseqüente promoção da segurança nos cuidados, discussão de boas práticas e comunicação entre pares, estratégias de gestão de equipa e recursos e liderança de equipa.

Palavras-chaves: cuidados críticos, segurança da pessoa, transporte de pacientes, cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

The interhospital transport of the critically ill patient is a delicate and unstable period that entails risks with consequences of safety for both the person and the quality of care. The adverse events that are inherent can and must be anticipated and minimized through an efficient planning, stabilization of the person's health situation and anticipation of her needs in the different phases of transport: decision, planning and establishing.

The nurse is one of the professionals that integrates the transportation team and, therefore, is responsible for promoting the safety of the critically ill patient in the interhospital transportation. The master and specialist nurse in critical care nursing presents differentiated competences in safety promotion in this area: guarantees means of evacuation and transportation, maintains the quality of care, cares for the person in urgent, emergent, exception and catastrophe situations, promoting care based on recent scientific evidence.

This report was developed within the scope of this master in critical care nursing, supporting its scientific and theoretical component in the integrative literature review about the nurse's intervention in the promotion of safety in interhospital transport of the critically ill person, theoretically based on the Nursing as Caring theory.

Clinical skills development were carried out in different internship contexts: type 1 emergency department and intensive care unit. This report intends to transmit the critical analysis of the interventions performed and outcomes achieved; their impact on the care practice and on the skills acquired, as for example: evidence-based decision-making, development of critical, reflective and innovative thinking, management of complex therapeutic protocols with consequent promotion of safety in care, discussion of good practices and communication between peers, team and resource management strategies and team leadership.

Keywords: critical care; patient safety; transportation of patients; nursing care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	23
1. INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DA PSC E FAMÍLIA.....	28
1.1. A promoção da segurança no transporte inter-hospitalar da PSC e família ...	28
1.2. A perspectiva de enfermagem no cuidar da PSC submetida a transporte inter- hospitalar	37
2. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	42
2.1. Serviço de urgência polivalente.....	43
2.2. Unidade de cuidados intensivos.....	59
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
APÊNDICES	
Apêndice I – Protocolo da RIL.....	
Apêndice II – Cronograma do 3º semestre do CMEPSC	
Apêndice III – Protocolo de uniformização e organização da mala de transporte inter-hospitalar (folha de rosto).....	
Apêndice IV – Poster científico apresentado no Congresso Internacional Doente Crítico 2019	
Apêndice V – Protocolo de transfusão maciça (folha de rosto).....	
Apêndice VI – Plano da sessão e formulário de avaliação da formação: A segurança no transporte do doente crítico e transfusão de hemoderivados.....	
ANEXOS	
Anexo I – Certificado SAV	
Anexo II – Certificado SAVT	
Anexo III – Certificado ATSDC	
Anexo IV – Escala de avaliação do risco de transporte de pacientes.....	

Anexo V – Programa do Congresso Internacional Doente Crítico 2019.....	
Anexo VI – Certificado de participação no Congresso Internacional Doente Crítico 2019	
Anexo VII – Certificado de autora e preletora do poster “Intervenção de enfermagem na promoção da segurança no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica”, Congresso Internacional Doente Crítico 2019	
Anexo VIII – Certificado de participação das V jornadas técnicas de medicina intensiva	

INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio surge no âmbito da unidade curricular de estágio com relatório, inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), e tem como objetivo refletir criticamente sobre o percurso de desenvolvimento de competências realizado até então, incidindo sobre uma prática baseada na evidência e especializada em enfermagem, nesta área específica.

A competência profissional é resultado do desenvolvimento, crescimento, estruturação e organização pessoal do enfermeiro que pretende alcançar a excelência e qualidade de cuidados. Assim, o enfermeiro que desenvolve as suas competências possui um conjunto de conhecimentos e capacidades que sustentam a sua prática (Fleury & Fleury, 2001).

Benner, através do modelo de Dreyfus, considera que a competência transforma-se através da experiência do saber-fazer, saber-ser e da consolidação teórica que está subjacente à profissão, culminando em resultados favoráveis para a prática de cuidados, que se refletem na satisfação da pessoa, alvo dos mesmos (Benner, 2001). Segundo este modelo, para a aquisição e desenvolvimento de competências, é necessário percorrer os 5 níveis de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001).

Deste modo, o meu percurso neste mestrado pautou-se pelo desenvolvimento de competências, de modo a melhorar a prática de enfermagem e assim prestar cuidados de qualidade junto da pessoa em situação crítica (PSC) e família, tendo por base uma articulação teórico-prática, baseando o meu agir na evidência científica. Assim, trilhei um caminho de melhoria da prática, complementando o saber-ser e saber-fazer com o desenvolvimento do conhecimento e competência, com resultado na evolução da minha própria prestação de cuidados (Benner, 2001).

Para nortear este percurso, o tema – a promoção da segurança no transporte inter-hospitalar da PSC: uma intervenção especializada de enfermagem –, foi escolhido para estudo. Na abordagem a esta temática, e considerando a minha visão sobre a profissão e disciplina de enfermagem, que guia a minha prática de cuidados nesta área, o referencial teórico intrínseco a este percurso foi a *Nursing as Caring theory* de Boykin e Schoenhofer (2013), pretendendo-se um cuidado de enfermagem que tenha inerente uma presença intencional e autêntica do enfermeiro, permitindo à pessoa e família uma experiência de cuidado onde esta se desenvolve.

O interesse por esta área temática surgiu por motivação pessoal que por sua vez derivou do contexto onde exerço funções – serviço de urgência na valência médico-cirúrgica (Despacho nº 10319/2014, 2014). Este classifica os serviços de urgência em 3 tipologias apresentadas por ordem crescente de recursos e capacidade de resposta: serviço de urgência básico (SUB), serviço de urgência médico-cirúrgico (SUMC), serviço de urgência polivalente (SUP). O SUMC é classificado como nível II de atendimento de urgência e encaminha os doentes para o nível III quando são necessários cuidados especializados, que não apresentem resposta diferenciada no contexto de nível II. Assim, não sendo um hospital com urgência polivalente, uma grande percentagem de PSC é transferida para outros hospitais com várias valências, que lhe permitam uma adequação de recursos e cuidados diferenciados de acordo com as suas necessidades.

Outro ponto de motivação pessoal foi o facto de, por vezes, o transporte inter-hospitalar ser realizado por equipas, cujos elementos, apresentam pouca experiência e formação específica na área. Este fator poderá influenciar a ocorrência de incidentes evitáveis durante o transporte inter-hospitalar da PSC, pois, de acordo com a literatura, a formação é um fator fulcral para a segurança neste âmbito (Intensive Care Society & Faculty of Intensive Care Medicine, 2019; Lopes & Frias, 2014; Ordem dos Médicos (OM) & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), 2008).

Um estudo recente, realizado em 2018, evidencia a correlação entre o transporte inter-hospitalar e o aumento dos dias de internamento da pessoa transportada, o aumento dos custos dos cuidados de saúde e o possível aumento da taxa de mortalidade, o que demonstra a importância da segurança durante o transporte da PSC e o impacto que tem na qualidade dos cuidados (Mueller, Zheng, Orav, & Schnipper, 2019).

Por outro lado, em linha com a evidência sobre a importância deste tema, surge o despacho nº 5058-D/2016 que operacionaliza o Transporte regional do Doente Crítico (TrDC) promovendo a prestação de cuidados seguros e de qualidade durante o transporte inter-hospitalar. No entanto, o que parece verificar-se atualmente, e à semelhança do que é referido na literatura internacional, existe uma operacionalização deficitária da legislação, face às necessidades constantes das organizações que necessitam de transferir a PSC para unidades diferenciadas (Intensive Care Society & Faculty of Intensive Care Medicine, 2019).

O facto de existirem *guidelines* internacionais e nacionais orientadoras de boas práticas relacionadas com a temática, que evidenciam a intervenção positiva dos

elementos da equipa de transporte na segurança da PSC durante o transporte inter-hospitalar, fez-me considerar ser pertinente desenvolver competências no contexto deste tema. Os estudos internacionais e nacionais desenvolvidos, evidenciam a problemática de que a segurança da PSC possa estar comprometida durante o transporte inter-hospitalar (Intensive Care Society & Faculty of Intensive Care Medicine, 2019; Lopes & Frias, 2014; Lyphout, Bergs, Stockman, Deschilder, Duchatelet, Desruelles, Bronselaer, 2018; Martins & Martins, 2013; Sethi & Subramanian, 2014).

A PSC que necessita de transporte inter-hospitalar apresenta uma vulnerabilidade a incidentes que podem ocorrer neste processo, por se apresentar fisiologicamente instável ou com alto risco de se tornar instável durante o mesmo (Lyphout et al., 2018; Sethi & Subramanian, 2014). Deste modo, é importante definir o conceito de PSC como aquela que não mantém a estabilidade fisiológica de forma independente, ou que apresenta rapidamente um alto risco de desenvolver essa instabilidade, sendo tipicamente dependente de cuidados intensivos contínuos e de suporte tecnológico para manter a vida (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011). Estas pessoas requerem cuidados de enfermagem multidimensionais, altamente qualificados e com competências especializadas às suas necessidades, para que se evidencie a qualidade como resultado em saúde, sendo o maior beneficiário o doente e família (Benner et al., 2011). Aliás, o enfermeiro com perícia nesta área avalia a situação de cuidados, não se centrando exclusivamente na pessoa, mas nas suas necessidades específicas e das pessoas que considera serem significativas, segundo uma reciprocidade e envolvimento dos cuidados (Benner, 2001; Boykin, Bulfin, Schoenhofer, Baldwin, & McCarthy, 2005).

Sendo a PSC aquela que apresenta uma complexidade subjacente, com uma componente tecnológica muitas vezes intrínseca ao cuidar, é o enfermeiro o profissional que mais atende às questões de segurança, pois com base no seu conhecimento e vigilância, intervém identificando áreas potencialmente comprometedoras da segurança e reconhecendo situações que necessitem de melhoria (Canadian Nurses Association & University of Toronto Faculty of Nursing, 2004), o que também é sustentado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) na tomada de posição sobre a segurança do cliente, que refere que os enfermeiros têm o dever de prestar e assegurar cuidados de enfermagem seguros e promover um ambiente seguro (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

A família é parte integrante do processo de cuidados de enfermagem e constitui

uma extensão natural da pessoa, onde esta se desenvolve e cria laços afetivos. Cada elemento constituinte da mesma é considerado único e completa-se com esta interação recíproca, sendo valorizado e integrado no seio da família (Boykin et al., 2005; Boykin & Schoenhofer, 2013). A família representa, assim, qualquer pessoa significativa que intervém no cuidado, promovendo o bem-estar da pessoa e sendo reconhecida por esta como significativa para si (Benner et al., 2011). A família, ao vivenciar o processo de saúde/doença do familiar, vivencia também momentos de instabilidade e vulnerabilidade, a que o enfermeiro deve saber dar resposta (Mendes, 2016).

O enfermeiro é o profissional que integra a equipa de transporte inter-hospitalar e é responsável pela verificação das condições de segurança da PSC e da prevenção de incidentes durante este processo, prestando cuidados de qualidade (Regulamento nº 429/2018, 2018). Os enunciados descritivos dos padrões de qualidade da OE evidenciam as áreas onde o enfermeiro, com a sua intervenção, produz ganhos em saúde. Uma das áreas é a segurança, onde este profissional tem um papel fundamental na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, prestando cuidados de excelência. Abordando o transporte inter-hospitalar da PSC e olhando criticamente para a complexidade que lhe é inerente, a teoria *Nursing as Caring* reflete a importância de “nutrir” os elementos envolvidos nos cuidados e a individualidade de cada indivíduo, sendo o enfermeiro responsável por tornar o momento de cuidados único, irrepetível e desenhado especificamente para aquela pessoa (Boykin & Schoenhofer, 2013). O enfermeiro, com intervenção junto da PSC e família nesta área, é aquele que presta cuidados qualificados à PSC, respondendo às suas necessidades, prevenindo complicações, limitando incapacidades e promovendo a recuperação total da pessoa em risco imediato de vida (Regulamento nº 429/2018, 2018).

As competências que se pretenderam desenvolver ao longo deste percurso focaram-se nas competências definidas para o grau de mestre, a nível europeu e da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) (Direção-Geral do Ensino Superior, 2011; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010; Joint Quality Initiative, 2004), para o qual foi seguido o Modelo de Dreyfus de aquisição de competências (Benner, 2001) e as competências de enfermagem comuns e específicas preconizadas pela OE para o enfermeiro especialista em enfermagem à PSC (Regulamento nº 140/2019, 2019; Regulamento nº 429/2018, 2018). Para tal, foi desenvolvido um projeto de estágio, sustentado em evidência científica, nomeadamente, através da realização de

uma revisão integrativa da literatura (RIL) que respondesse à questão “Quais as intervenções de enfermagem, promotoras da segurança no transporte inter-hospitalar da PSC?”, bem como um plano de atividades a desenvolver em cada contexto de estágio, com os objetivos específicos a alcançar em cada um deles.

Assim, este relatório pretende demonstrar de forma crítica o caminho trilhado para o desenvolvimento de competências, enquanto futura mestre em enfermagem e especialista na área de PSC, tendo como objetivos: desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC promovendo a sua segurança no transporte inter-hospitalar; desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC e família nos contextos de serviço de urgência (SU) e unidade de cuidados intensivos (UCI).

Este relatório segue uma metodologia descritiva e reflexiva crítica e encontra-se estruturado em 2 capítulos: o primeiro que traduz o enquadramento científico e teórico face à temática em estudo, sustentado na RIL realizada, onde são explicitados conceitos relacionados com a promoção da segurança no transporte inter-hospitalar da PSC e a sua importância na atualidade e na disciplina e profissão de enfermagem, bem como referencial teórico subjacente; o segundo capítulo traduz o percurso de desenvolvimento de competências realizado nos diferentes contextos de estágio através da análise crítica das intervenções realizadas e do seu impacto na prática de cuidados. Por fim as considerações finais onde é realizada uma síntese deste percurso: reflexão crítica dos objetivos propostos, resultados alcançados, dificuldades sentidas e projetos futuros.

Este relatório cumpre as regras adotadas pela ESEL para a apresentação de trabalhos escritos (Godinho, 2018) e a referência bibliográfica foi elaborada com recurso à norma da *American Psychological Association, 6th Edition*.

1. INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DA PSC E FAMÍLIA

Este capítulo reflete a evidência científica e teórica que enquadraram este processo de desenvolvimento de competências, encontrando-se estruturado em 2 subcapítulos. O primeiro contextualiza o transporte inter-hospitalar da PSC a nível nacional e mundial, os fatores que interferem com a segurança neste âmbito e as intervenções do enfermeiro promotoras dessa segurança. O segundo apresenta a teoria de enfermagem que norteou este percurso, bem como a sua relação com a temática em estudo.

1.1. A promoção da segurança no transporte inter-hospitalar da PSC e família

O transporte da PSC pode ser classificado em 3 vertentes, de acordo com o local de origem: transporte primário ou pré-hospitalar – transporte realizado entre o local onde ocorre a emergência, ou seja a necessidade da pessoa, e o hospital; transporte secundário ou inter-hospitalar – transporte realizado entre instituições hospitalares; transporte terciário ou intra-hospitalar – transporte que ocorre dentro da mesma instituição hospitalar (Fernandes, Valente, & Catarino, 2012).

Face à temática deste projeto, será abordado o transporte inter-hospitalar (Fernandes *et al.*, 2012). Este envolve riscos com consequências na segurança da pessoa, no entanto, tratando-se da necessidade de existir um meio de assistência superior ao do local de origem, justifica-se a sua realização, ponderando-se o risco-benefício (Lacerda, Cruvinel, & Silva, 2011; OM & SPCI, 2008).

Para que o transporte inter-hospitalar da PSC seja realizado com o maior sucesso possível, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) propôs a sua organização em três fases: decisão: a decisão de transportar a PSC é um ato médico, em que devem ser avaliados os riscos inerentes ao transporte que possam ter implicações na segurança do doente; planeamento: o planear do transporte e da equipa de acompanhamento do doente na continuidade de cuidados durante e após o transporte (fase crucial para a segurança da PSC pois podem surgir eventos adversos que comprometam a segurança da pessoa e que podem ser antecipados através do planeamento); efetivação: transporte propriamente dito em que a equipa de transporte tem a responsabilidade técnica e legal da sua implementação, a qual só

termina após a chegada do doente à unidade de destino. O nível de cuidados nunca pode ser inferior ao verificado antes do mesmo, daí ser necessário prever e antever as necessidades de saúde da PSC, devendo a equipa de transporte delinear os seus papéis, para que o trabalho em equipa resulte em ganhos em saúde, nunca descurando a vigilância e reavaliação de cuidados que devem ser constantes, bem como os registos (OM & SPCI, 2008).

A nível mundial verificou-se que, com base em considerações de custo-eficiência e resultados de investigação positivos, durante as últimas décadas os serviços de saúde foram centralizados em grandes organizações hospitalares, o que fez aumentar a necessidade de transferências de doentes entre hospitais (Droogh, Smit, Hut, de Vos, Ligtenberg, Zijlstra, 2012; Eiding, Kongsgaard, & Braarud, 2019; Lyphout *et al.*, 2018), 2012; Eiding, Kongsgaard, & Braarud, 2019; Lyphout *et al.*, 2018). Portugal não fugiu à regra e em 2014 com o despacho nº 10319/2014, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) apresentou uma categorização dos serviços de urgência, que levou a um aumento do número dos transportes inter-hospitalares realizados, para se responder às necessidades e diferenciação de cuidados necessários a cada doente.

Legislativamente, o transporte de doentes está incluído na lei de bases de saúde (Lei nº 48/90, 1990). Posteriormente, o Decreto lei nº38/92 regulamentou a temática do transporte de doentes, pois os recursos existentes não eram devidamente rentabilizados para dar resposta a essa necessidade. Em 2001, com a Portaria nº 1147/2001 estabeleceu-se a necessidade de criação de tipos específicos de meios de transporte adequados às necessidades de cada utente.

Também o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 contemplou o transporte como uma realidade objetiva, pretendendo implementar uma rede de transportes inter-hospitalares que apresentasse resultados eficientes e seguros. Esta realidade surgiu da necessidade crescente dos hospitais nacionais transferirem doentes, entre si, para cuidados mais diferenciados, nomeadamente as PSC, pelo que se tornou essencial a criação desta rede para um transporte eficaz e seguro (Campos, 2014).

Entretanto são publicadas outras legislações que regulamentam as questões de custo, prescrição e fiscalização dos meios de transporte de doentes.

Em 2016, com o despacho nº 5058-D/2016, é operacionalizado o transporte regional do doente crítico (TrDc): este é assegurado pelo Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), obtendo-se uma intervenção dinâmica e coordenada dos vários componentes do SNS. Desta forma, de modo a não comprometer os meios de socorro pré-hospitalar, os hospitais ficam encarregues de mobilizar a equipa de

profissionais de saúde, rentabilizando-se recursos e assegurando-se cuidados de saúde seguros e de qualidade à PSC durante o transporte inter-hospitalar (Despacho nº 5058-D/2016, 2016).

Todas estas atualizações legislativas acompanham a importância que este tema já vinha a ganhar a nível mundial, formulando-se diretrizes orientadoras no sentido de organizar e estabelecer princípios que promovam a segurança da PSC no transporte inter-hospitalar. Várias organizações a nível internacional, tais como: American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care, Intensive Care Society, Faculty of Intensive Care of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists e Intensive Care Society, trabalharam no sentido de promoverem boas práticas relacionadas com o transporte inter-hospitalar, em função das novas exigências dos doentes críticos, da atualização dos cuidados de saúde, e das *guidelines* de segurança subjacentes da Emergency Nurses Association (Wilson, 2018), European Society of Intensive Care Medicine (Lieshout & Stricker, 2011), Intensive Care Society (Whiteley, Gray, McHugh, & O’Riordan, 2011), Association of Critical Care Transport (2016). Estas diretrizes salientam a coordenação, comunicação pré-transporte, qualificação e treino dos profissionais, equipamento, monitorização e documentos padronizados como elementos fulcrais para um transporte do doente crítico eficiente e em segurança. (Droogh *et al.*, 2012; Kulshrestha & Singh, 2016; Sethi & Subramanian, 2014).

No nosso país, a SPCI, em articulação com a Ordem dos Médicos, criou, em 1997, o Guia de transporte de doentes críticos, criando um guia orientador de boas práticas a ter em consideração no transporte do doente crítico. Este documento, veio a ser atualizado em 2008 – Transporte de doentes críticos: recomendações, devido aos novos avanços neste campo e à preocupação crescente dos riscos e complicações que podem surgir durante o transporte que podem ter consequências para os doentes (OM & SPCI, 2008).

Apesar de existirem diretrizes orientadoras acerca desta temática, o que se verifica atualmente a nível nacional e mundial, é que a sua implementação ainda não é eficaz e por isso ainda existe um compromisso da segurança da PSC neste contexto (Droogh, Smit, Absalom, Ligtenberg, & Zijlstra, 2015; Intensive Care Society & Faculty of Intensive Care Medicine, 2019).

O transporte inter-hospitalar da PSC é caracterizado por stress, instabilidade, ansiedade e vulnerabilidade para todos os elementos envolvidos (Eiding *et al.*, 2019; St-Louis & Brault, 2010). Esta vulnerabilidade acontece por a pessoa sair do ambiente

da unidade hospitalar, controlado e conhecido, atravessando um momento de instabilidade, incerteza e nervosismo que poderá conduzir ao agravamento da sua situação de saúde (Gustafsson, Wennerholm, & Fridlund, 2010; Lopes & Frias, 2014). A família, ao ver o seu familiar atravessar este processo, sente também o distanciamento que estas transferências inter-hospitalares muitas vezes acarretam (Senften & Engström, 2015).

A segurança é definida como a redução para um mínimo aceitável de danos considerados desnecessários relacionados com os cuidados de saúde (Organização Mundial de Saúde, 2009). Pode também ser considerada como a ausência de lesão accidental ou não intencional, e não pela doença que está subjacente à pessoa alvo de cuidados, e que pode originar morte, incapacidade ou internamento prolongado (Baker, 2004). Este tema tem gerado uma crescente preocupação a nível nacional e mundial. A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 pretende estabelecer parâmetros e metas para promover a qualidade dos cuidados de saúde, tendo como foco a segurança do doente, diminuindo a ocorrência de riscos evitáveis (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

A segurança no transporte inter-hospitalar é comprometida por diversos fatores, existindo uma percentagem significativa de incidentes. A partir dos resultados de um estudo, envolvendo 688 transportes, Lyphout *et al.* (2018) referem que o número de incidentes relatados foi de 16,7%. Noutros estudos analisados pelos autores, verificou-se uma taxa de incidentes de 34%, dos quais 70% eram considerados evitáveis (Lyphout *et al.*, 2018).

Os incidentes comprometedores da segurança da PSC mais verificados foram: taquicardia, arritmia, variações dos valores tensionais, taquipneia, hipoxia, broncoespasmo, dessincronização ventilatória, extubação, entubação seletiva, pneumotórax, alteração do estado de consciência, exteriorização de acessos vasculares. Os erros cometidos pela equipa relacionam-se com: avaliação inicial da pessoa, estabilização hemodinâmica, comunicação e planeamento do transporte, questões relacionadas com o equipamento, material, fármacos, suporte ventilatório e registos (Droogh *et al.*, 2015; Kulshrestha & Singh, 2016; Lyphout *et al.*, 2018).

Desta forma, compreende-se a necessidade de abordar o tema da promoção da segurança no transporte inter-hospitalar já que a ocorrência de eventos adversos e as suas dificuldades inerentes podem ser minimizados, por antecipação dos riscos evitáveis nas diferentes fases do transporte: decisão, planeamento e efetivação (Blackman, Walrath, Reeves, Mora, Maddry, Stockinger, 2018; Comeau, Armendariz-

Batiste, & Woodby, 2015; Intensive Care Society, 2019; Lopes & Frias, 2014; Lyphout *et al.*, 2018; Martins & Martins, 2013; OM & SPCI, 2008; Ringdal, Chaboyer, & Warrén Stomberg, 2016; Sethi & Subramanian, 2014).

O enfermeiro é o profissional responsável por melhorar os cuidados de saúde e promover resultados de qualidade, e para isso deve conhecer as estratégias, métodos e práticas de melhoria da qualidade (White, Hall & Lalonde, 2011). Tem um papel fundamental na resposta às necessidades da pessoa, na obtenção de ganhos em saúde, na prestação de cuidados ao doente e família, mobilizando as vertentes relacional, afetiva, terapêutica e técnica, que são sustentadas nos padrões do saber em enfermagem: empírico – a ciência da enfermagem; estético – a arte da enfermagem; o conhecimento pessoal; e a ética – conhecimento moral em enfermagem, e que promovem um cuidado único e humanizado (Carper, 1978; Lei nº 156/2015 2015).

Mobilizando os diferentes padrões do saber e competências, o enfermeiro responde de forma eficiente ao que lhe é exigido na sua profissão, devendo atender aos padrões de qualidade da OE (Ordem dos Enfermeiros, 2001) que se apresentam como promotores da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Os seus enunciados descritivos são instrumentos que os profissionais devem utilizar para uma prática de cuidados de qualidade. Correlacionados com a temática deste relatório saliento três por considerar serem os mais relevantes e em que os enfermeiros podem produzir resultados e ganhos em saúde, sendo eles: satisfação do cliente, prevenção de complicações e organização dos cuidados de enfermagem.

A satisfação do cliente implica que o enfermeiro minimize o impacto negativo que as mudanças de ambiente possam provocar na pessoa, aplicável ao transporte inter-hospitalar, em que a pessoa sai de uma unidade hospitalar para outra, o que causa um impacto emocional na pessoa e família (Ordem dos Enfermeiros, 2001; Senften & Engström, 2015; St-Louis & Brault, 2010). Nesta área, o enfermeiro também atua na prevenção de complicações, fundamental na promoção da segurança no transporte inter-hospitalar da PSC, identificando potenciais riscos e problemas, intervindo para evitar que estes aconteçam (Lyphout *et al.*, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2001; OM & SPCI, 2008; Sethi & Subramanian, 2014). Outro enunciado descritivo relevante é a organização dos cuidados de enfermagem: o enfermeiro adota um quadro de referência para a sua prestação de cuidados e uma metodologia com base em evidência científica, promovendo uma melhoria contínua da qualidade da sua profissão, apostando na sua formação contínua, o que se traduz em cuidados de

excelência (Direção-Geral do Ensino Superior, 2011; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010; Joint Quality Initiative, 2004; Ordem dos Enfermeiros, 2001). Também a organização do transporte inter-hospitalar nas suas diferentes fases é uma metodologia de organização dos cuidados de enfermagem, o que permite a correta avaliação e antecipação de possíveis complicações que possam surgir, promovendo a segurança nesta área e contribuindo para melhorar a qualidade de cuidados (Intensive Care Society, 2019; OM & SPCI, 2008).

Uma das competências do enfermeiro mestre e especialista em enfermagem à PSC é cuidar da pessoa em situação de urgência, emergência, exceção e catástrofe, promovendo condições de segurança, em que os cuidados sejam baseados em evidência científica recente (Gustafsson *et al.*, 2010). É de salientar que também é responsável por assegurar meios de evacuação e transporte e, assim, garantir a continuidade de cuidados e transmissão de toda a informação necessária para que essa continuidade exista (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Também é sua competência gerir as práticas de cuidados, tendo por base a segurança da pessoa, suportando-se em evidência científica, antecipando as suas necessidades, adequando e mobilizando os recursos adequados às necessidades de cuidados da pessoa e otimizando o trabalho em equipa (Benner, 2001; Benner *et al.*, 2011; Gustafsson *et al.*, 2010; St-Louis & Brault, 2010). A sua tomada de decisão na otimização do processo de cuidados é também uma competência essencial, tal como é defendido pelos descritores de Dublin de 2º ciclo (Direção-Geral do Ensino Superior, 2011; Joint Quality Initiative, 2004), e pelas competências do CMEPSC da ESEL (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010).

Deste modo, compreende-se que o enfermeiro mestre e especialista em PSC é aquele que apresenta competências diferenciadas e direcionadas para a promoção da segurança no transporte inter-hospitalar da PSC: cuidando da pessoa que vivencia processos complexos de doença, promovendo a segurança na prestação de cuidados, mobilizando os recursos necessários para o processo de transporte e cuidados durante o mesmo, baseando-se em evidência científica atualizada.

De acordo com a RIL realizada, cujo protocolo se encontra em apêndice (apêndice I), a evidência indica as seguintes intervenções de enfermagem promotoras da segurança da PSC no transporte inter-hospitalar nas suas diferentes fases:

- Intervenção do enfermeiro na fase de decisão

A tomada de decisão e julgamento crítico durante o transporte inter-hospitalar é

essencial pois, apesar de o transporte inter-hospitalar ser um ato de responsabilidade médica, cabe ao enfermeiro assumir também a responsabilidade de decisão pela realização do transporte, tendo em consideração os riscos e a segurança da PSC (OM & SPCI, 2008).

Benner *et al.* (2011), St-Louis & Brault (2010) e o parecer nº 09/2017 da OE (Ordem dos Enfermeiros, 2017) reforçam que o enfermeiro mestre e/ou especialista na área de PSC possui as competências e formação adequadas, com capacidade de tomada de decisão, avaliação e pensamento crítico desenvolvidas.

O trabalho em equipa e a comunicação inerente ao mesmo são elementos essenciais na promoção da segurança da PSC durante o transporte inter-hospitalar (James, Quirke, & McBride-Henry, 2013). A comunicação entre a equipa que transfere, transporta e recebe é essencial para assegurar a continuidade de cuidados e informação (Kulshrestha & Singh, 2016). O enfermeiro, ao receber estas informações, consegue planear e decidir sobre os cuidados a prestar e, assim, minimizar a ocorrência de eventos adversos (Frost, Kihlgren, & Jaensson, 2019; Greenawalt, 2012; Gustafsson *et al.*, 2010).

A equipa de transporte deve ser consistente em termos formativos, nomeadamente nos cursos de suporte avançado de vida (SAV) e suporte avançado de vida em trauma (SAVT), com treino regular, de modo a poder antecipar e responder adequadamente às variações do estado de saúde da PSC durante o transporte inter-hospitalar (Droogh *et al.*, 2015; Intensive Care Society, 2019; Martins & Martins, 2013; OM & SPCI, 2008). No entanto, o que se verifica com alguma frequência, na realidade atual, é o acompanhamento por uma equipa de transporte constituída por profissionais sem estas características formativas, o que conduz ao comprometimento da segurança da PSC e, conseqüentemente, a um nível de qualidade de cuidados inferior ao que era prestado na unidade de origem (Frost *et al.*, 2019; Intensive Care Society & Faculty of Intensive Care Medicine, 2019; Lyphout *et al.*, 2018; Martins & Martins, 2013). Perante esta situação, a SPCI (OM & SPCI, 2008) recomenda a criação, pelas próprias instituições de saúde, de equipas de transporte intra e inter-hospitalar, com formação e experiência na área, de modo a reduzir os eventos adversos, promover a segurança da PSC e permitir a organização e avaliação do processo de transporte (Lopes & Frias, 2014; National Institute for Health and Care Excellence, 2018).

Sendo o enfermeiro mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente PSC o mais habilitado, com competências específicas direcionadas para estas situações e formação na área, como cuidar e gerir os cuidados da pessoa em

situações de emergência, exceção e catástrofe, este deve ser um elemento que integra a equipa de transporte e que assim presta cuidados específicos à PSC nesta área (Regulamento nº 429/2018, 2018).

▪ Intervenção do enfermeiro na fase de planeamento

Nesta fase o enfermeiro mestre e especialista na área de PSC deve colocar em prática as suas competências específicas, antecipando os cuidados necessários durante o período de transporte inter-hospitalar e assim prever possíveis complicações que possam surgir e prevenir eventos adversos associados ao processo complexo de transporte do doente crítico (Frost *et al.*, 2019; Martins & Martins, 2013).

Deste modo, cabe ao enfermeiro verificar qual o material, equipamento e fármacos necessários, mas também a preparação da pessoa e da família – trata-se de um momento de grande vulnerabilidade, stressante, com impacto nas vivências e organizações familiares, em muitas situações com distanciamento face à unidade hospitalar de destino, daí a importância do enfermeiro valorizar o suporte emocional à pessoa e família, explicando-lhes e informando-os sobre a real situação de saúde vivida, prognóstico e momento de transporte (Senften & Engström, 2015; St-Louis & Brault, 2010).

O enfermeiro deve ter em consideração que o transporte em si acarreta alterações fisiológicas, particularmente significativas quando envolvem o transporte de uma PSC, que podem comprometer o seu estado hemodinâmico (Kulshrestha & Singh, 2016), pelo que se revela essencial a avaliação da pessoa. Assim, o transporte inter-hospitalar é planeado da melhor forma e recorre à metodologia A – *airway*, B – *breathing*, C – *circulation*, D – *disability*, E – *exposure* (ABCDE) (Aehlert, 2013; American College of Surgeons, 2012; Society of Trauma Nurses, 2013) essencial para a prevenção de possíveis complicações que possam surgir e assim antecipá-las, intervindo previamente (Sethi & Subramanian, 2014).

Segundo a OM e SPCI (2008), as *checklists* são elementos úteis na preparação do transporte inter-hospitalar, sistematizando os cuidados necessários ao transporte, padronizando-os, melhorando a comunicação entre a equipa de transporte, evitando a ocorrência de erros e garantindo o cumprimento de todos os pontos essenciais para obter resultados efetivos dos cuidados. Devem ser curtas, concisas, objetivas e organizadas e conter elementos de avaliação como: equipamento necessário, organização do transporte, preparação do ventilador mecânico, avaliação do doente (avaliações dos componentes respiratórios, hemodinâmicos, gastrointestinais,

geniturinários e de conforto e segurança). Estas *checklists* reduzem efetivamente a taxa de eventos adversos durante o transporte (Comeau *et al.*, 2015; Eiding *et al.*, 2019; Frost *et al.*, 2019; National Institute for Health and Care Excellence, 2018; Ringdal *et al.*, 2016; Senften & Engström, 2015).

Assim, o enfermeiro perito é aquele que dá resposta eficaz, que tem competências adequadas à situação complexa do transporte inter-hospitalar, gerindo a equipa e fomentando práticas de cuidados seguras e dignas para a PSC, participando na gestão do risco e otimizando o trabalho em equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados exigidas pela PSC (Benner, 2001; Benner *et al.*, 2011).

▪ Intervenção do enfermeiro na fase de efetivação

Durante a fase de efetivação do transporte, cabe ao enfermeiro garantir uma qualidade de cuidados superior ou igual à oferecida à PSC no hospital de origem. Deste modo, é essencial que o enfermeiro mantenha a vigilância, monitorização hemodinâmica, gestão da terapêutica prescrita e avaliação contínua do doente durante o transporte inter-hospitalar (Bérubé, Bernard, Marion, Parent, Thibault, Williamson, Albert, 2013; Frost *et al.*, 2019; Martins & Martins, 2013). Articulando as competências de mestre e as específicas do enfermeiro especialista na área de PSC, este detém capacidades e competências adequadas à complexidade que o transporte inter-hospitalar acarreta para a segurança da PSC (Regulamento nº 429/2018, 2018).

A fase de efetivação só termina após a transmissão de toda a informação do estado de saúde da pessoa à equipa que recebe o doente crítico e que irá assumir a responsabilidade dos cuidados de saúde doravante.

A comunicação padronizada, clara e inequívoca entre os diferentes elementos intervenientes nos cuidados, nomeadamente entre a equipa de transporte e entre esta e os elementos da equipa hospitalar, é pedra angular no que se refere à segurança da PSC durante todas as fases do transporte inter-hospitalar e respetiva continuidade de cuidados (James, Quirke, & Mcbride-Henry, 2013). Para isso, é essencial o recurso a *checklists* sobre a condição da PSC e um trabalho em equipa positivo, o que conduz à promoção da segurança da PSC, aumentando a sua satisfação (Greenawalt, 2012; Gustafsson *et al.*, 2010). A transmissão de informação deve seguir a metodologia ABCDE (American College of Surgeons, 2012; Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) & Departamento de formação em emergência médica (DFEM), 2019; Society of Trauma Nurses, 2013) e a técnica ISBAR (forma simplificada de transmitir informações complexas que tem por base a mnemónica: I – identificação: identificação

e localização dos intervenientes do processo de comunicação; S – situação atual: motivo das necessidades de saúde; B – antecedentes pessoais; A – avaliação: informações sobre a situação de saúde da pessoa e intervenções realizadas; R – recomendações: planeamento de cuidados face à situação de saúde verificada) (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Em suma, o enfermeiro mestre e especialista em enfermagem em PSC desempenha um papel primordial na promoção da segurança do doente crítico durante o transporte inter-hospitalar, o que reforça a importância e escolha deste tema.

1.2. A perspetiva de enfermagem no cuidar da PSC submetida a transporte inter-hospitalar

O enfermeiro pretende dar resposta às necessidades da PSC na área da promoção da segurança no transporte inter-hospitalar, perspetivando-se o olhar da pessoa e família segundo a tríade: pessoa, família e equipa. Para que isto aconteça, a minha visão sobre estes intervenientes nestas áreas terá por base o quadro conceptual *Nursing as Caring theory* (Boykin & Schoenhofer, 2013). Esta teoria defende que a enfermagem, enquanto profissão e disciplina, envolve o cuidado que deve ser visto como uma intenção de enfermagem, e não como um instrumento.

Esta teoria tem por base o conceito de que todas as pessoas cuidam e são membros ativos no processo de cuidados, já que cuidar é uma característica do ser humano, ou seja vive-se cuidando do outro (Boykin & Schoenhofer, 2013). A enfermagem tem como finalidade nutrir as pessoas que vivem e crescem no cuidar.

Assim, os pressupostos que regem esta teoria são: as pessoas cuidam em virtude da sua humanidade, são autênticas e completas no momento de cuidado, vivem o cuidar momento a momento, têm como característica o *personhood*, ou personalidade: uma forma de viver baseada no cuidado e que é reforçada através das relações que se estabelecem durante esse momento (Boykin & Schoenhofer, 2013).

Subjacente a esta teoria estão alguns conceitos principais que a caracterizam e explicitam a sua essência.

Cuidar pode ser entendido como uma expressão altruísta de conexão, com a presença intencional do enfermeiro junto da pessoa cuidada. Deste modo, todos os elementos cuidam e o cuidado é vivido momento a momento. O foco desta teoria é o de que todos os intervenientes se conhecem e apoiam, vivendo e crescendo desta situação de cuidados. Este momento caracteriza-se como a experiência partilhada

entre o enfermeiro e aquele que é cuidado, desenvolvendo-se o *personhood*: a vida baseada no cuidar, num entendimento do conhecimento do outro. Na situação de cuidados estão envolvidos valores, intenções e ações dos intervenientes. Deste modo, cada elemento traz novos contributos para a situação e torna-a como um momento único, com benefícios para ambos. Assim, cabe ao enfermeiro convidar diretamente aqueles de quem cuida a partilhar o mais importante para si naquele momento, o que fortalece assim a relação entre ambos (Boykin & Schoenhofer, 2005, 2015; Purnell, 2014).

É através deste convite que o apelo de enfermagem é ouvido: maneiras individuais de reconhecimento do momento de cuidados, que despoleta as respostas de enfermagem: o enfermeiro responde às solicitações de cuidados naquele momento, acompanhando a pessoa a viver naquela situação de cuidados. Assim, surge outro conceito: o *caring between* que é a fonte e fundamento da enfermagem para esta teoria. É a relação de amor recíproco vivida naquele momento de cuidados entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, existindo uma partilha contínua entre ambos, criando assim uma intencionalidade de cuidar autêntica (Boykin & Schoenhofer, 2005, 2015; Purnell, 2014).

Esta teoria define ainda o conceito da “dança dos cuidadores”: um círculo aberto, em que cada pessoa é valorizada e respeitada e transmite os seus saberes, respondendo ao cuidado que é pretendido. Todos os intervenientes participam e dedicam-se à situação de cuidados e vão mais além, conhecendo-se e dando-se a conhecer, existindo uma intervenção partilhada e solidária, sendo responsáveis pelo momento de cuidar que irá existir. Cada participante dança livremente, o que significa que cada um tem o seu ritmo, a sua identidade e a sua forma de estar, mas juntos contribuem para uma dança harmoniosa, estabelecendo-se uma ligação entre eles. Nesta interação contínua, em que cada elemento participa e efetiva o momento de cuidados, todos têm a capacidade de cuidar e cada elemento tem um contributo único e importante. Assim, este conceito traduz um cuidar fluido e partilhado em que os seus intervenientes contribuem de forma intencional, de modo a obterem resultados positivos nesta situação.

A família é um elemento a integrar na prestação de cuidados, que deve ser cuidado (Boykin & Schoenhofer, 2013). Esta contribui para a valorização e integração da própria pessoa, para o seu papel a desempenhar na sociedade, tornando a pessoa única e completa a cada momento da vida, sendo uma extensão de suporte para a pessoa. Deste modo, podemos entender que integrando a dança dos cuidadores, a

família traz os seus dons especiais para este momento de partilha e interação, de modo a resultar em *outcomes* favoráveis para a situação de cuidados (Purnell, 2014; Schoenhofer *et al.*, 2005). Ou seja, cuidar exige inter-relação, interação e intenção.

Assim, a minha linha estruturante de pensamento tem por base a teoria do *Nursing as Caring* (Boykin & Schoenhofer, 2013) por considerar essencial um cuidar único, num processo interpessoal em que existe intenção, reciprocidade entre os elementos desta dança dos cuidadores, o que se cruza com a temática deste projeto, no sentido em que o enfermeiro intervém junto da PSC e família que vivencia momentos de fragilidade e vulnerabilidade motivada pelo transporte inter-hospitalar (Boykin & Schoenhofer, 2013).

Durante o transporte inter-hospitalar é essencial que o enfermeiro conheça os intervenientes do processo de cuidados, “nutrindo” os elementos da situação de enfermagem com uma presença intencional, numa relação mútua e contínua, com intervenções que respondam às suas necessidades de cuidados e às suas prioridades (Boykin *et al.*, 2005).

Neste âmbito, os cuidados de enfermagem devem ser cuidadosamente preparados, com uma correta avaliação das necessidades da PSC e família, de modo a promover a segurança. É essencial também uma articulação eficiente com os restantes elementos da equipa e junto da PSC e família, existindo assim uma dança dos cuidadores, onde cada elemento é valorizado e contribui para este momento (Boykin *et al.*, 2005; Boykin & Schoenhofer, 2013).

No entanto, o enfermeiro não se pode limitar a esse conhecer da pessoa, sendo essencial olhar para a sua globalidade: conhecer o seu contexto familiar e social, o seu estilo de vida e o impacto que a situação de saúde-doença terá nestas dinâmicas. No caso concreto do transporte inter-hospitalar, muitas vezes ocorre a mudança da pessoa para um hospital de maiores dimensões, com um ambiente de cuidados mais específico, muitas vezes com necessidade de métodos invasivos e tecnológicos, o que implicará consequências na sua dinâmica de vida, com afastamento da sua família e amigos, vivendo-se assim uma situação de instabilidade que pode afetar o modo como cada elemento interage neste processo do cuidar (Boykin & Schoenhofer, 2013; James *et al.*, 2013; Senften & Engström, 2015; St-Louis & Brault, 2010). A estabilidade da PSC, em todas as suas vertentes, é afetada por todas estas vivências de vulnerabilidade e fragilidade que têm repercussões na sua dimensão bio-psico-sociocultural (Gustafsson *et al.*, 2010; Martins & Martins, 2013).

O transporte inter-hospitalar da PSC é um momento vulnerável para a família que

vê o seu familiar numa situação de instabilidade, que pode ser agravada durante o mesmo, e pelo distanciamento que muitas vezes acontece nestas situações de transferência para organizações hospitalares centrais, o que tem um impacto significativo, quer na PSC, quer na família que o acompanha (St-Louis & Brault, 2010).

O enfermeiro constitui-se como o suporte emocional à pessoa e família, explicando-lhes e informando-os sobre a real situação de saúde vivida, prognóstico e momento de transporte (Senften & Engström, 2015). Cabe-lhe ser o profissional que estabelece uma ligação única e se assume como principal cuidador dos intervenientes desta situação, trilhando um caminho de apoio, confiança mútua, ligação profunda e interpessoal respeitando e promovendo a essência de cada elemento (Mendes, 2018b).

Assim sendo, os enfermeiros de enfermagem avançada alargam o seu campo de visão e valorizam as necessidades da PSC e família, englobando-os nos cuidados, de modo a prestarem um cuidado ímpar baseado na teoria que lhe serve de base (Boykin, et al., 2005; Boykin & Schoenhofer, 2013; Silva, 2007). E é isso que se pretende neste percurso de desenvolvimento de competências, tornar a situação de vulnerabilidade do transporte inter-hospitalar num momento único, englobar a pessoa e família, respondendo às suas necessidades, olhando para a sua individualidade, respeitando-a e integrando-a nesse cuidar ímpar. Para isso, o enfermeiro deve conhecer-se a si mesmo, dar-se a conhecer e conhecer aqueles de quem cuida, bem como cuidar de si e de todos os elementos envolvidos na prestação de cuidados. Ao estabelecer esta relação, cria uma base de sustentação e confiança que lhe permite cuidar da pessoa e família perante a situação de vulnerabilidade que atravessam, nomeadamente no transporte inter-hospitalar em que esta se encontra aumentada. Para Roach (2002), citado por Purnell (2014), essa relação caracteriza-se por: compromisso, confiança, consciência, competência, compaixão e comportamento.

Este conhecer da PSC pelo enfermeiro é essencial durante as diferentes fases que constituem o transporte inter-hospitalar: permite identificar as necessidades da PSC e família, antecipar as complicações que possam surgir durante o transporte, moldando assim as intervenções de enfermagem. Deste modo, consideram-se as características da PSC enquanto ser bio-psico-sociocultural, prestando-se cuidados individualizados e especializados, moldando as intervenções com o que é realmente importante para a PSC (Boykin & Schoenhofer, 2013).

Assim, o enfermeiro de enfermagem avançada, mestre e especialista em enfermagem, face à temática da segurança no transporte inter-hospitalar da PSC,

considerando todos os fatores inerentes ao mesmo, e suportando-se na *Nursing as Caring theory*, cuida de uma forma intencional e autêntica, compreende e apoia a PSC para assim intervir naquele momento de vulnerabilidade, identificando as suas necessidades e estabelecendo prioridades (Boykin & Schoenhofer,2013).

2. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo aborda o percurso de desenvolvimento de competências realizado ao longo deste CMEPSC, efetuando-se uma reflexão e análise retrospectiva do estágio realizado em cada contexto, a partir das atividades desenvolvidas e dos contributos retirados para este caminho enquanto futura mestre e especialista em enfermagem.

Deste modo, e tendo por base Benner (2001) e Collière (2003), a inovação e qualidade dos cuidados de enfermagem são sustentados na melhoria contínua da prática de cuidados, tendo como alicerce planos de estudos estruturados que permitam o desenvolvimento de competências e assim contribuam para o desenvolvimento da práxis de enfermagem.

Numa primeira fase foi desenvolvido um projeto de estágio, identificando-se uma problemática real da prática de cuidados e explorando a evidência acerca do tema, para a aquisição de conhecimento sobre as intervenções de enfermagem, que respondessem às necessidades da PSC nesta área de cuidados (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010). O projeto desenvolvido teve como foco a segurança no transporte inter-hospitalar da PSC que, perspetivado segundo a teoria *Nursing as Caring*, engloba sempre a família da pessoa submetida a transporte, permitindo, assim, a aplicação efetiva da teoria na prática (Boykin & Schoenhofer, 2013).

Para a elaboração do projeto de estágio, foi necessário escolher as tipologias de contexto clínico mais adequadas para atingir os objetivos propostos, responder às necessidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências. Para isso, foram desenvolvidas visitas a diferentes contextos clínicos e realizadas entrevistas a peritos na área. Estas, foram efetuadas em vários contextos envolvidos no transporte da PSC – primário e secundário – de modo a conseguir obter contributos para o percurso a desenvolver, e conhecer as práticas realizadas nas diferentes áreas. Pode dizer-se que este contacto com a prática de cuidados serviu de alicerce para o planeamento do estágio do 3º semestre e para a seleção das tipologias de contexto a desenvolver neste âmbito.

Após a seleção dos contextos de estágio, foram estabelecidos objetivos gerais e específicos e desenvolvido um plano de atividades específico, para cada um deles, que permitisse a concretização dos mesmos e delinear a estratégia para o desenvolvimento das capacidades e competências preconizadas pela ESEL neste CMEPSC (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010), descritores de Dublin 2º ciclo (Direção-Geral do Ensino Superior, 2011; Joint Quality Initiative, 2004) e

competências comuns e específicas de enfermeiro especialista na área de PSC, preconizadas pela OE (Regulamento nº 140/2019, 2019; Regulamento nº 429/2018, 2018). Assim, foram delineados 2 objetivos gerais comuns às 2 tipologias de contexto:

- desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC, promovendo a sua segurança no transporte inter-hospitalar;
- desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC e família, nos contextos de SU e UCI.

Já os objetivos específicos foram adaptados à realidade e tipologia de cada ensino clínico – SU e UCI, os quais foram sofrendo alterações após contacto direto com os contextos e discussão com o professor e enfermeiro orientador, o que foi facilitador para reestruturar e delinear objetivos e atividades, ajustadas aos locais de estágio.

Assim, este capítulo encontra-se estruturado por contextos, fazendo uma análise e avaliação crítica das atividades desenvolvidas, objetivos alcançados, dificuldades sentidas e respetivas estratégias de superação e as competências adquiridas/desenvolvidas, neste processo de aprendizagem.

2.1. Serviço de urgência polivalente

Este estágio teve a duração de 8 semanas, decorrendo de 30 de setembro a 22 de novembro de 2019 (apêndice II).

Sendo classificado como SUP (Despacho nº 10319/2014, 2014), o seu nível de resposta é diferenciado nas situações de urgência e emergência, sendo um centro de trauma de nível I e o recurso de referência e encaminhamento, para as restantes instituições hospitalares mais próximas (American Trauma Society, 2019).

Tratando-se de um SU que abrange uma área de grande densidade populacional, e sendo o hospital de referência para os SUMC (Despacho nº 10319/2014, 2014), recebe um grande fluxo de doentes, provenientes da área de residência abrangida pelo hospital e transferidos de outros SU, para apoio diferenciado. Verifica-se, assim, que este contexto recebe um grande número de pessoas, maioritariamente em situação crítica, transportadas de outros hospitais, o que constituiu uma mais-valia em termos de aprendizagem, quer para a abordagem à temática em estudo, quer para o desenvolvimento de competências no cuidar da PSC no contexto de SU.

De seguida, irei descrever e analisar as atividades desenvolvidas neste estágio, refletindo criticamente sobre as mesmas e sobre as competências desenvolvidas.

De modo a **conhecer a dinâmica funcional e de gestão do serviço**, foi importante, no primeiro turno, conhecer o espaço físico do serviço e questionar acerca

da intervenção em cada sector e o método de trabalho. No turno seguinte acompanhei a triagem de Manchester, o que foi facilitador para ter uma perspetiva geral sobre o funcionamento do serviço: espaço físico, organização e encaminhamento de doentes e respetivo circuito. Foi também importante para conhecer e compreender o funcionamento do sistema informático, apresentando-se como vantagem o facto de já o conhecer e, portanto, ter maior facilidade na sua utilização, nomeadamente nos registos de enfermagem, com o intuito da contínua organização dos cuidados e consequente melhoria da qualidade dos mesmos (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Também foi possível analisar e gerir protocolos terapêuticos complexos existentes no serviço, nomeadamente, critérios de ativação da equipa de anestesia, administração de ácido tranexâmico, avaliação de glicémia capilar e esquema de insulina, normotermia pós-paragem cárdiorrespiratória (PCR) e a operacionalização e organização das vias verdes de sépsis, trauma, coronária e acidente vascular cerebral. Para isso, foi necessário recorrer a pesquisa de evidência e legislação correlacionada com as diferentes temáticas, bem como conhecimentos e habilidades adquiridas em cursos formativos, cujos certificados se encontram em anexo, tais como: SAV (anexo I), SAVT (anexo II), curso de abordagem, transporte e segurança do doente crítico (ATSDC) (anexo III) e conhecimentos desenvolvidas ao longo da minha experiência profissional (Aehlert, 2013; American College of Surgeons, 2012; INEM & DFEM, 2019; Intensive Care Society & Faculty of Intensive Care Medicine, 2019; OM & SPCI, 2008; Society of Trauma Nurses, 2013). A gestão destes protocolos passou pela identificação precoce destas situações e das necessidades da PSC, antecipação de possíveis complicações, aplicabilidade destes protocolos e respetiva intervenção e reavaliação segundo os mesmos, de modo a obterem-se os melhores resultados para a PSC e família. A gestão de protocolos terapêuticos complexos é uma competência do enfermeiro mestre e especialista em enfermagem e fundamental na prestação de cuidados à PSC (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010; Regulamento nº 429/2018, 2018).

Considero que a via verde de trauma foi aquela que mais motivou o meu interesse, por estar bem estruturada e organizada, com avaliação metodológica baseada em evidência científica atual, o que me permitiu colocar em prática os conhecimentos teóricos adquiridos no curso ATCN/ATLS (American College of Surgeons, 2012; Society of Trauma Nurses, 2013), proporcionando-me grandes contributos para a antecipação de focos de instabilidade enquanto futura mestre e especialista em enfermagem nesta área (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010;

Regulamento nº 429/2018, 2018).

Através de pesquisa e colocação de questões à enfermeira orientadora, verifiquei que outros protocolos estão disponíveis, através de uma aplicação eletrónica elaborada pelo centro hospitalar que contém vários protocolos de atuação, baseados em evidência científica recente, permitindo aos profissionais terem uma padronização de intervenção. O acesso à mesma permitiu-me intervir de forma sustentada e adequada, junto da PSC e família.

Quanto ao desenvolvimento de competências em emergência e catástrofe, tive oportunidade de conhecer o plano de emergência e catástrofe do SU, mobilizar os conhecimentos teóricos adquiridos neste CMEPSC, para intervir em situações desta natureza e estruturar o pensamento crítico sobre a articulação teórico-prática. Com estas atividades, pude compreender como se estrutura e organiza um plano de emergência, bem como se perspetiva a resposta perante estas situações, que se assume da responsabilidade do enfermeiro mestre e especialista na área de especialização de PSC (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010; Regulamento nº 429/2018, 2018).

De modo a desenvolver competências na área da gestão, foi-me possível acompanhar em 2 turnos a enfermeira orientadora na coordenação de chefia de turno, o que foi facilitador para atingir as competências nesta área, na qual não tinha nenhum tipo de experiência. Pude desenvolver atividades de gestão de recursos humanos, gestão de materiais, gestão de vagas nos diferentes setores do serviço e coordenação de stocks de materiais. Estas atividades permitiram-me desenvolver o meu pensamento crítico e capacidade de decisão, organização e gestão de recursos, assim como técnicas de comunicação e gestão de conflitos, estratégias de liderança, bem como a capacidade de responder eficaz e atempadamente às diferentes situações vivenciadas no contexto. Considero que é uma função bastante exigente pois além das competências técnicas é também necessário apresentar competências não técnicas, como a capacidade de liderança: visão global sobre o serviço e capacidade de delegação de tarefas e supervisão das mesmas; resolução de conflitos e problemas, promover o trabalho em equipa, capacidade de adaptação aos vários cenários que surgem (Fleury & Fleury, 2001; Regulamento nº 140/2019, 2019). Destaco como essencial o constante contacto com outros serviços e instituições, nomeadamente com as equipas de pré-hospitalar, o que é importante para coordenar e gerir o serviço para uma resposta eficiente às necessidades das pessoas que recorrem ao mesmo.

O objetivo específico de **integrar a equipa multidisciplinar do contexto promovendo um trabalho em equipa** foi um desafio, pois apesar de trabalhar num serviço de tipologia semelhante e por isso com maior probabilidade de ser mais fácil de compreender a dinâmica funcional, interação e trabalho com os restantes elementos da equipa multidisciplinar do serviço, tive de ultrapassar algumas dificuldades relacionadas com o facto de ser difícil encontrar-me no papel de estudante de mestrado em enfermagem, sendo também enfermeira, e encontrar o meio termo entre esses dois papéis – não ter um comportamento de total independência e autonomia profissional, respeitando a política institucional e método de trabalho, fundamentando e negociando previamente a minha intervenção com a equipa, ao mesmo tempo que geria a minha autonomia profissional enquanto enfermeira e as expectativas dos outros, perante este facto.

O estágio é um momento de aprendizagem e de desenvolvimento de estratégias por parte do estudante, sendo este responsável por este processo (Alarcão & Rua, 2005; Sá-Chaves, 2009). Foi com base nesta perspetiva, que moldei a minha conduta para superação das dificuldades sentidas.

Numa primeira fase, uma estratégia que se revelou como positiva para a minha adaptação foi a de observar os comportamentos e dinâmica da equipa, o que me levou a perceber a realidade vivida naquele contexto e ajudou a estruturar a minha intervenção ao longo do estágio. Também me permitiu conhecer equipamentos, materiais e medidas promotoras da segurança. O acompanhamento da equipa multidisciplinar ao longo do dia, nas diferentes tipologias de horário (noite, manhã e tarde) permitiu-me compreender a dinâmica do serviço e a metodologia de trabalho inerente.

Uma maior disponibilidade para a aprendizagem, tempo de estudo e pesquisa, levaram-me a conseguir integrar a equipa e a sentir-me mais confiante na minha intervenção neste contexto, sendo reconhecida como elemento da mesma. Pude desenvolver a minha capacidade crítica, de iniciativa e comunicação interpessoal junto dos restantes elementos da equipa, discutindo algumas temáticas, nomeadamente sobre transporte da PSC, controlo de infeção, controlo da dor e intervenção em situações de emergência. Esta partilha formal e informal sobre práticas seguras e atuais, revelou-se uma mais-valia para o meu processo de aprendizagem, estimulando a pesquisa e o estudo sobre as temáticas, mas também para o serviço, já que levou ao pensamento reflexivo dos profissionais, gerando novas formas de resolução de problemas, com o objetivo de aprimorar a qualidade de

cuidados praticados no serviço, que verifiquei ser uma constante preocupação e área de investimento, principalmente junto dos enfermeiros especialistas.

Também demonstrei espírito de iniciativa em desenvolver determinadas intervenções e procedimentos, mesmo em setores onde eu e a enfermeira orientadora não estávamos previamente distribuídas, mas onde detetámos necessidades de cuidados.

Na prestação de cuidados à PSC e família, promovi um trabalho em equipa, promovendo a participação da pessoa/família na tomada de decisão, de acordo com a sua vontade (*empowerment*) e capacitando-os para a tomada de decisão consciente (Kuokkanen & Leino-Kilpi, 2000; Regulamento nº 140/2019, 2019).

Quanto aos objetivos: **prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e família; prestar cuidados de enfermagem à PSC e família, tendo por base critérios de qualidade e evidência e princípios éticos e legais em contexto de SUP; assegurar os princípios de prevenção e controlo de infeção, segurança e qualidade dos cuidados à PSC em contexto de SUP; atender à importância da gestão e controlo da dor da PSC em contexto do SUP** considero que houve uma resposta evolutiva da minha parte ao longo deste estágio.

Para alcançar estes objetivos, foi importante mobilizar para a minha prestação de cuidados os pressupostos da teoria *Nursing as Caring* que revela a presença do enfermeiro como cuidador, com uma intencionalidade bem definida de conhecer o outro e se dar a conhecer de modo a englobá-lo na situação de cuidados, intervindo e respondendo precocemente às suas necessidades (Boykin & Schoenhofer, 2013).

Foi também vantajosa a minha participação na conferência – *Nursing as Caring* – Savina Schoenhofer – organizada pela ESEL, que me permitiu obter ganhos importantes para facilitar a articulação desta teoria na prática de cuidados e, acima de tudo, ver respondidos e desenvolvidos alguns pontos sobre este cuidar em parceria. O que também retirei desta conferência foi o abordar a enfermagem como disciplina de interação e ajuda entre o enfermeiro e a pessoa, nesta reciprocidade de quem cuida e é cuidado.

Uma das dificuldades sentidas no decorrer do estágio foi a minha preocupação de não intervir de forma não conforme com a metodologia do serviço, uma vez que me sentia reticente e insegura a intervir num espaço e equipa diferente do meu habitual. Para fazer face a esta dificuldade, foi essencial o apoio da enfermeira e professoras orientadoras que sempre demonstraram confiança em mim e no meu trabalho e me transmitiram reforço positivo. Também a constante exigência que me era pedida neste

contexto de estágio foi promotora de mudança de atitude da minha parte, procurando sempre nova evidência sobre as situações com as quais me deparava, o que me fez sentir mais autónoma e segura na prestação de cuidados especializados à PSC e família (Direção-Geral do Ensino Superior, 2011; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010; Joint Quality Initiative, 2004).

Outro ponto que também considero como dificultador, mas que foi ultrapassado com as estratégias acima mencionadas, foi a gestão do tempo de cuidados a algumas pessoas com situações de saúde às quais nunca tinha prestado cuidados diretamente, tais como a PSC grande queimada, PSC com rutura de aneurisma da aorta abdominal, pessoa vítima de trauma por armas de fogo e manutenção da PSC dadora, em morte cerebral. No entanto, considero ser um ponto transversal de desenvolvimento ao longo deste percurso já que me foi possível melhorar competências técnicas nessas áreas.

Aquando da prestação de cuidados à PSC, foi uma preocupação considerar o envolvimento da família, cumprindo a legislação do direito de acompanhamento no SNS (Lei nº 33/2009, 2009). No entanto, em contexto de sala de reanimação nem sempre é fácil gerir a sua presença. Por vezes, a pessoa é proveniente de outras instituições hospitalares, em que a família não acompanha a PSC durante o transporte, ou é diretamente encaminhada às salas de reanimação, aguardando a família por informações, na sala de espera destinada para o efeito.

A literatura indica vantagens na presença da família durante a abordagem da PSC em situações emergentes e de risco de vida, nomeadamente na verificação de que tudo é feito em prol da pessoa, com informação sobre a situação de saúde e o momento crítico verificado, estabelecimento de relações de suporte afetivo e emocional entre PSC e família (Leske, McAndrew, Brasel, & Feetham, 2017). No entanto, também é evidente que quando a família está presente durante a prestação de cuidados em situações de emergência, é necessário que seja preparada, apoiada e suportada emocionalmente por profissionais disponíveis para o efeito (Toronto & LaRocco, 2019).

A família é um dos elementos em que o enfermeiro deve incidir a sua intervenção, nesta interação e cuidar recíproco, com claros *outcomes* positivos para todos os intervenientes (Boykin & Schoenhofer, 2013). Foi com base nesta premissa, sustentada na teoria *Nursing as Caring* e na evidência científica acerca desta temática, que baseei a minha intervenção neste contexto. A minha intervenção passou por: permitir, em articulação com a enfermeira orientadora, momentos de presença efetiva após a estabilização da PSC e quando a sala de reanimação estava apenas

ocupada com a pessoa, preparar previamente a família para a situação em que a PSC se encontrava e articular-me com a equipa multidisciplinar para a transmissão de informações.

Deste modo, considero que a minha intervenção enquanto futura enfermeira mestre e especialista partiu da avaliação precoce das necessidades da PSC e família, cuidando e integrando-os nos cuidados, suportando-os emocionalmente e apoiando-os no momento de vulnerabilidade associado à situação de saúde, demonstrando total disponibilidade para ouvir a expressão dos seus sentimentos e suportá-los nesta fase (Boykin & Schoenhofer, 2015). Uma situação do estágio que exemplifica esta minha intervenção foi o caso de um senhor encaminhado de outro hospital, que deu entrada na sala de reanimação por enfarte agudo do miocárdio inferior, com posterior encaminhamento para a sala de hemodinâmica para tratamento definitivo, tendo regressado à sala para transferência para o hospital de área de residência. Enquanto aguardava o transporte demonstrava grande preocupação pela esposa que não se encontrava naquele momento no serviço. Após várias tentativas de a procurar na própria instituição, sem sucesso, o senhor pediu se poderíamos contactá-la, pois ela estaria preocupada consigo e vice-versa. Perante esta necessidade causadora de grande ansiedade, falei com a enfermeira orientadora explicando-lhe a situação e justificando que seria uma intervenção importante para aquela pessoa e familiar, e foi efetuada a chamada para a senhora, com resultados positivos para ambos: redução dos valores tensionais e de frequência cardíaca, redução da ansiedade e nervosismo, com claro conforto e ânimo para a senhor.

Este exemplo demonstra a minha preocupação ao longo deste percurso com a envolvimento da família no cuidar, mantendo o suporte emocional da pessoa e respondendo às suas solicitações, posicionando-me como intermediária entre a pessoa e a equipa de enfermagem (Boykin & Schoenhofer, 2013).

Para a concretização dos objetivos foi também necessário um investimento da minha parte no que se refere à pesquisa bibliográfica e mobilização de conhecimentos adquiridos, através de pesquisas e das aprendizagens desenvolvidas neste CMEPSC.

Para a prestação de cuidados em situações de urgência e emergência, os sectores por onde passei, neste contexto, foram os de sala de reanimação e SO, por serem aqueles com maior casuística de doentes críticos.

A avaliação hemodinâmica segundo a metodologia ABCDE (American College of Surgeons, 2012), a apreciação da PSC, com elaboração de diagnósticos de enfermagem e concretização das intervenções priorizadas, segundo essa

metodologia, de acordo com as necessidades imediatas da PSC, foram intervenções por mim realizadas e que a equipa multidisciplinar do contexto também mobilizava na sua prática. Em contexto de SU, a abordagem e intervenção junto da PSC devem ser sistemáticas, com um pensamento bem estruturado e agilizado, de modo a atuar de imediato perante a situação de instabilidade da PSC e antecipar possíveis complicações que possam surgir (Benner *et al.*, 2011; OM & SPCI, 2008; Watkinson, 1995). Pude, assim, desenvolver competências na deteção de focos de instabilidade, identificando-os precocemente e respondendo de forma antecipatória (Regulamento nº 429/2018, 2018).

A realização de registos em processo clínico, segundo a metodologia ABCDE, possibilita, para quem lê, a obtenção de uma visão sistematizada sobre a abordagem à PSC, nomeadamente sobre a avaliação primária e intervenção realizada. O facto de não estar tão desperta para a metodologia de registo baseado no processo de enfermagem no meu contexto profissional e ter vivenciado esta experiência de estágio, foi importante e uma aprendizagem no que respeita ao assegurar a continuidade de cuidados e a transmissão de informação organizada e sistematizada e que irei mobilizar na minha prática de cuidados em contexto profissional.

Pude também intervir na abordagem à pessoa em PCR com recurso a conhecimentos e habilidades em SAV e SAVT (American College of Surgeons, 2012; INEM & DFEM, 2019; Society of Trauma Nurses, 2013), mobilizando também conhecimentos sobre patologias médicas, monitorização cardíaca e respetiva leitura e interpretação, ventilação invasiva, ventilação não invasiva, procedimentos técnicos como colocação de cateter venoso central e linha arterial.

Considero que o estágio foi bastante diversificado em relação às tipologias de situações, já que em algumas delas nunca havia prestado cuidados, o que foi uma mais-valia no meu processo de aprendizagem profissional, que poderei mobilizar para situações futuras no meu local de trabalho.

Quanto à gestão e controlo da dor, considero que sempre valorizei este aspeto, satisfazendo as necessidades da PSC na minha prática de cuidados, identificando os seus sinais fisiológicos e comportamentais de dor e antecipando a minha intervenção neste sentido, em colaboração com a equipa multidisciplinar (Ponce & Mendes, 2015; Regulamento n.º 361/2015, 2015; Teixeira & Durão, 2016; Urden, Stacy, & Lough, 2008).

No SUP em questão, apurei que não existe um protocolo estruturado de gestão da dor. Num momento de observação da triagem pela enfermeira orientadora,

verifiquei a administração de analgesia naquele momento, após sensibilização da equipa médica do setor para onde o doente seria triado. Após conversa e reflexão sobre este episódio, pude constatar que, de facto, o enfermeiro especialista tem a competência de sensibilizar a equipa e gerir medidas farmacológicas de alívio da dor e que, portanto, deve dar resposta a estas situações, seja através de medidas farmacológicas e/ou não farmacológicas (Ponce & Mendes, 2015; Regulamento n.º 361/2015, 2015; Regulamento n.º 429/2018, 2018; Teixeira & Durão, 2016; Urden *et al.*, 2008). Numa reflexão *a posteriori* considero que teria sido benéfica a elaboração de um protocolo de gestão de analgesia a aplicar no momento da triagem, com a colaboração de toda a equipa multidisciplinar, de modo a agilizar e antecipar as necessidades da pessoa que recorre ao SU.

O sistema informático do local de estágio apenas contempla o registo da dor através da escala de faces e da escala numérica, as quais foram as mais utilizadas por mim, já que também são as que mais frequentemente utilizo. No entanto, tive a necessidade de pesquisar mais sobre esta temática, de modo a poder colmatar a falha que sentia na abordagem a doentes ventilados/sedados, por exemplo, pelo que foi importante o partilhar de conhecimentos com a enfermeira orientadora e assim utilizar a estratégia sugerida de registar em texto livre a intensidade da dor e a escala utilizada – *Behavioral Pain Scale (BPS)* (Batalha, Figueiredo, Marques, & Bizarro, 2013; Pinho, Carneiro, & Alves, 2012; Teixeira & Durão, 2016) e quais as medidas implementadas, o que se revelou uma estratégia bastante importante na mudança da minha prática, continuidade de cuidados entre a equipa e assim, nos resultados obtidos no cuidar à PSC.

A minha prestação de cuidados teve sempre em consideração a segurança dos cuidados, nomeadamente na gestão de erros terapêuticos, da comunicação, do ambiente, na identificação dos doentes, na prevenção de quedas, no controlo de infeção. Pude discutir criticamente com alguns elementos da equipa de enfermagem sobre as questões relacionadas com a segurança e sobre estratégias de melhoria das mesmas na nossa prática diária (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015), o que foi importante para a troca de experiências, perspetivas, promovendo uma busca pela evidência e pela melhoria dos cuidados.

Outra das questões debatidas foi a prevenção e controlo de infeção, já que em contexto de SU estas medidas devem ser ainda mais valorizadas devido a toda a dinâmica funcional do mesmo, em que muitas vezes existe sobrelotação com distâncias de segurança comprometidas (Liang, Riethman, & Fox, 2018). A evidência

revela a importância da intervenção do enfermeiro na prevenção do controlo de infeção, já que a sua intervenção está relacionada com a incidência de infeções associadas aos cuidados de saúde (Boev & Kiss, 2017). Assim sendo intervindo nesta área, pude consultar as normas de controlo de infeção hospitalar da instituição, o programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde e a norma sobre as precauções básicas do controlo da infeção (Direção-Geral da Saúde, 2007, 2013). Foi com base nestes conhecimentos e dos que já detinha da minha prática profissional, que adotei medidas de prevenção de infeção.

Outro ponto essencial ao longo deste estágio foi o respeito pelos princípios éticos, nomeadamente a confidencialidade, privacidade e dignidade, sendo que a meu ver são aqueles que neste contexto de SU, por todas as características inerentes, poderão estar mais em causa. Durante este estágio, verifiquei alguns pontos que poderiam dificultar a minha intervenção, respeitando a privacidade e confidencialidade da PSC, motivada pelas limitações do espaço físico, por exemplo. Assim, houve necessidade de encontrar estratégias que me permitiram garantir o respeito por estes princípios – alertar os profissionais para a necessidade de fechar os espaços aquando da prestação de cuidados em sala de reanimação e, noutras situações, utilizar biombos disponíveis no sentido de respeitar a dignidade da PSC.

Também a minha prática passou por garantir os direitos dos doentes: direito ao acompanhamento, direito à sua autonomia, envolvê-los a eles e à família no processo de tomada de decisão sempre que possível, confidencialidade e sigilo profissional perante as situações em que intervimos. Estas são algumas das minhas intervenções com base na conduta ética e deontológica, fazendo jus à profissão de enfermagem.

Tal como é demonstrado ao longo deste relatório, a qualidade de cuidados é uma premissa essencial no contexto de estágio referido e também na minha prática de cuidados. No decorrer destas semanas, sempre demonstrei um espírito de aprendizagem, de querer conhecer novas realidades e de pesquisar sobre práticas que produzissem resultados satisfatórios para aqueles de quem cuido. A discussão em pares e o pensamento autorreflexivo foram benéficos na partilha de novas perspetivas, de outras formas de pensar e agir, mas acima de tudo de batalharmos por uma prática baseada na evidência.

A reflexão sobre a prática originou o jornal de aprendizagem que me trouxe contributos essenciais neste percurso formativo, nomeadamente sobre a importância do trabalho em equipa em situações de urgência. Com este documento concluí que a tecnologia é um parceiro do enfermeiro na prestação de cuidados, nomeadamente em

cuidados de emergência, e que o trabalho em equipa é importante no sentido de que todas as intervenções têm de ser meticulosamente pensadas e executadas de modo a obter-se o melhor *outcome* para a PSC, sendo também essenciais as competências técnicas e não técnicas tais como: capacidade de decisão, avaliação da situação e comunicação e adaptação para o sucesso do trabalho em equipa nestas situações de emergência (INEM & DFEM, 2019; Kuliukas, King, & Ford, 2009; R. C. Locsin, 1999).

Em suma, ao longo deste estágio considero que a minha intervenção na prestação de cuidados à PSC e família se pode resumir em 3 conceitos: antecipar – situações de instabilidade e complicações; estabilizar – a PSC e família com intervenções adequadas às suas necessidades; avaliar – se as intervenções realizadas tiveram os resultados esperados ou se é necessário reformular ou intervir de outra forma (Aehlert, 2013; American College of Surgeons, 2012; Benner, 2001; Benner *et al.*, 2011; Boykin & Schoenhofer, 2013; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010; INEM & DFEM, 2019; OM & SPCI, 2008; Regulamento nº 429/2018, 2018; Society of Trauma Nurses, 2013).

Quanto ao objetivo **prestar cuidados no âmbito da segurança no transporte inter-hospitalar à PSC e família no contexto de SUP, através da observação da prestação de cuidados** foi-me possível, no primeiro dia, abordar com a enfermeira coordenadora do SUP e enfermeira orientadora, a realidade do serviço acerca do transporte da PSC.

A realidade do transporte inter-hospitalar no contexto não é muito frequente, apenas para instituições da área de residência ou caso a especialidade ou tratamento definitivo não esteja disponível no SUP, pela reorganização dos serviços de saúde da área metropolitana de Lisboa. No entanto, quando essas situações acontecem, é aplicada a escala de Etxebarria (Etxebarria, Serrano, Ribó, Cía, Olaz, López, 1998), anexo IV, para avaliação das necessidades previstas no transporte secundário, que é preenchida por médico e enfermeiro. Caso se verifique que a PSC tem critérios para acompanhamento de enfermeiro, ou enfermeiro e médico, existe uma mala de transporte com algum do material necessário estipulado pela SPCI (Direção-Geral da Saúde, 2011; OM & SPCI, 2008), maioritariamente material de urgência, sem organização estipulada.

Para fazer face à necessidade de organização da mala de transporte inter-hospitalar, e poder contribuir para a sua melhoria, foi-me proposto e iniciado um protocolo de uniformização e manutenção da mesma (cuja folha de rosto se encontra no apêndice III), de modo a ser mais fácil a sua utilização e diminuir a incidência de

eventos adversos que a literatura referencia como recorrentes, associada a materiais e equipamento, promovendo-se assim a segurança da PSC no transporte inter-hospitalar (Direção-Geral da Saúde, 2011b; OM & SPCI, 2008).

O recurso aos resultados da RIL foi essencial para sustentar a minha prática de cuidados sobre o tema, e poder partilhar junto da equipa, a mais recente evidência sobre a temática em questão.

Quanto aos registos de enfermagem no transporte secundário verifiquei que existe um impresso específico para esse fim, onde é possível registar o hospital de destino, equipa de transporte, avaliação hemodinâmica, fármacos administrados, e que fica disponível no processo da pessoa. O enfermeiro responsável pelo transporte leva também consigo um telemóvel caso haja necessidade de contactar o serviço ou hospital de destino, o que é facilitador para que não existam quebras de comunicação.

Na distribuição da equipa de enfermagem, existe um enfermeiro escalado para transferências, responsável pelos transportes, que, sempre que possível, é um elemento com experiência e com formação em SAV, acumulando funções no SO sempre que necessário. Considero este facto um ponto positivo e que demonstra preocupação com esta temática no SUP, enfatizando também a comunicação eficaz e o momento de *handoff* entre o enfermeiro responsável da PSC e o enfermeiro da equipa de transportes como promotor da segurança e continuidade de cuidados de qualidade ao longo do transporte (Frost *et al.*, 2019; Greenawalt, 2012; Gustafsson *et al.*, 2010; James *et al.*, 2013). Também a instituição hospitalar promove a formação dos profissionais e, nesta área em concreto, com o curso ATSDC. No sentido de desenvolver competências nesta área específica, foi-me possível participar nesta formação ATSDC ainda antes do início do estágio, o que foi fundamental para o meu percurso enquanto futura mestre e especialista em enfermagem, como ferramenta para o tema específico do projeto de estágio realizado, permitindo-me assim intervir de forma rigorosa, capaz e assertiva junto da PSC durante o transporte inter-hospitalar, identificando prioridades e antecipando possíveis complicações que possam daí advir. Destaco como aprendizagens o planeamento do transporte inter-hospitalar e sua importância basal para a promoção da segurança da PSC e continuidade de cuidados, bem com as bancas práticas com exemplos de situações de emergência hipotéticas que permitiram sistematizar e colocar em prática as boas práticas sustentadas em evidência.

Ao longo do estágio tive oportunidade de acompanhar um transporte inter-hospitalar, que decorreu sem intercorrências, onde pude participar em todas as fases

do transporte e colocar em prática as intervenções promotoras da segurança à PSC neste âmbito, com base na evidência científica obtida pela realização da RIL e pelo estudo continuado no decurso do estágio. Foi sem dúvida uma mais-valia poder atuar neste âmbito e partilhar com a equipa os meus conhecimentos nesta área. Tive também oportunidade de realizar transportes intra-hospitalares, o que me permitiu aplicar e discutir com a equipa as boas práticas e também trazer contributos para o transporte inter-hospitalar, nomeadamente no planeamento dos cuidados e avaliação da PSC ao longo do mesmo.

Pude também analisar indiretamente a forma como decorreram os transportes pré e inter-hospitalares cujo hospital de destino era o contexto de estágio, verificando quais as intervenções e incidentes que ocorreram durante os mesmos e de que forma poderiam ter sido evitados. Do que verifiquei, grande percentagem dos incidentes estão relacionados com material, equipamento e alterações hemodinâmicas, não estando implementadas *checklists* de verificação de material e equipamento prévias ao transporte, descritas na literatura como uma medida eficaz na redução desses mesmos incidentes nesta área (Comeau *et al.*, 2015; Eiding *et al.*, 2019; Frost *et al.*, 2019; National Institute for Health and Care Excellence, 2018; Ringdal *et al.*, 2016; Senften & Engström, 2015). Algumas instituições hospitalares, tal como sugerido na evidência, apresentam uma folha de registo padronizada, considerada pelos enfermeiros como facilitadora, enquanto instrumento de registos durante o transporte (Droogh *et al.*, 2015; Intensive Care Society & Faculty of Intensive Care Medicine, 2019; OM & SPCI, 2008).

Quanto à comunicação, verifiquei que é uma área que carece de grande investimento por parte das equipas de transporte, estando descrito na literatura que esta deve ser padronizada e seguir a metodologia ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendations*), de modo a promover a segurança da PSC (Direção-Geral da Saúde, 2017; Greenawalt, 2012; Gustafsson *et al.*, 2010; James *et al.*, 2013).

Destaco a situação de uma PSC helitransportada que foi recebida no contexto de estágio, que se constituiu um momento de grande aprendizagem por toda a complexidade inerente. Daqui retirei contributos para a minha prática, nomeadamente na avaliação hemodinâmica contínua da PSC ao longo do transporte, e na adoção de medidas antecipatórias promotoras da segurança, subsidiadas pela literatura existente, como por exemplo: verificação se todas as drenagens estão vazias; monitorizar a pressão de todos os *cuffs* com ar para uma pressão recomendada de

20 a 30 mm Hg; profilaxia do tromboembolismo venoso; ajuste de sedoanalgesia, a fim de evitar o aumento da pressão intracraniana; possível entubação gástrica para descompressão gástrica; monitorização da temperatura corporal com prevenção da hipotermia; cálculo da quantidade de oxigénio necessária para o voo com constante monitorização de oximetria periférica e capnografia e adequação dos parâmetros ventilatórios para prevenção de hipóxia; humidificação do oxigénio e hidratação da PSC, pelo risco de desidratação (Dorlac, Mason, & Dorlac, 2019; Frost *et al.*, 2019; James *et al.*, 2013; Vasconcelos, 2019).

Quanto ao transporte intra-hospitalar, é mais frequente neste contexto, existindo uma mala de transporte com material e medicação de emergência para este fim. Do que pude acompanhar, ao longo das semanas de estágio, o número destes transportes é elevado, pelo que foi necessário sensibilizar a equipa para a importância do planeamento do transporte intra-hospitalar da mesma forma que se planeia o inter-hospitalar, com a utilização da mala de transporte em todos os transportes da PSC, tendo observado posteriormente a essa sensibilização, uma mudança de pensamento e de prática da equipa, neste âmbito

Para desenvolver competências na área específica deste projeto e dar resposta ao objetivo proposto, pude também desenvolver três turnos em contexto de viatura médica de emergência e reanimação (VMER) num SUMC. Esta opção de realizar estágio neste contexto pré-hospitalar derivou da minha motivação e interesse pessoal pela área pré-hospitalar por diferentes motivos: desenvolver a capacidade de gestão de prioridades, intervenção e tempo, gerir a incerteza associado a situações emergentes envoltas num ambiente desconhecido, comunicar e intervir junto da família da PSC perante uma situação de emergência.

Destaco como aprendizagem neste contexto a imprevisibilidade de situações, o que faz com que a equipa sinta incerteza, vulnerabilidade, ansiedade e aumentos da produção de adrenalina associadas a este desconhecimento, que são importantes gerir para que não interfiram com a prática de cuidados, existindo também uma conduta ética, legal e deontológica a ser respeitada e valorizada, já que aqui é a equipa de profissionais que vai ao encontro da PSC e família, sendo muitas vezes a sua casa o palco de todas estas intervenções, por vezes de *life saving* e comunicação de más notícias, o que nem sempre é fácil de transmitir dentro de um lar, junto da família.

Também a vivência destas situações de emergência fizeram-me desenvolver as minhas capacidades de avaliação ABCDE da PSC, bem como a antecipação de

possíveis complicações e intervenção imediata em situações de emergência e transporte da PSC (Bérubé *et al.*, 2013; Sethi & Subramanian, 2014).

Pude também aperfeiçoar as competências relacionadas com a prestação de cuidados à PSC em situações de emergência, nomeadamente de *life saving*, em que pude colocar em prática os conhecimentos teóricos e profissionais de SAV (INEM & DFEM, 2019; Regulamento nº 429/2018, 2018), bem como a identificação precoce de focos de instabilidade hemodinâmica e intervir de forma antecipatória e eficaz.

Também me foi possível, neste contexto, recolher contributos importantes para a temática deste projeto. Deste modo, verifiquei que a tomada de decisão acerca da necessidade de acompanhamento por parte dos profissionais constituintes da equipa é bastante clara. Pude constatar que a avaliação à PSC segundo a metodologia ABCDE, a antecipação de focos de instabilidade e a intervenção para resolução dos mesmos antes da efetivação do transporte, permitem evitar possíveis incidentes que poderiam surgir. A monitorização e reavaliações da PSC permitem promover a segurança durante o transporte e, assim, prestar cuidados de qualidade e reduzir os números de complicações associadas ao mesmo (Martins & Martins, 2013). Outro ponto promotor da segurança no transporte da PSC, é a formação específica dos elementos da equipa que se constituem como elementos diferenciados e com competência para atuar perante situações de emergência e com bastante experiência em situações de instabilidade e transporte de PSC (Intensive Care Society & Faculty of Intensive Care Medicine, 2019; Martins & Martins, 2013; OM & SPCI, 2008).

Em suma, considero que este contexto me permitiu compreender e aprender que é necessária uma intervenção rápida e segura para que as necessidades emergentes da PSC sejam respondidas de imediato e a sua situação de saúde estabilizada.

Outro objetivo a que tive de dar resposta, neste contexto de estágio foi o de **aprofundar conhecimentos teóricos relacionados com a promoção da segurança no transporte inter-hospitalar da PSC**. Para isso tive oportunidade de participar no congresso internacional do doente crítico 19, cujo programa e certificado se encontram em anexo (anexo V e VI, respetivamente), o que possibilitou a atualização dos meus conhecimentos sobre determinadas temáticas relacionadas com a PSC, de forma a colocar em prática a evidência científica recente, trazendo contributos claros para a minha prestação de cuidados, com impacto nos resultados efetivos para a PSC e na qualidade dos cuidados. Os contributos adquiridos neste evento, relacionados com a intervenção do enfermeiro junto do dador de coração parado, a abordagem à criança em situação crítica já que o SUP de estágio aborda a

criança vítima de politrauma, a abordagem à vítima durante e pós-PCR, foram partilhados junto da equipa do contexto de estágio de modo a discutir boas práticas, como estas poderiam ser aplicadas nos reais contextos e a adaptação das equipas às mesmas. Esta constante discussão fez-me crescer profissional e pessoalmente, particularmente na minha capacidade argumentativa e na minha visão crítica sobre a profissão e disciplina de enfermagem.

A oportunidade que surgiu para apresentação de um poster científico (apêndice IV), cujo certificado se encontra em anexo (anexo VII), relativamente aos resultados obtidos com a realização da RIL, foi uma experiência e um momento de aprendizagem de extrema importância no meu percurso académico, pois pude partilhar o meu trabalho junto da comunidade científica, contribuindo para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem. Para mim, foi um enorme desafio concretizado e um contributo fulcral para o meu processo de desenvolvimento de competências enquanto futura mestre em enfermagem.

Já em contexto de estágio tive possibilidade de analisar as necessidades formativas da equipa de enfermagem, de modo a dar o meu contributo nesse sentido. Após conversa com a enfermeira orientadora, concluiu-se que a transfusão de hemoderivados era um tema em que a equipa sentia algumas lacunas que necessitavam de ser colmatadas. Também verifiquei que o serviço não tem implementado o protocolo de atuação complexa de transfusão maciça. Inicialmente a minha proposta seria a realização de uma norma de trabalho que pudesse implementar o protocolo de transfusão maciça, cuja folha de rosto se encontra em apêndice (apêndice V).

Deste modo, após a sua elaboração, este foi apresentado ao enfermeiro chefe que concordou com a abordagem desta temática em contexto formativo formal, pelo que me foi solicitada a realização de uma sessão de formação que abordasse a segurança no transporte da PSC e transfusão de hemoderivados, cujo plano de sessão e avaliação da formação se encontram em apêndice (apêndice VI). Foi bastante recompensadora esta formação no meu percurso de aprendizagem, sendo mais uma estratégia para discutir e comunicar entre pares e expor com clareza o meu próprio raciocínio (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010). Quanto ao *feedback* da equipa após a sessão foi positivo, considerando que a temática forneceu novas ferramentas e conhecimentos úteis para a qualidade dos cuidados prestados no serviço.

Concluo que a minha postura profissional e académica se pautou por uma

aprendizagem contínua, pela busca incessante da melhor evidência científica, em que pudesse basear a minha prática, de modo a obter os *outcomes* mais adequados às necessidades da PSC e família.

2.2. Unidade de cuidados intensivos

Este estágio teve a duração de 8 semanas, decorrendo de 25 de novembro de 2019 a 31 de janeiro de 2020 (apêndice II).

A UCI onde este estágio foi realizado é uma UCI polivalente, de nível III (Paiva, Fernandes, Granja, Esteves, Ribeiro, Nóbrega, ... ,Coutinho, 2017) com centro de *extracorporeal membrane oxygenation* (ECMO), estando proposto e em desenvolvimento o processo para integrar os centros de referência preconizados pela Direção-Geral da Saúde (Despacho n.º 6669/2017, 2017).

As suas características revelaram-se como essenciais para a implementação dos objetivos de estágio delineados, o que contribuiu em muito para momentos ricos de aprendizagem neste processo de desenvolvimento de competências.

De seguida, irei abordar a minha intervenção no contexto de UCI, refletindo criticamente sobre a mesma e revelando as competências desenvolvidas.

Para iniciar este estágio foi essencial **conhecer a dinâmica funcional e de gestão do serviço**. No primeiro turno pude inteirar-me do espaço físico, organização de trabalho e processo pelo qual o doente passa, aquando o seu internamento, o que foi facilitador para a minha intervenção ao longo do estágio.

Os primeiros turnos foram essenciais para compreender o método de trabalho que é aplicado na unidade, bem como o contacto e manuseamento de equipamento tecnológico inerente à prestação de cuidados em UCI (Locsin, 2013; Pinto, 2011), uma vez que com muitos deles nunca havia contactado.

Também me foi possível compreender os protocolos, *guidelines*, *checklists* e normas de trabalho existentes na unidade, sustentadas em evidência científica e a sua aplicabilidade na prática, com resultados na prestação de cuidados seguros à PSC e família, o que pude mobilizar para a minha prática e assim adequar e melhorar a minha intervenção.

Nestes primeiros turnos foi-me possível compreender a realização de registos de enfermagem, que na unidade são feitos em formato papel, dada a necessidade de vigilância e monitorização sistemática da PSC; no entanto dispõem de suporte do sistema informático para construção de uma nota de evolução da globalidade do turno. Aqui, pude discutir com o enfermeiro orientador e outros elementos da equipa, sobre

a utilização do sistema informático como facilitador na obtenção de dados para posterior análise e apresentação de resultados, bem como elemento facilitador na continuidade de cuidados (Leal, 2006). No entanto, dada a necessidade de monitorização contínua da PSC neste contexto e a falta de especificidade e adaptabilidade do programa aos cuidados intensivos, os registos no serviço ainda não estão totalmente informatizados. Considero, como aspeto facilitador, o facto de conhecer o programa informático, o que me deu bases para poder discutir junto da equipa a sua utilidade e aplicabilidade.

Quanto ao plano de emergência e catástrofe, foi-me possível tomar conhecimento do seu funcionamento: ampliação/gestão de vagas com necessidade de ajuste de critérios e adaptação dos mesmos à tipologia de catástrofe, articulação entre os diferentes serviços, gestão de recursos humanos. Conhecer este plano foi essencial no desenvolvimento de competências correlacionados com situações de emergência e catástrofe nomeadamente no planeamento, gestão e eficiência dos cuidados nestas situações (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010; Regulamento nº 429/2018, 2018). Esta atividade revelou-se essencial para que em situações futuras de catástrofe, tenha conhecimentos para aplicar as competências adquiridas nesta área.

Para desenvolver as competências de gestão, foi-me possível acompanhar o enfermeiro chefe de equipa durante um turno. Neste serviço, o enfermeiro chefe de equipa tem o papel de gestor das vagas da unidade e gestão de recursos humanos, consoante as necessidades do serviço. É este elemento que faz a distribuição da equipa, exigindo assim, uma visão global do serviço e o conhecimento das necessidades de saúde dos diferentes doentes. Para isso é essencial o constante *feedback* que existe entre este elemento e os restantes enfermeiros, havendo um momento, ao longo do turno, em que o enfermeiro chefe de equipa atualiza as informações sobre cada doente para a posterior transmissão em passagem de turno entre chefias, essencial para a comunicação de toda a informação sobre a unidade: doentes, gestão de recursos humanos e materiais.

O enfermeiro chefe de equipa gere ainda os elementos responsáveis pela sala de E-CPR cujos enfermeiros têm de ter formação e perícia num momento de grande instabilidade e de risco de vida para a PSC. Também a possível saída destes elementos para eventuais resgates, para aplicabilidade da técnica de ECMO exige a consequente reestruturação do serviço e uma maior destreza das capacidades de gestão deste elemento.

De salientar o papel motivador, de espírito de equipa e entreajuda que os enfermeiros chefes de equipa desenvolvem junto da equipa multidisciplinar, nomeadamente dos enfermeiros, o que é verificado numa harmonia e cooperação entre todos os elementos.

Considero que esta atividade me permitiu enriquecer o meu percurso, permitindo-me apreender estratégias de gestão da equipa, tipos de liderança e o impacto que estas medidas têm no espírito de equipa, na qualidade dos cuidados e nos resultados para a PSC e desenvolver competências de supervisão de tarefas, de gestão de recursos, otimização da tomada de decisão e liderança de equipas (Hammick, Freeth, Koppel, Reeves, & Barr, 2007; Kuliukas *et al.*, 2009; Regulamento nº 140/2019, 2019).

Quanto ao objetivo: **integrar a equipa multidisciplinar do contexto promovendo um trabalho em equipa**, os primeiros turnos desenvolvidos na unidade foram sem dúvida essenciais para que esta integração fosse efetiva e com repercussões ao longo das semanas.

Integrar uma equipa nem sempre é fácil, por toda a dinâmica estrutural e de grupo que existe, com a agravante deste ser um contexto totalmente novo para mim. Assim, foi necessário compreender a dinâmica funcional e estrutural do serviço, o método de trabalho inerente, observar e inteirar-me da realidade vivida naquele contexto, para que pudesse definir estratégias que me trouxessem subsídios para a minha intervenção junto da PSC e família. O acompanhamento da equipa ao longo dos diferentes turnos foi facilitador para compreender a organização do trabalho e continuidade de cuidados que se verifica. Para que esta integração na equipa fosse efetiva, foi necessário realizar pesquisas de conteúdo científico de modo a consolidar a minha intervenção, tornando-me segura e confiante, o que foi facilitador para que a equipa me reconhecesse como um elemento eficiente, o que se repercutiu na minha intervenção junto da PSC e família.

Desde início que senti uma abertura da equipa multidisciplinar para me receber, pelo que foi um aspeto facilitador para me sentir confortável neste contexto, segura das minhas próprias ações. Senti uma total disponibilidade para esclarecimento das minhas dúvidas, discutir práticas e envolver-me no processo de tomada de decisão face à situação de saúde da PSC. Este *feedback* constante entre mim e a equipa, resultaram num desenvolvimento do meu pensamento crítico e de novos conhecimentos sobre diferentes áreas.

Pude também constatar que a temática da segurança é uma máxima do serviço, em que a equipa intervém na sua promoção. Existe uma monitorização contínua

destas medidas na prestação de cuidados à PSC, o que foi importante para este meu percurso, sendo inerente à temática deste relatório e que considero como essencial na qualidade dos cuidados prestados, integrando as competências a desenvolver neste mestrado (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2006; Regulamento n.º 140/2019, 2019; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Assim, ao longo destas semanas, o cumprimento destas atividades permitiu-me desenvolver competências na otimização do trabalho em equipa, adaptação ao ambiente organizacional, gestão de cuidados, otimizando o trabalho em equipa, e a reflexão sobre práticas e afirmações de mim própria e dos outros (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010; Regulamento n.º 140/2019, 2019; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Relativamente aos objetivos – **prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e família; prestar cuidados de enfermagem à PSC e família, tendo por base critérios de qualidade e evidência e princípios éticos e legais em contexto de UCI; assegurar os princípios de prevenção e controlo de infeção, segurança e qualidade dos cuidados à PSC em contexto de UCI; promover a prestação de cuidados, com base em competências éticas e legais à PSC em contexto de UCI, atender à importância da gestão e controlo da dor da PSC em contexto de UCI**, foi necessário um trabalho contínuo nesta área de cuidados intensivos, da qual não detinha experiência.

De modo a nortear o meu pensamento e prática de cuidados com os resultados que pretendia junto da PSC e família, foi necessário mobilizar os pressupostos da teoria *Nursing as Caring* (Boykin, *et al.*, 2005; Boykin & Schoenhofer, 2013).

Os resultados obtidos com esta visão, sobre a prática de cuidados com a qual me identifico na minha prática diária, foram evidentes ao longo deste estágio. Em UCI, a família é um elemento que deve ser cuidado e apoiado pelo enfermeiro, pois falamos de um impacto significativo na sua situação familiar diária, com uma componente de stress inerente, pois a PSC atravessa um momento de instabilidade e falência orgânica, com diagnóstico muitas vezes reservado (Fateel & O'Neill, 2015). Foi por considerar esta premissa, colocando-me no lugar do outro e conhecendo-o (Boykin & Schoenhofer, 2013), que a minha intervenção junto da família foi uma preocupação constante ao longo do estágio.

Um exemplo elucidativo da minha intervenção foi a situação que envolvia um doente politraumatizado com TCE, e múltiplas fraturas, nomeadamente a nível pélvico

e membros superiores, que se encontrava ventilado, com valor de *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS)-1. Foi transferido de uma cidade do interior para observação e por instabilidade hemodinâmica e necessidade de neurocirurgia. Durante os cuidados, o senhor já dirigia o olhar e respondia a questões simples. Aquando da hora da visita, preparei a família para a situação de saúde, pois da última vez que tinham visto o senhor, este encontrava-se mais sedado, em RASS-4. Foi importante para aquela família esta minha intervenção de antever previamente as suas necessidades, mostrando disponibilidade para ajudá-los a comunicar com o senhor, envolvendo-os nos cuidados e, assim, intervindo nesta díade aquando o período de visita (Lusquiños, Mendes, & Bento, 2019; Mendes, 2018a; Mendes, 2016). Foi em parceria com o enfermeiro orientador que pudemos prolongar o período de visita, já que seria mais vantajoso para a gestão familiar, o que se revelou benéfico para a PSC e família e para mim, enquanto profissional e estudante, sentir que os ajudei numa situação de vulnerabilidade.

Considero que este integrar da família, esta ininterrupta parceria, este contacto mais próximo e contínuo me trouxe contributos essenciais para a minha prática enquanto futura mestre e especialista em enfermagem. Pude presenciar e perceber o impacto que a situação de saúde/doença traz, não só para a PSC, mas também para a família, e que esta deve ser cuidada, sendo o enfermeiro o seu suporte e retirando desta interação um maior conhecimento sobre a PSC (Mendes, 2018a). Daqui para a frente, a minha intervenção e abordagem junto da família da PSC será diferente, por todos os benefícios que estão inerentes a esta prática.

Quanto à prestação de cuidados, esta iniciou-se de forma gradual em parceria com o enfermeiro orientador. Esta área precipitou alguns receios e medos inerentes a um novo contexto exigente e com uma multiplicidade de tipologias que exigiam da minha parte uma intervenção eficiente e segura.

Deste modo, foi importante numa primeira fase, observar a intervenção do enfermeiro, questionar o porquê de intervir daquela forma, como poderia maximizar uma dada intervenção ou responder de forma antecipada aos focos de instabilidade e às necessidades da PSC. Também houve a necessidade e preocupação contínua de perceber o funcionamento de alguns equipamentos, tais como: máquinas de diálise, monitores de avaliação hemodinâmica invasiva, ventiladores, equipamentos de perfusão, equipamento de avaliação de índice bispectral e pressão intra-abdominal, bomba de nutrição entérica, entre outros, e compreender os dados que estes transmitiam, fazendo a ponte com a fisiopatologia da doença e estado

hemodinâmico da PSC.

A minha maior dificuldade foi o contacto com a tecnologia e técnicas de suporte vital com as quais não tivera contacto, tais como técnicas dialíticas contínuas ou ECMO. Foi-me difícil retirar o olhar destes equipamentos e dispositivos, que me alarmavam e que me faziam sentir uma pequena gota no meio do extenso oceano que para mim eram os cuidados intensivos. As minhas dificuldades prendiam-se com a compreensão da mecânica destas técnicas, nomeadamente os parâmetros programáveis e respetivos ajustes, consoante os resultados hemodinâmicos e fisiopatológicos da PSC, pois, para mim, era um fator essencial para intervir de forma confiante. Saber que estas técnicas sustentavam a vida da PSC fazia com que tivesse receio de falhar em algum momento e pudesse interferir nesse sentido.

O facto de sentir que o meu olhar se prendia no mundo tecnológico, fazia com que descurasse na minha prestação de cuidados a humanização de cuidados, estando, para mim, a PSC “mascarada” por estes equipamentos que me impediam de desenvolver esse pensamento. Sentia que não integrava no cuidar os pressupostos da teoria *Nursing as Caring*, e que por isso o *caring between* estava bastante limitado, porque a intenção de enfermagem de um cuidar único se desvanecia em toda a tecnologia envolvente (Boykin & Schoenhofer, 2005, 2015; Purnell, 2014).

Esta dificuldade foi alvo da minha reflexão crítica, o que deu origem ao jornal de aprendizagem elaborado neste contexto e que me deu ferramentas para a ultrapassar, em conjunto com o apoio e total disponibilidade do enfermeiro orientador para facilitar o meu percurso de aprendizagem e integração no serviço. Este olhar imediato dirigido para o equipamento em si e seu funcionamento camuflava a minha real preocupação: a segurança, recuperação e bem-estar da PSC. A par da minha integração gradual e ganho de confiança, fui sendo capaz de efetivar a humanização de cuidados sem descurar a segurança.

Outra dificuldade inicial que se tornou um fator facilitador e importante para o meu processo de aprendizagem neste percurso foi a diversidade de situações clínicas com que pude contactar. A tipologia do local de estágio proporcionou-me esta riqueza de aprendizagem, permitindo-me mobilizar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do CMEPSC e despoletando uma busca incessante por saber cada vez mais.

Ao longo do estágio tive oportunidade de prestar cuidados especializados à PSC com diferentes situações de saúde: choque séptico e cardiogénico com falência multiorgânica, falência respiratória, politraumatismo, entre outros, que exigiram de

mim uma intervenção eficiente face às necessidades da PSC. Considero que a minha resposta foi sendo gradualmente mais diferenciada, em colaboração com o enfermeiro orientador, com a construção mental do processo de enfermagem, antecipando possíveis focos de instabilidade e intervindo adequadamente perante a especificidade de cada pessoa em tempo útil.

A minha intervenção perante situações de alta complexidade pode ser exemplificada na prestação de cuidados junto da pessoa sob modalidade de ECMO, um suporte de vida para a PSC, que garante a circulação e oxigenação extracorporal do fluxo sanguíneo (Extracorporeal Life Support Organization–ELSO, 2017; Ordem dos Enfermeiros, 2019; Passos Silva, Caeiro, Fernandes, Guerreiro, Vilela, Ponte, ... Gama, 2017). Tratou-se de uma fase de grande instabilidade e suporte hemodinâmico, de grande curiosidade e interesse pessoal da minha parte por ter podido prestar cuidados durante esse período. Além disso, este local de estágio é um dos poucos centros onde esta modalidade é praticada.

Numa primeira fase considerei como essencial conhecer o funcionamento do equipamento tecnológico, pois perante qualquer complicação que surgisse, a minha intervenção seria a de responder de modo a não existir nenhum compromisso da segurança da PSC. Em relação à gestão de protocolos terapêuticos complexos, nesta situação específica, destaco o protocolo de sedo-analgesia, que foi aquele que exigiu um maior empenho, por ser uma total novidade para mim e também por toda a dinâmica que lhe está inerente no que confere à dosagem medicamentosa e seu ajuste face às necessidades da PSC.

Posteriormente, à medida que me sentia mais confiante e familiarizada com a modalidade e tecnologia, pude desenvolver uma prestação de cuidados assente no cuidar humanizado, no cuidar recíproco, de integrar a pessoa e família ao longo do mesmo e utilizar a tecnologia na parceria de cuidados, visto esta ser um meio da pessoa poder partilhar com o enfermeiro como se sente perante determinada intervenção (Boykin & Schoenhofer, 2013; Locsin, 2013). Considero, portanto, que a autonomia na prestação de cuidados à PSC e família foi sendo progressiva, culminando numa atuação adequada quanto ao fator tempo e quanto à visão de avaliar, antecipar e intervir de forma adequada às necessidades da PSC, em parceria com a família.

Ao longo destas semanas em contexto de estágio, a minha prestação de cuidados foi sendo gradual, em concomitância com a gestão de tempo dos cuidados. Não considero que esta gestão de tempo tenha sido uma dificuldade. Pelo contrário, pois

a meu ver, apresentei uma boa resposta ao longo do percurso de aprendizagem inerente a um serviço que não conhecia e que exigia competências técnicas específicas que não possuía.

Na gestão de protocolos terapêuticos complexos considero que tive algumas dificuldades na operacionalização de alguns deles, como o protocolo de sedo-analgesia, insulina e avaliação do *delirium*, que foram minimizadas com estudo, momentos de reflexão e discussão com o enfermeiro orientador. Este foi um processo contínuo de aprendizagem que careceria de mais tempo para uma abordagem totalmente autónoma da minha parte. Uma estratégia para ultrapassar as dificuldades sentidas foi a discussão destes protocolos com os enfermeiros que tinham procedido à sua implementação, o que foi facilitador para compreender a sua aplicabilidade e fundamento.

A gestão e controlo da dor foi uma constante preocupação da minha parte ao longo deste estágio, com necessidade de pesquisar e adequar a minha intervenção perante a individualidade da PSC que tinha a meu cuidado. Saliento a minha proatividade a este nível, identificando indicadores fisiológicos e comportamentais da dor, intervindo interdependente e autonomamente, aplicando os protocolos instituídos, articulando-me com a equipa multidisciplinar e intervindo adequadamente, reavaliando posteriormente a minha intervenção, desenvolvendo assim uma intervenção enquanto futura mestre e especialista em enfermagem, dando resposta às competências exigidas nesta área (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010; Regulamento nº 429/2018, 2018).

Um aspeto facilitador ao longo do estágio foram os contributos da minha realidade profissional e do estágio anterior. Destaco a avaliação da pessoa segundo a metodologia ABCDE (American College of Surgeons, 2012) como essencial também neste contexto, nomeadamente na elaboração de registos, pois permite uma avaliação por prioridades e sistematizada da PSC e intervenção realizada (OM & SPCI, 2008; Ordem dos Médicos, 2009). No seio da equipa, notei que não era uma prática corrente, a avaliação e registos segundo esta metodologia, pelo que em discussão com os elementos da equipa e evidenciando as mais-valias inerentes a esta prática, foi sendo gradual a sua mobilização.

Saliento também como fator facilitador, a realização do estudo de caso que me permitiu sistematizar o meu pensamento crítico sobre uma situação de cuidados, transcrever o processo de enfermagem e basear a minha ação na mais recente evidência, através da pesquisa de determinadas intervenções, o que resultou no

cuidar da PSC antecipando potenciais necessidades e focos de instabilidade.

Não posso deixar de salientar neste objetivo, a minha colaboração em procedimentos técnicos de alta complexidade, tais como: colocação de cateter venoso central e de diálise, linha arterial, broncofibroscopia, entubação orotraqueal, ventilação invasiva e de alto fluxo e procedimento de canulação para ECMO. A minha participação e observação permitiu-me enriquecer a minha prática neste percurso, desde a necessidade de pesquisa para clarificação de dúvidas, até à compreensão do executar determinada técnica no caso específico daquela PSC com determinada patologia. Como fator facilitador e como contributo para o meu processo de aprendizagem, destaco toda a abertura e disponibilidade da equipa multidisciplinar.

Como exemplo, realço a observação de uma situação de E-CPR, em que a equipa permitiu que estivesse presente, contribuindo para a minha formação e experiência, e no final houve *feedback* e espaço para esclarecimento de dúvidas, o que foi um momento bastante enriquecedor para o meu percurso de aprendizagem. Destaco também o papel do enfermeiro orientador, que sempre procurou proporcionar-me novas situações que pudessem enriquecer o meu percurso, procurando responder às minhas necessidades de aprendizagem.

Ao longo deste percurso, a segurança foi um conceito sempre presente, com grande preocupação da minha parte bem como do serviço, estando englobado na acreditação da CHKS *healthcare accreditation* – entidade acreditadora independente que supervisiona várias entidades a nível internacional, regendo-se pelos padrões de qualidade baseados na melhor prática em todo o mundo (Caspé Healthcare Knowledge Systems, s.d.)

Esta visão da segurança e qualidade de cuidados teve como fator facilitador a sincronia de pensamento entre mim e a equipa, e a minha intervenção passou por cumprir as normas do serviço, no que diz respeito à gestão do erro terapêutico, comunicação, ambiente, controlo de infeção, identificação do doente, controlo transfusional. Estas temáticas foram exploradas com o enfermeiro orientador no primeiro turno, compreendendo a dinâmica e ação da equipa quanto a essas áreas.

Quanto à temática do controlo de infeção, houve a necessidade de proceder à consulta e análise dos documentos: precauções básicas de controlo de infeção e programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2007, 2013, 2018), o que me permitiu aperfeiçoar a minha prática. Em cuidados intensivos o controlo de infeção revela-se de extrema importância por toda a casuística inerente ao cuidado invasivo à PSC, estimando-se

existir incidência em 15% a 40% de todos os internamentos hospitalares. Os profissionais de saúde são elos fundamentais nesta área, em que estratégias como a lavagem das mãos em todos os momentos chave recomendados pela Organização Mundial de Saúde, técnicas de evitar a contaminação cruzada, o trabalho em equipa, a liderança e comunicação eficazes assumem destaque no controlo da infeção associado a este meio (Boev & Kiss, 2017; Mukhopadhyay, 2018).

Também a realização de um turno com um dos elementos que integram o grupo do programa de prevenção e controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos foi fundamental para esclarecer algumas dúvidas, nomeadamente sobre os critérios de acreditação da CHKS, e discutir práticas de controlo da infeção, com impacto na segurança e qualidade dos cuidados às pessoas.

Assim, pude prestar cuidados com base nos critérios de qualidade que os documentos supracitados definem: utilizar equipamento de proteção individual consoante a tipologia de microrganismo presente, articular com o chefe de equipa quanto aos resultados laboratoriais corroborantes de ação de controlo de infeção e sinalizar estes casos de modo a prevenir a transmissão de infeção. Ainda neste campo, destaco a sensibilização junto da família acerca destas questões, explicando-lhe a sua importância da adoção de medidas de controlo de transmissão de infeção e o impacto/consequências que poderão ter na sua saúde e da PSC.

Estas atividades permitiram-me assim implementar as orientações do plano de prevenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos, dando resposta às necessidades da PSC e discutir boas práticas e atingir as competências descritas a este nível (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010; Regulamento nº 429/2018, 2018).

Quanto a outro ponto essencial ao longo deste estágio, o respeito pelos princípios éticos, deontológicos e legais, estes estiveram sempre presentes na minha prática e suportaram a minha visão na tomada decisão sobre a situação de saúde da PSC em parceria com a equipa multidisciplinar, sustentando-me em conhecimentos éticos e deontológicos e envolvendo a família e, sempre que possível, a PSC, respeitando os seus costumes, crenças e valores.

Recordo uma situação de um senhor com fratura de C7 com indicação cirúrgica, instável hemodinamicamente, sob suporte ventilatório e sedação, que após alívio da mesma e exposição do seu problema de saúde com possível tratamento cirúrgico recusou a intervenção devido à sua crença religiosa. O seu estado de saúde acabou por se deteriorar dia após dia, acabando por falecer na unidade. A minha reflexão

sobre o assunto, levou-me a considerar que respeitámos e valorizámos a vontade e dignidade do senhor, mas com o pensamento de que poderíamos ter feito mais e melhor por aquela pessoa e se seria correto fazer algo diferente. Lidar com a perda ou com medidas que nem sempre resultam de forma positiva, nem sempre é fácil. Houve então o desenvolvimento de estratégias de *coping* para lidar com estas situações, bem como a discussão e partilha de sentimentos com o enfermeiro orientador, que resultaram de uma evolução da minha parte, e que certamente me dará contributos para a minha prática diária (Silva, Lage, & Macedo, 2018).

Tendo a minha visão sobre a enfermagem por base a teoria *Nursing as Caring* e humanização dos cuidados, considero que a minha intervenção foi sendo gradualmente centrada na PSC, respeitando a sua privacidade e confidencialidade, agindo como seu advogado e envolvendo a família nos cuidados (Lei nº 156/2015, 2015).

Um exemplo desta minha preocupação constante, foi o de expor o mínimo possível a PSC para a realização de algum procedimento, respeitando a sua privacidade. O serviço encontra-se dividido por salas, em que cada uma tem acesso por uma porta corrida que por norma está sempre aberta, inclusivamente nos cuidados de higiene. Apesar de existirem cortinas que permitem a divisão da sala em 2 unidades, estas não se encontram disponíveis na frente e lateral, o que acaba por expor a PSC aquando os cuidados. Deste modo, justifiquei esta minha visão junto do enfermeiro orientador e a minha futura intervenção de fechar a porta da sala, o que ele atendeu.

Como é perceptível neste relatório, o serviço onde este estágio decorreu tem como máxima a qualidade de cuidados, existindo um trabalho árduo da equipa para uma prática inovadora e alicerçada em evidência, com resultados efetivos junto da PSC e família. Deste modo, esta certeza de querer fazer mais e melhor, de refletir sobre a minha prática, de modificá-la e sustentá-la em literatura fizeram-me desenvolver um percurso confiante, seguro, respondendo adequadamente às necessidades da PSC e família, o que contribuiu para uma qualidade de cuidados. Sempre demonstrei um espírito de iniciativa e pro-atividade, conhecimento, organização que facilitaram o meu processo de aprendizagem.

Deste modo, foi-me possível desenvolver competências correlacionadas com a prestação de cuidados à PSC, aplicando protocolos terapêuticos complexos, promovendo a segurança nos cuidados e fazendo uma gestão da dor e do seu bem-estar com resultados efetivos. (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010;

Regulamento nº 140/2019, 2019; Regulamento nº 429/2018, 2018).

Quanto ao objetivo **promover a segurança no transporte inter-hospitalar à PSC e família no contexto de UCI**, através da prestação de cuidados foi-me possível, no primeiro dia, apresentar a minha temática ao enfermeiro orientador e enfermeiro coordenador de formação do serviço e ao longo do estágio compreender como se organiza a equipa e o serviço e se efetiva o transporte.

O transporte inter-hospitalar neste contexto não é muito frequente em doentes de tipologia III (Paiva *et al.*, 2017), apenas é usado para realização de algum exame complementar de diagnóstico fora do hospital, como por exemplo, em pessoas com patologia cardíaca que necessitem de se deslocar a outro hospital, ou para transferência para a área de residência por algum motivo correlacionado com a PSC e família. Em contexto de nível II (Paiva *et al.*, 2017) é mais frequente, com transferências para a área de residência.

Quanto ao transporte intra-hospitalar é frequente no serviço em todas as tipologias de níveis de cuidados intensivos.

Pude constatar que, no serviço, a equipa tem conhecimento da escala de Etxebarria (Etxebarria *et al.*, 1998), que define as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, monitorização, equipamento e tipo de veículos necessários. No entanto, esta não é mobilizada para a prática, por vários motivos: grande parte dos doentes é categorizado com 3-6 pontos segundo esta escala (anexo IV) o que equivale a acompanhamento de enfermeiro; por ser mais seguro que este seja realizado desta forma independentemente da pontuação da escala e da patologia da PSC; a comunicação no momento do *handoff* seja transmitida pelo profissional responsável pela PSC e que, portanto, detém maior informação sobre o seu estado de saúde e internamento na unidade. No entanto, quando ocorre o transporte inter-hospitalar, o enfermeiro responsável pelo doente faz uma nota de transferência com o resumo da sua situação de saúde que será entregue à unidade de destino e que facilita a comunicação de informação entre os profissionais.

Quando sai o enfermeiro para um transporte inter-hospitalar, o que pode ocorrer várias vezes por turno, a equipa fica reduzida, pelo que é necessária a intervenção do enfermeiro chefe de equipa nesta reestruturação do serviço e equipa. Tal como a literatura evidencia, o transporte deve ser efetivado por uma equipa que consiga manter o mesmo nível de cuidados que a PSC possuía antes deste momento (Frost *et al.*, 2019; Intensive Care Society & Faculty of Intensive Care Medicine, 2019; Lyphout *et al.*, 2018; Martins & Martins, 2013).

No transporte intra-hospitalar para além do enfermeiro responsável pela PSC, vai outro enfermeiro do serviço, com mais experiência na área de cuidados intensivos, nomeadamente o 2º elemento ou outro elemento nomeado, e o médico assistente. Este reforço da equipa, perante a alta instabilidade hemodinâmica que a PSC muitas vezes está sujeita, é essencial para o despiste de alguma falha que possa surgir durante o planeamento, bem como na prestação de cuidados de qualidade, com pessoal qualificado, no transporte da PSC.

Quanto à minha experiência na efetivação do transporte neste contexto tive oportunidade de participar no transporte intra-hospitalar nas diferentes tipologias de cuidados intensivos, de onde pude retirar contributos para a temática deste projeto, não me tendo sido possível efetivar o transporte inter-hospitalar.

Esta oportunidade de efetivação do transporte intra-hospitalar permitiu-me colocar em prática a minha experiência nesta área e mobilizar os conhecimentos obtidos através da realização da RIL. Nestes momentos, pude partilhar com a equipa algumas intervenções promotoras da segurança da PSC, tais como: avaliação do estado hemodinâmico da PSC segundo a metodologia ABCDE e correção dos problemas identificados, planeamento do material e fármacos necessários, necessidade de administração de medicação antes do momento de efetivação (Intensive Care Society & Faculty of Intensive Care Medicine, 2019; OM & SPCI, 2008; Sethi & Subramanian, 2014).

O que pude reter dos transportes em que tive oportunidade de participar foi o planeamento e antecipação de eventuais focos de instabilidade que poderiam surgir neste período e que resultaram na promoção da segurança da PSC, o que se relaciona também com o facto de serem transportes programados ou em que a equipa sabe antecipadamente da sua efetivação.

No entanto, esta prática trouxe mais-valias para o desenvolvimento da temática deste relatório, transpondo-se para o transporte inter-hospitalar, e para a minha prática neste âmbito, com a certeza que a segurança da PSC é promovida, com resultados inequívocos a este nível (Blackman *et al.*, 2018; Comeau *et al.*, 2015; Intensive Care Society & Faculty of Intensive Care Medicine, 2019; Lopes & Frias, 2014; Lyphout *et al.*, 2018; Martins & Martins, 2013; OM & SPCI, 2008; Ringdal *et al.*, 2016; Sethi & Subramanian, 2014).

Estas atividades permitiram-me sustentar em evidência a minha tomada de decisão, demonstrar conhecimentos aprofundados sobre os problemas atuais da disciplina e desenvolver um pensamento reflexivo e inovador (Escola Superior de

Enfermagem de Lisboa, 2010).

Abordando agora o objetivo **aprofundar conhecimentos teóricos relacionados com a promoção da segurança no transporte inter-hospitalar da PSC**, e outros relacionados com as necessidades de pesquisa deste estágio, houve uma necessidade efetiva de constante revisão bibliográfica perante as diversificadas tipologias de situações que afetavam a PSC às quais prestava cuidados. Para além disso, sendo uma área nova para mim, senti ainda mais esta necessidade de revisão bibliográfica que subsidiasse a minha intervenção nesta área, de modo a prestar cuidados de qualidade junto da PSC e família. As pesquisas realizadas, permitiram-me alargar o meu leque de conhecimentos e, deste modo, sentir-me segura na prestação de cuidados e na discussão entre pares, o que se revelou uma mais-valia para o meu processo de aprendizagem.

Também foi necessário mobilizar os conhecimentos adquiridos nas sessões letivas deste CMEPSC e dos diferentes congressos e jornadas em que havia participado anteriormente, com destaque para os conhecimentos obtidos nas V jornadas técnicas de medicina intensiva, cujo certificado de participação se encontra em anexo (anexo VIII). Com os conhecimentos adquiridos neste evento, pude discutir, com alguns elementos da equipa, alguns temas e algumas dúvidas que não tinha tido oportunidade de esclarecer, tais como a temática da ressuscitação cárdio-respiratória no que concerne à sistematização dos cuidados pós-reativação e discussão dos benefícios da hipotermia e normotermia terapêutica; ressuscitação do doente com insuficiência respiratória, nomeadamente nas diferentes modalidades ventilatórias e indicações terapêuticas das mesmas; ressuscitação do doente politraumatizado discutindo a importância da monitorização multimodal e avaliação contínua, na antecipação de possíveis complicações que possam surgir, nomeadamente para prevenir a lesão secundária, e assim adequar as nossas intervenções às necessidades da PSC.

Em suma, neste contexto considero que existiram aspetos dificultadores que foram sendo superados com os aspetos facilitadores encontrados.

Este estágio em UCI exigiu uma intervenção com segurança, e obtendo-se o melhor que se poderia esperar: *outcomes* efetivos junto da PSC e família em que cada gesto, cada olhar, cada palavra se revelou na maior certeza de nunca desistirmos de uma prática baseada na evidência com conseqüente qualidade dos cuidados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sede incessante de melhorar o saber e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados foram o mote para este percurso do CMEPSC, que se constituiu como uma ferramenta essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a minha evolução profissional, enquanto mestre e especialista na área da temática estudada. Sustentando-me no modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem por Benner, considero que dei um passo importante na minha formação e desenvolvimento de competências. Este percurso caracterizou-se por ser um processo complexo e exigente de reflexão, sobre as aprendizagens obtidas no contexto da prática de enfermagem, já que o conhecimento numa dada área específica acontece com o aprofundar de conhecimentos teóricos baseado em evidência e em conhecimentos práticos adquiridos na prática de cuidados.

A temática alvo de estudo – a promoção da segurança no transporte inter-hospitalar da PSC: uma intervenção especializada de enfermagem – ancorado na *Nursing as Caring theory*, constitui-se como fundamental na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e requer desenvolvimento em termos de estudo e análise de modo a verificarem-se ganhos em saúde para a PSC e família. Refletindo criticamente, poderia ter sido benéfico a mobilização dos conteúdos de *Engaging Robots as Nursing Partners in Caring* (Schoenhofer, van Wynsberghe, & Boykin, 2019), o que não aconteceu porque o meu conhecimento acerca do mesmo foi obtido numa fase tardia deste percurso, mas que traria uma articulação vantajosa da temática em estudo com os contextos da prática clínica.

Neste sentido, nos contextos da prática de cuidados onde desenvolvi este percurso sempre discuti as boas práticas associadas à segurança da PSC no transporte inter-hospitalar e partilhei os dados obtidos através da realização da RIL. A discussão e partilha entre pares, nomeadamente junto da comunidade científica com a oportunidade de apresentação de um poster científico acerca dos resultados da RIL, foram uma estratégia com claros contributos para a disseminação do conhecimento e para o desenvolvimento da competência de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios próprios da disciplina de enfermagem de forma clara e sem ambiguidades.

Este caminho foi sem dúvida recheado de grandes aprendizagens com um impacto claro em várias vertentes: pessoal, pois exigiu um reinventar da minha capacidade de trabalho, organização e desenvolvimento intrínseco a um momento de

aprendizagem; profissional, pois fez-me crescer, delinear novas metas e objetivos para a minha prestação de cuidados, com um olhar sobre a PSC e família totalmente diferente do que tinha anteriormente a este percurso, com um pensamento crítico estruturado.

Algumas dificuldades foram surgindo: o regresso ao papel de estudante, a integração nos contextos, o sair da zona de conforto em alguns aspetos que exigiram um trabalho árduo de pesquisa e revisão bibliográfica, a duração dos estágios que nem sempre foi adequada aos objetivos estipulados e necessidades de aprendizagem e a redefinição de estratégias e metas face às adversidades encontradas. Perante estes aspetos, teria sido importante para a temática do projeto que o período de estágio em contexto de pré-hospitalar fosse maior e que pudesse abranger não só a VMER, mas também a realidade das ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), onde o enfermeiro se apresenta como elemento diferenciado.

Quanto aos aspetos positivos destaco o contacto com outras realidades que trouxeram novos contributos para a minha prática e a diversidade de experiências que os contextos de estágio me proporcionaram.

Apesar do término deste percurso de aprendizagem, pretendo seguir uma prática baseada em evidência, de modo a continuar a proporcionar cuidados de excelência junto da PSC e família e contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem. O interesse despoletado pela área de investigação, verificado ao longo deste CMEPSC, pode ser um mote para o desenvolvimento de futuros projetos dentro da área temática da promoção da segurança no transporte inter-hospitalar da PSC, de modo a continuar a trazer novos contributos para uma prática de enfermagem segura.

A conclusão que faço deste recompensador percurso é de que atingi os objetivos a que me propus, nomeadamente no desenvolvimento de competências gerais e específicas do enfermeiro especialista na área de especialização de PSC e mestre em enfermagem, bem como na área específica de estudo, com a certeza de que a minha prática de cuidados será certamente melhorada, com impacto junto da PSC e família e, conseqüentemente, na disciplina e profissão de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aehlert, B. (2013). *ACLS - suporte avançado de vida em cardiologia* (4ª edição). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382.
<https://doi.org/10.1590/s0104-07072005000300008>
- American College of Surgeons. (2012). *Advanced trauma life support: student course manual* (9ª ed.). Chicago: Autor.
- American Trauma Society. (2019). Trauma center levels explained. Obtido 20 de Outubro de 2019, de <https://www.amtrauma.org/page/TraumaLevels>
- Association of Critical Care Transport. (2016). *Critical care transport standards* (Vol. 1.0). Platte City: Autor.
- Baker, G. R. (2004). The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170(11), 1678–1686. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1040498>
- Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 9), 7–16. <https://doi.org/10.12707/RIII12108>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach* (2ª ed.). Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Bérubé, M., Bernard, F., Marion, H., Parent, J., Thibault, M., Williamson, D. R., & Albert, M. (2013). Impact of a preventive programme on the occurrence of incidents during the transport of critically ill patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(1), 9–19.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.07.001>
- Blackman, V. S., Walrath, B. D., Reeves, L. K., Mora, A. G., Maddry, J. K., & Stockinger, Z. T. (2018). En Route Care Provided by US Navy Nurses in Iraq and Afghanistan. *Critical Care Nurse*, 38(2), e1–e6. <https://doi.org/10.4037/ccn2018630>
- Boev, C., & Kiss, E. (2017). Hospital-Acquired Infections. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 29(1), 51–65. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2016.09.012>
- Boykin, A., Bulfin, S., Schoenhofer, S. O., Baldwin, J., & McCarthy, D. (2005). Living Caring in Practice: The Transformative Power of the Theory of Nursing as Caring. *International Journal of Human Caring*, 9(3), 15–19. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.9.3.15>
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. (2013). *Nursing as caring: a model for transforming practice*.

Londres: Jones and Barlett Publishers.

- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2005). Anne Boykin and Savina O. Schoenhofer's Nursing as caring theory. Em M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (2ª ed., pp. 334–348). Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2015). Theory of nursing as caring. Em M. C. Smith & M. E. Parker (Eds.), *Nursing theories and nursing practice* (4ª ed., pp. 341–356). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Campos, L. (2014). *Plano nacional de saúde 2012-2016: Roteiro de intervenção em cuidados de emergência e urgência*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Obtido de http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2014/12/2014_4_Cuidados_de_Emergência_e_Urgência.pdf
- Canadian Nurses Association, & University of Toronto Faculty of Nursing. (2004). *Nurses and patient safety: a discussion paper*. Ottawa: Canadian Nurses Association. Obtido de https://www.cna-aic.ca/~media/cna/files/en/patient_safety_discussion_paper_e.pdf
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS. Advances in nursing science*, 1(1), 13–23. <https://doi.org/10.1097/00012272-197810000-00004>
- Caspe Healthcare Knowledge Systems. (sem data). The CHKS story. Obtido 3 de Janeiro de 2020, de <https://www.chks.co.uk/The-CHKS-Story>
- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar...a primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Comeau, O. Y., Armendariz-Batiste, J., & Woodby, S. A. (2015). Safety First! Using a Checklist for Intrafacility Transport of Adult Intensive Care Patients. *Critical Care Nurse*, 35(5), 16–25. <https://doi.org/10.4037/ccn2015991>
- Decreto lei nº38/92. (1992). *Regula a actividade de transporte de doentes*. Diário da República n.º 74/1992, Série I-A, Assembleia da República. Obtido de <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/38/1992/03/28/p/dre/pt/html>
- Despacho n.º 1400-A/2015. (2015). *Aprova o Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020*. Diário da República n.º 28/2015, 1º Suplemento, 2ª série. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>
- Despacho n.º 6669/2017. (2017). *Determina os Centros de Referência, reconhecidos oficialmente pelo Ministério da Saúde, para as áreas de fibrose quística, neurorradiologia de intervenção doença cerebrovascular, coagulopatias congénitas, implantes cocleares e ECMO - oxigenação por membra*. Diário da República n.º 148/2017, 2ª série. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/107794486>
- Despacho nº 10319/2014. (2014). *Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos*. Diário da República n.º 153/2014, 2ª série. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>

- Despacho nº 5058-D/2016. (2016). *Estabelece disposições sobre o transporte integrado de doente crítico*. Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde: Diário da República, 2ª série. Obtido de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/74146383/details/normal?q=despacho+5058>
- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Orientação do material de emergência nos serviços e unidades de saúde*. Orientação 008/2011 de 28/03/2011. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0082011-de-28032011-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Precauções básicas do controlo da infeção (PBCI)*. Norma 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013. Obtido de <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/norma-n-0292012-de-28122012-atualizada-a-31102013-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Norma 001/2017 de 08/02/2017. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário*. Lisboa. Obtido de <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038-pdf.aspx?v=%3D%3DDwAAAB%2BLCAAAAAAABAArySzltzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>
- Direção-Geral do Ensino Superior. (2011). *O quadro de qualificações do ensino superior em Portugal*. Lisboa. Obtido de https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_ensino_superior_portugal_qq-ees_0.pdf
- Dorlac, W. C., Mason, P. E., & Dorlac, G. R. (2019). Preparation for long-distance: Aeromedical evacuation. Em W. W. Hurd & W. Beninati (Eds.), *Aeromedical evacuation: Management of acute and stabilized patients* (2ª ed., p. 418). Cham: Springer.
- Droogh, J. M., Smit, M., Absalom, A. R., Ligtenberg, J., & Zijlstra, J. G. (2015). Transferring the critically ill patient: are we there yet? *Critical Care*, 19(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0749-4>
- Droogh, J. M., Smit, M., Hut, J., de Vos, R., Ligtenberg, J. J., & Zijlstra, J. G. (2012). Inter-hospital transport of critically ill patients; expect surprises. *Critical Care*, 16(1), R26. <https://doi.org/10.1186/cc11191>

- Eiding, H., Kongsgaard, U. E., & Braarud, A.-C. (2019). Interhospital transport of critically ill patients: experiences and challenges, a qualitative study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 27(1), 27.
<https://doi.org/10.1186/s13049-019-0604-8>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). *Objectivos e competências do CMEPSC*. Obtido de <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- Etzebarria, M. J., Serrano, S., Ribó, D. R., Cía, M. T., Olaz, F., & López, J. (1998). Prospective application risk scores in the interhospital transport of patients. *European Journal of Emergency Medicine*, 5, 13–17.
- Extracorporeal Life Support Organization (ELSO). (2017). *Guidelines for cardiopulmonary extracorporeal life support, version 1.4*. Ann Arbor. Obtido de [https://www.else.org/Portals/0/ELSO Guidelines General All ECLS Version 1_4.pdf](https://www.else.org/Portals/0/ELSO%20Guidelines%20General%20All%20ECLS%20Version%201_4.pdf)
- Fateel, E. E., & O'Neill, C. S. (2015). Family members' involvement in the care of critically ill patients in two intensive care units in an acute hospital in Bahrain: The experiences and perspectives of family members' and nurses' - A qualitative study. *Clinical Nursing Studies*, 4(1). <https://doi.org/10.5430/cns.v4n1p57>
- Fernandes, A., Valente, M., & Catarino, R. (2012). *Transporte do doente crítico*. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. A. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 38. Obtido de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Fleury, M. T. L., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 5(spe), 183–196. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552001000500010>
- Frost, E., Kihlgren, A., & Jaensson, M. (2019). Experience of physician and nurse specialists in Sweden undertaking long distance aeromedical transportation of critically ill patients: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 43, 79–83.
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.11.004>
- Godinho, N. (2018). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações - normas APA*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Obtido de <https://www.esel.pt/sites/default/files/migrated-files/9347-GuiaOrientadorvs2018.pdf>
- Greenawalt, K. L. (2012). Transporting critically ill patients. *Nursing*, 42(4), 58–61.
<https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000410910.09329.64>
- Gustafsson, M., Wennerholm, S., & Fridlund, B. (2010). Worries and concerns experienced by nurse specialists during inter-hospital transports of critically ill patients: A critical incident study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(3), 138–145.

- <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.01.002>
- Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S., & Barr, H. (2007). A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Medical Teacher*, 29(8), 735–751. <https://doi.org/10.1080/01421590701682576>
- Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de formação em emergência médica. (2019). *Manual de suporte avançado de vida*. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica. Obtido de <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/07/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2019.pdf>
- Intensive Care Society & Faculty of Intensive Care Medicine. (2019). *Guidance on: the transfer of the critically ill adult*. Londres: Intensive Care Society. Obtido de https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/transfer_critically_ill_adult_2019.pdf
- James, S., Quirke, S., & McBride-Henry, K. (2013). Staff perception of patient discharge from ICU to ward-based care. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 297–306. <https://doi.org/10.1111/nicc.12001>
- Joint Quality Initiative. (2004). *Shared 'Dublin' descriptors for short cycle, first cycle, second cycle and third cycle awards. Draft 1, Working Document on JQI Meeting in Dublin*. Obtido de https://www.fibaa.org/fileadmin/files/folder/FIBAA-FBK-PROG/dublin_descriptors.pdf
- Kuliukas, L., King, S., & Ford, J. (2009). Just IN TIME: a multidisciplinary small group learning experience. *The Clinical Teacher*, 6(4), 272–276. <https://doi.org/10.1111/j.1743-498X.2009.00315.x>
- Kulshrestha, A., & Singh, J. (2016). Inter-hospital and intra-hospital patient transfer: recent concepts. *Indian Journal of Anaesthesia*, 60(7), 451. <https://doi.org/10.4103/0019-5049.186012>
- Kuokkanen, L., & Leino-Kilpi, H. (2000). Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 235–241. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01241.x>
- Lacerda, M. A., Cruvinel, M. G. C., & Silva, W. V. (2011). Transporte de pacientes: intra-hospitalar e inter-hospitalar. Em *Curso de Educação à Distância em Anestesiologia* (pp. 105–123). São Paulo. Obtido de <https://www.pilotopolicial.com.br/Documentos/Artigos/Transportehospitalar.pdf>
- Leal, M. T. (2006). *A CIPE® e a visibilidade da enfermagem: Mitos e Realidades*. Loures: Lusociência.
- Lei n.º 156/2015. (2015). *Segunda alteração ao estatuto da ordem dos enfermeiros, conformando -o com a lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais*. Assembleia da República: Diário da República, 1ª série.
- Lei n.º 33/2009. (2009). *Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do*

- Serviço Nacional de Saúde (SNS)*. Assembleia da República: Diário da República, 1ª série. Obtido de <https://data.dre.pt/eli/lei/33/2009/07/14/p/dre/pt/html>
- Lei nº 48/90. (1990). *Lei de bases da saúde*. Assembleia da República: Diário da República, Série I. Obtido de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/574127/details/normal?!=1>
- Leske, J. S., McAndrew, N. S., Brasel, K. J., & Feetham, S. (2017). Family Presence During Resuscitation After Trauma. *Journal of Trauma Nursing*, 24(2), 85–96. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000271>
- Liang, S. Y., Riethman, M., & Fox, J. (2018). Infection Prevention for the Emergency Department. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 36(4), 873–887. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2018.06.013>
- Lieshout, E. J. van, & Stricker, K. (2011). *Patient transportation skills and techniques - update 2011*. Bruxelas: European Society of Intensive Care Medicine.
- Locsin, R. C. (1999). Development of an instrument to measure technological caring in nursing. *Nursing & health sciences*, 1(1), 27–34. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.1999.00005.x>
- Locsin, Rozzano C. (2013). Technological competency as caring in nursing: maintaining humanity in a high-tech world of nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 7, 1–6.
- Lopes, H., & Frias, A. (2014). Eventos adversos no transporte do doente crítico: percepção dos enfermeiros de um hospital central. *Revista Investigação em Enfermagem*, 6(2ª série), 55–58. Obtido de http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/Rie6_S2.pdf
- Lusquiños, A., Mendes, A., & Bento, M. (2019). O cuidado-centrado na família da pessoa em situação crítica na unidade de cuidados intensivos: revisão integrativa da literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 1685–1694.
- Lyphout, C., Bergs, J., Stockman, W., Deschilder, K., Duchatelet, C., Desruelles, D., & Bronselaer, K. (2018). Patient safety incidents during interhospital transport of patients: A prospective analysis. *International Emergency Nursing*, 36(January 2017), 22–26. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.07.008>
- Martins, R., & Martins, J. (2013). Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(nº 2), 111–120. <https://doi.org/10.12707/rrii0926>
- Mendes, A. (2018a). A interação enfermeiro-família na experiência vivida de doença crítica: O cuidado centrado na família. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 203–212.
- Mendes, A. P. (2016). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(1). <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004470014>
- Mendes, A. P. (2018b). Impact of critical illness news on the family: hermeneutic phenomenological study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 170–177.

- <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0163>
- Mueller, S., Zheng, J., Orav, E. J., & Schnipper, J. L. (2019). Inter-hospital transfer and patient outcomes: a retrospective cohort study. *BMJ Quality & Safety*, 28(11), e1–e1. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008087>
- Mukhopadhyay, C. (2018). Infection control in intensive care units. *Indian Journal of Respiratory Care*, 7(1), 14. https://doi.org/10.4103/ijrc.ijrc_9_17
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Chapter 34 Standardised systems of care for intra and inter-hospital transfers. Em Royal College of Physicians (Ed.), *Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organisation* (p. 48). National Guideline Center. Obtido de <https://www.nice.org.uk/guidance/ng94/evidence/34.standardised-systems-of-care-for-intra-and-interhospital-transfers-pdf-172397464673>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Conselho de Enfermagem. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de posição sobre segurança do cliente*. Lisboa: Autor. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer N° 09 / 2017: transporte da pessoa em situação crítica*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico- Cirúrgico. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepe ssoasituacacritica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Guia orientador de boas práticas – Cuidados à pessoa em situação crítica dependente de suporte extracorporeal de vida: um desafio para a prática especializada*. Ordem dos Enfermeiros: Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico- Cirúrgico, mandato 2016-2019.
- Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de boa prática em trauma*. Grupo de Trabalho de Trauma Competência em Emergência Médica. Obtido de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-nbp-om-pdf.aspx>
- Ordem dos Médicos (OM), & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI). (2008). *Transporte do doente crítico: recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Obtido de http://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Recomendacoes_Doente_Critico.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2009). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente. Relatório técnico final*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J. M., Nóbrega, J. J., ... Coutinho, P. (2017). *Rede nacional de especialidade hospitalar e de referência: medicina intensiva*. Ministério da Saúde. Obtido de http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/RNR_Medicina-Intensiva.pdf
- Passos Silva, M., Caeiro, D., Fernandes, P., Guerreiro, C., Vilela, E., Ponte, M., ... Gama, V. (2017). Oxigenação por membrana extracorporeal na falência circulatória e respiratória – experiência de um centro. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 36(11), 833–842. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.01.003>
- Pinho, J., Carneiro, H., & Alves, F. (2012). *Plano nacional de avaliação da dor - resultados*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Obtido de https://spci.pt/files/2016/03/Relatorio_Final_GAD1.pdf http://www.spci.pt/Docs/Relatorio_Final_GAD.pdf
- Pinto, F. J. F. (2011). *Sedação e analgesia em unidades de cuidados intensivos em Portugal - resultados de um inquérito nacional*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar / Centro Hospitalar do Porto Universidade do Porto, Porto. Obtido de https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62317/2/Tese_Filipe_Pinto_revista_2306.pdf
- Ponce, P., & Mendes, J. J. (2015). *Manual de medicina intensiva*. Lisboa: Lidel.
- Portaria n.º 1147/2001. (2001). *Regulamento do transporte de doentes*. Ministério da administração interna e da saúde: Diário da República, 1ª série - B. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/614364>
- Purnell, M. J. (2014). The theory of nursing as caring: a model for transforming practice. Em M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theorists and their Work* (8ª ed., pp. 358–377). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Regulamento n.º 361/2015. (2015). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/67613096>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Ordem dos Enfermeiros: Diário da República, 2ª série. Obtido de <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Regulamento n.º 429/2018. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioper*. Ordem dos Enfermeiros: Diário da República, 2ª série. Obtido de <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>
- Ringdal, M., Chaboyer, W., & Warrén Stomberg, M. (2016). Intrahospital transports of critically ill patients: critical care nurses' perceptions. *Nursing in Critical Care*, 21(3), 178–184. <https://doi.org/10.1111/nicc.12229>
- Sá-Chaves, I. (2009). *Portfólios reflexivos: estratégia de formação e supervisão* (4ª ed.).

Aveiro: Universidade de Aveiro.

- Schoenhofer, S. O., van Wynsberghe, A., & Boykin, A. (2019). Engaging Robots as Nursing Partners in Caring: Nursing as Caring Meets Care-Centered Value-Sensitive Design. *International Journal for Human Caring*, 23(2), 157–167. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.23.2.157>
- Senften, J., & Engström, Å. (2015). Critical care nurses' experiences of helicopter transfers. *Nursing in Critical Care*, 20(1), 25–33. <https://doi.org/10.1111/nicc.12063>
- Sethi, D., & Subramanian, S. (2014). When place and time matter: How to conduct safe inter-hospital transfer of patients. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 8(1), 104. <https://doi.org/10.4103/1658-354X.125964>
- Silva, A. P. e. (2007). «Enfermagem avançada»: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11–20.
- Silva, R., Lage, I., & Macedo, E. (2018). Vivências dos enfermeiros sobre morte e morrer em cuidados intensivos: Uma reflexão fenomenológica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 20(20), 34–42. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0224>
- Society of Trauma Nurses. (2013). *Advanced trauma care for nurses: student manual*. Lexington: Autor.
- St-Louis, L., & Brault, D. (2010). Partnering for patient safety: a clinical nurse specialist intervention to ease the transfer from ICU. *Dynamics of critical care*, 21(2), 36. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105198384&site=ehost-live>
- Teixeira, J., & Durão, C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(10), 135–142. <https://doi.org/10.12707/RIV16026>
- Toronto, C. E., & LaRocco, S. A. (2019). Family perception of and experience with family presence during cardiopulmonary resuscitation: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(1–2), 32–46. <https://doi.org/10.1111/jocn.14649>
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos* (5ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Vasconcelos, P. (2019). Transporte aéreo. Em P. Vasconcelos (Ed.), *ATSDC - Abordagem, transporte e segurança do doente crítico* (pp. 30–34). Porto Salvo: Ocean Medical.
- Watkinson, G. E. (1995). A study of the perception and experiences of critical care nurses in caring for potential and actual organ donors: implications for nurse education. *Journal of Advanced Nursing*, 22(5), 929–940. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb02645.x>
- White, P., Hall, L. M., & Lalonde, M. (2011). Adverse patient outcomes. Em D. M. Doran (Ed.), *Nursing outcomes: the state of the science* (2ª ed., pp. 241–284). Sudbury: Jones & Bartlett Learning.

Whiteley, S., Gray, A., McHugh, P., & O’Riordan, B. (2011). Guidelines for the transport of the critically ill adult. *Intensive Care Society Standards*. Londres: Intensive Care Society.

Wilson, E. M. (2018). Position statement: patient transfers and handoffs. *Emergency Nurses Association*. Obtido de https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/position-statements/patienthandofftransfer.pdf?sfvrsn=e2c42cb6_10

APÊNDICES

Apêndice I – Protocolo da RIL

PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Intervenção de enfermagem na promoção da segurança no transporte inter-hospitalar da PSC: protocolo de revisão integrativa da literatura
(Nursing intervention on the promotion of safety in interhospital transport of critically ill patient: protocol of integrative literature review)

REVISORES

- Andreia Filipa Carreira Cordeiro; enfermeira; mestranda em enfermagem na área de especialização de pessoa em situação crítica pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; e-mail: andrea.cordeiro@campus.esel.pt.
- Joana Moreira Ferreira Teixeira; enfermeira especialista e mestre em enfermagem na área de especialização de pessoa em situação crítica; assistente convidada; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; e-mail: jmft@esel.pt.
- Maria Teresa Leal; professora coordenadora; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; e-mail: tleal@esel.pt.

RESUMO

Objetivo: Elaborar um protocolo de revisão integrativa da literatura que identifique a evidência existente acerca das intervenções de enfermagem promotoras da segurança no transporte inter-hospitalar da PSC.

Contexto: o transporte inter-hospitalar tornou-se uma realidade recorrente em Portugal após a publicação do Despacho nº 10319/2014, o que levou a uma consequente reorganização das estruturas hospitalares, acompanhando a tendência a nível mundial. No entanto, trata-se de um período de instabilidade em que se pode verificar a ocorrência de eventos adversos, pelo que várias organizações internacionais desenvolveram indicações para promover a segurança neste âmbito e aumentar a qualidade dos cuidados.

Sendo o enfermeiro, o profissional que integra as equipas de transporte e que possui competências e conhecimentos que o tornam um elemento importante na promoção da segurança no transporte inter-hospitalar, é relevante identificar as intervenções de enfermagem que contribuem para a mesma.

Metodologia: desenhar a pesquisa sistemática, análise e síntese dos estudos qualitativos e quantitativos que abordem a problemática de investigação.

Discussão: A revisão permitirá analisar e sintetizar as intervenções de enfermagem que promovam a segurança no transporte inter-hospitalar da PSC, preenchendo assim lacunas existentes nesta área que careçam de intervenção futura.

Palavras-chaves: pessoa em situação crítica; transporte inter-hospitalar; intervenções de enfermagem; segurança da pessoa.

Keywords: critical care; patient safety; transportation of patients; nursing care.

BACKGROUND

O transporte inter-hospitalar é, atualmente, uma temática recorrente. Devido à centralização de recursos em grandes centros hospitalares, existe a necessidade das organizações hospitalares encaminharem para outras que consigam responder às necessidades da pessoa alvo de cuidados (Despacho nº 10319/2014, 2014)

Desde cedo que o transporte inter-hospitalar integrou a legislação portuguesa, estando incluído na lei de bases de saúde (Lei nº 48/90, 1990). Com a evolução da temática ao longo do tempo e a sua intrínseca ligação às questões da segurança e qualidade de cuidados, surgiu em 2016 o transporte regional do doente crítico (TrDC) que encarrega os hospitais de organizarem equipas de profissionais de saúde que acompanhem a pessoa em situação crítica durante o transporte inter-hospitalar, com suporte ao sistema integrado de emergência médica (SIEM), existindo desta forma uma rentabilização de recursos e obtendo-se cuidados de saúde seguros e de qualidade (Despacho nº 5058-D/2016, 2016).

Esta preocupação crescente, acerca da segurança no transporte inter-hospitalar da PSC, veio a ganhar relevo a nível internacional com várias associações internacionais a investigarem e sugerirem normas orientadoras nesse sentido.

Apesar dos constantes esforços reunidos para melhorar a prática no transporte inter-hospitalar e de existirem resultados efetivos a esse nível, a incidência de eventos adversos nesta área ainda permanece alta, comprometendo a segurança da PSC (Lyphout, Bergs, Stockman, Deschilder, Duchatelet, Desruelles, Bronselaer, 2018).

Os elementos que constituem as equipas de transporte, onde se destaca o enfermeiro, são responsáveis por garantir todas as condições de segurança da PSC. Este profissional apresenta um conjunto de competências e conhecimentos que o mantêm na linha da frente, na identificação de possíveis áreas comprometedoras da segurança da pessoa. O seu olhar atento sob todas as dimensões da PSC faz com que preste e assegure cuidados de enfermagem seguros e adequado à recuperação

da situação de saúde da pessoa alvo de cuidados (Canadian Nurses Association & University of Toronto Faculty of Nursing, 2004; Ordem dos Enfermeiros, 2006). Cabe assim ao enfermeiro garantir todas as condições necessárias para minimizar os riscos inerentes ao processo de transporte garantindo um ambiente seguro e cuidados de saúde de qualidade à pessoa transportada.

A qualidade dos cuidados é complexa e dinâmica e deve integrar os conhecimentos científicos e prática profissional adequados às necessidades que cada pessoa vivencia, de modo a garantir o seu bem-estar (Hesbeen, 2000).

Deste modo, compreende-se que o transporte da PSC apresente especificidades e fragilidades que advém da sua situação de saúde, e que a presença do enfermeiro é importante na prevenção de incidentes que possam decorrer do processo de transporte que, por si só, se trata de um momento vulnerável e stressante para todos os intervenientes.

O presente protocolo de revisão integrativa da literatura tem o objetivo de identificar, sistematizar e analisar a evidência face às intervenções de enfermagem promotoras da segurança no transporte inter-hospitalar da PSC.

METODOLOGIA

Será realizada uma revisão integrativa da literatura, com base numa questão de investigação, com os termos previamente definidos através da realização deste protocolo. Posteriormente irá ser realizada a pesquisa desses termos nas bases de dados eletrónicas, onde serão aplicados os critérios de seleção, e análise dos artigos de investigação obtidos. A sua fundamentação metodológica teve por base as orientações de Whitemore & Knafl, (2005) e a análise da qualidade dos artigos foi efetuada segundo as recomendações de Joanna Briggs Institute (2017).

Para dar resposta ao objetivo proposto formulou-se a seguinte questão de investigação segundo a estratégia PI[C]O (P – população; I – Intervenção; O – *outcomes*):

Quais as (I) intervenções de enfermagem, promotoras da segurança (O), no transporte inter-hospitalar da PSC (P)?

Os critérios de seleção apresentados estão relacionados com a pergunta de investigação, o tema e o objetivo delineado. Assim, a estratégia PI[C]O esteve na base

da estruturação dos critérios de seleção, bem como de outros critérios que se consideraram pertinentes para a análise dos artigos obtidos (tabela 1).

Tabela 1: Critérios de seleção.

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão	Justificação
População	PSC, idade superior a 18 anos submetida a transporte inter-hospitalar	Grávidas, crianças e adolescentes	O transporte de crianças (idade até aos 18 anos) e grávidas é assegurado por meios específicos e pessoal com formação na área (Despacho nº 3251/2014, 2014; Lieshout & Stricker, 2011). O transporte inter-hospitalar tem inerente uma componente de instabilidade, incerteza e vulnerabilidade por toda a casuística que lhe é inerente: transporte da pessoa entre organizações hospitalares, em ambientes físicos distintos (Droogh et al., 2015; OM & SPCI, 2008). A taxa de eventos adversos nesta área ainda permanece alta (Fanara, Manzon, Barbot, Desmettre, & Capellier, 2010).
Intervenção	Intervenções de enfermagem promotoras da segurança do utente	Intervenções de enfermagem desempenhadas por estudantes de enfermagem	Os enfermeiros intervêm identificando áreas comprometedoras da segurança, assegurando cuidados e ambiente seguros (Canadian Nurses Association & University of Toronto Faculty of Nursing, 2004; Ordem dos Enfermeiros, 2006). O enfermeiro garante a segurança dos cuidados a prestar, zela pela proteção e defesa da pessoa humana e apresenta competências e capacidades adquiridas e desenvolvidas com a prática de cuidados, o que difere da intervenção de estudantes de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2017).
Outcomes	Segurança	Artigos que não abordem	A segurança é uma das componentes da qualidade em saúde: diminuindo a ocorrência de eventos adversos e riscos evitáveis (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).
Idioma	Português, inglês e espanhol	Outras línguas que não as selecionadas	Interpretação correta dos resultados, com termos e expressões técnicas que carecem de conhecimentos linguísticos na área.
Data de publicação	2008-2019	Artigos que não estejam dentro do intervalo temporal delimitado	Em 2008 foi publicado em Portugal as recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos sobre o transporte que ainda se mantém até à atualidade (Ordem dos Médicos (OM) & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), 2008).
Disponibilidade de artigos	Artigos disponíveis em texto integral	Artigos que não estejam disponíveis em texto integral	Disponibilidade da evidência científica para obtenção de resultados fiáveis na pesquisa

Como estratégia de pesquisa serão realizadas pesquisas em 2 bases de dados: CINAHL e MEDLINE, recorrendo à plataforma eletrónica EBSCO, após identificação dos termos de pesquisa adequados à pergunta de investigação. Também serão consideradas literatura cinzenta: *guidelines* nacionais e internacionais e outros artigos correlacionados com o tema.

Esta pesquisa será desenvolvida em 3 etapas. Numa primeira etapa será feita uma pesquisa preliminar para conhecimento do estado da arte e familiarização com os termos específicos acerca do tema de onde resultarão os termos de pesquisa. A segunda etapa consistirá na pesquisa dos termos em linguagem natural e identificação dos termos indexados nas bases de dados CINAHL e MEDLINE e noutras fontes de pesquisa. Na terceira etapa será efetivada a pesquisa nas bases de dados com os seguintes termos e estratégia de combinação: (P) – (*Critical patient OR Critically ill patients OR Critical care OR Critical illness*) AND (*Interhospital transport OR Inter-hospital patient transfer OR Interhospital transport of critically ill patients OR Inter-Hospital Transfers OR Patient transfer OR patient transportation OR transfer OR Transportation of patients OR transfer, discharge*); AND (I) – (*Nursing interventions OR Nursing guidelines OR Nursing actions OR Nursing influence OR Nursing role OR Nurse specialists OR Health professional interventions OR Nurses instruction OR Nurse´s role OR Critical care nursing OR Nursing care plans OR Advanced nursing practice OR Advanced nursing practice OR Nursing orders OR Nursing skills*); AND (O) – (*Patient safety OR Patient protection OR Patient security OR Patient safety performance OR Security OR Adverse events OR Patient Harm OR Safety management OR Risk management*).

A tabela 2 apresenta os termos em linguagem natural e indexados para cada uma das bases de dados, tendo por base a mnemónica PI[C]O: P-pessoa em situação crítica e transporte inter-hospitalar; I-intervenções de enfermagem; C – não aplicável; O – segurança.

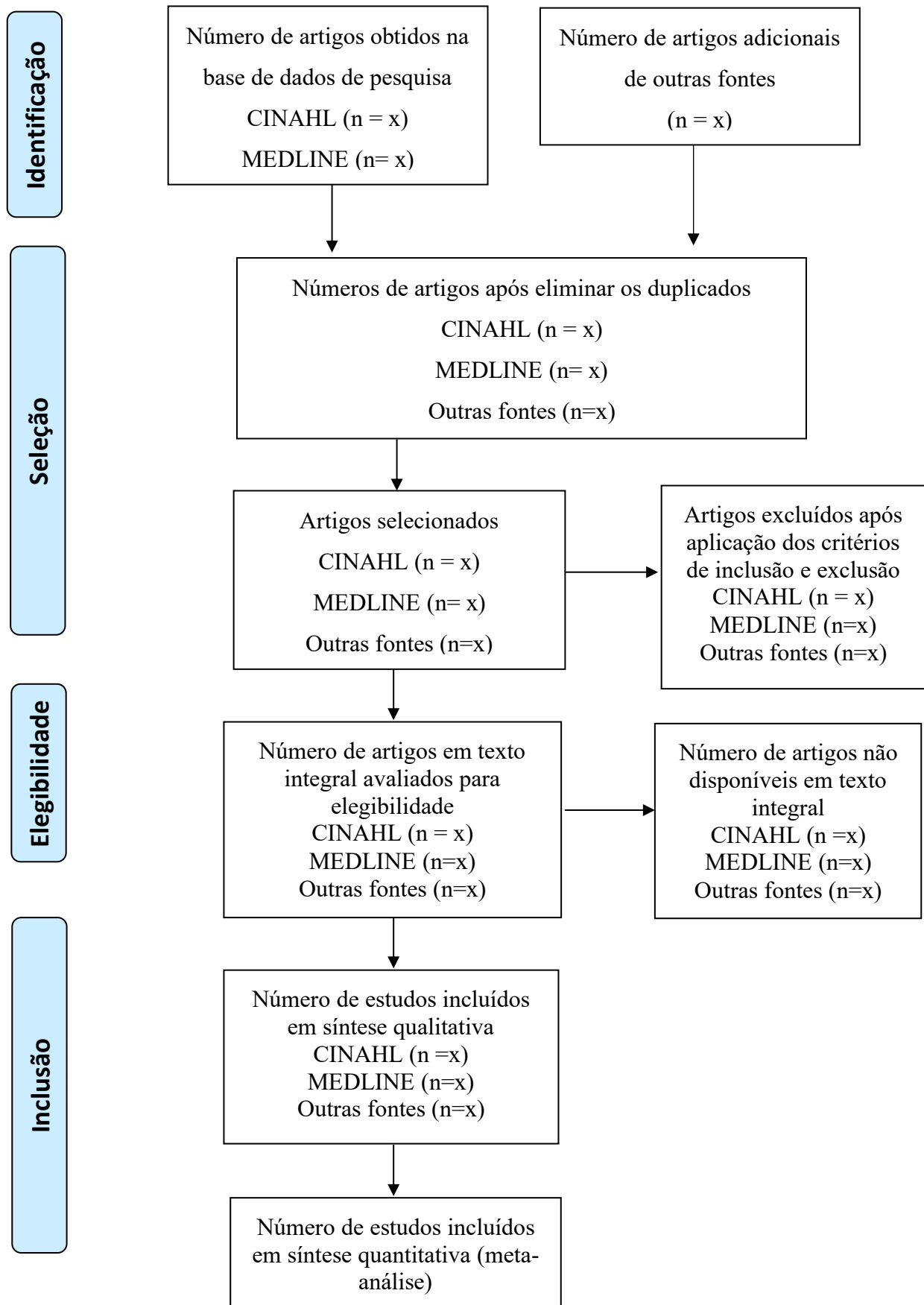
Tabela 2: Termos de pesquisa

	Termos de pesquisa	Linguagem natural	Termos indexados	
			MEDLINE	CINAHL
População	PSC	Critical patient Critically ill patients Critical care	Critical care Critical illness	Critically ill patients Critical illness Critical care
	Transporte inter-hospitalar	Interhospital transport Inter-hospital patient transfer Interhospital transport of critically ill patients Inter-Hospital Transfers Patient transfer Patient transportation Transfer	Patient transfer Transportation of patients	Transportation of patients Transfer, discharge
Intervenção	Intervenções de enfermagem	Nursing interventions Nursing guidelines Nursing actions Nursing influence Nursing role Nurse specialists Health professional interventions	Nurses instruction Nurse's role Critical care nursing	Nursing interventions Nursing care plans Advanced nursing practice Nursing orders Nursing role Nursing skills
Outcomes	Segurança	Patient safety Patient protection Patient security Patient safety performance Security Adverse events	Patient safety Patient Harm Safety management Risk management	Patient safety

Posteriormente à pesquisa, serão utilizados os critérios de seleção, com base na aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e analisados os títulos e resumos dos artigos. Daí irá resultar um número de artigos para análise do texto integral para posterior elegibilidade.

A extração e seleção de resultados será realizada com o apoio do esquema *Prisma flow*, tal como demonstrado na figura 1.

Figura 1: Diagrama Prisma flow (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009)



De seguida, para se simplificar a visualização dos resultados obtidos será construída uma tabela de extração de resultados para facilitar a análise de artigos e obter um resumo lógico e estruturado desses mesmos resultados, tal como demonstrado na tabela seguinte.

Tabela 3: Extração de resultados.

Autor, ano, título,	População	Tipo de estudo	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Conclusões/implicações para a prática
---------------------	-----------	----------------	-----------	----------------------------	---------------------------------------

DISCUSSÃO

A revisão integrativa da literatura que se pretende desenvolver irá analisar a evidência sobre as intervenções de enfermagem promotoras da segurança da PSC no transporte inter-hospitalar, de modo a identificar focos de atuação a este nível e assim contribuir para a melhoria da prática de enfermagem e qualidade de cuidados.

Considera-se a problemática como atual e adequada face às necessidades verificadas em contexto da prática em todo o mundo, daí a sua pertinência traduzida no *background*.

A estratégia de pesquisa descreve de forma clara e inequívoca as diferentes etapas relacionadas com a pesquisa e análise dos resultados obtidos, o que se traduz num rigor científico e resultados fiáveis. Através da análise dos mesmos, pretende-se clarificar as estratégias promotoras da segurança no transporte inter-hospitalar da PSC, contribuindo para o desenvolvimento da disciplina e profissão de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Canadian Nurses Association, & University of Toronto Faculty of Nursing. (2004).

Nurses and patient safety: a discussion paper. Ottawa: Canadian Nurses Association. Obtido de https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/files/en/patient_safety_discussion_paper_e.pdf

Despacho n.º 1400-A/2015. (2015). *Aprova o Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020*. Diário da República n.º 28/2015, 1º Suplemento, 2ª série.

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

Despacho n.º 10319/2014. (2014). *Determina a estrutura do Sistema Integrado de*

Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos. Diário da República n.º 153/2014, 2ª série. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>

Despacho n.º 3251/2014. (2014). *Despacho n.º 3251/2014 altera o ponto 5 do Despacho n.º 1393/2013, de 23 de janeiro - Ambulância de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP).* Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde: Diário da República, 2ª série. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/3600380>

Despacho n.º 5058-D/2016. (2016). *Estabelece disposições sobre o transporte integrado de doente crítico.* Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde: Diário da República, 2ª série. Obtido de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/74146383/details/normal?q=despacho+5058>

Droogh, J. M., Smit, M., Absalom, A. R., Ligtenberg, J., & Zijlstra, J. G. (2015). Transferring the critically ill patient: are we there yet? *Critical Care*, 19(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0749-4>

Fanara, B., Manzon, C., Barbot, O., Desmettre, T., & Capellier, G. (2010). Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical Care*, 14(3), R87. <https://doi.org/10.1186/cc9018>

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspectiva de Cuidar.* (Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Ed.). Loures. <https://doi.org/972-8383-11-8>

Lei n.º 48/90. (1990). *Lei de bases da saúde.* Assembleia da República: Diário da República, Série I. Obtido de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/574127/details/normal?l=1>

Lieshout, E. J. van, & Stricker, K. (2011). *Patient transportation skills and techniques - update 2011.* Bruxelas: European Society of Intensive Care Medicine.

Lyphout, C., Bergs, J., Stockman, W., Deschilder, K., Duchatelet, C., Desruelles, D., & Bronselaer, K. (2018). Patient safety incidents during interhospital transport of patients: A prospective analysis. *International Emergency Nursing*, 36(January 2017), 22–26. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.07.008>

- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7). <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de posição sobre segurança do cliente*. Lisboa: Autor. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer nº52/2017 - orientação de estudantes dos cursos de licenciatura em enfermagem*. Conselho de Enfermagem 2016-2019.
- Ordem dos Médicos (OM), & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI). (2008). *Transporte do doente crítico: recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Obtido de http://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Recomendacoes_Doente_Critico.pdf
- The Joanna Briggs Institute. (2017). *Joanna briggs institute reviewer's manual*. (E. Aromataris, Z.; Munn, Ed.). Obtido de <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

Apêndice II – Cronograma do 3º semestre do CMEPSC

3º Semestre																						
Anos	2019													2020								
Meses	Setembro	Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro			
Dias	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	16	23		6	13	20	27	3	10	17	24
Semanas	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	20		3	10	17	24	31	7	14	21	28
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	13º	14º	15º	16º	17º	18º	19º	20º	21º	22º
ESEL													Férias Natal									
SUP																						
UCI																						
Elaboração e entrega do Relatório																						
Conferências/Congressos																						

*5 de Dezembro – Dia da ESEL



Semana de aulas ESEL



Conferências/Congressos: Doente Crítico 2019 (23 a 25 de outubro de 2019); V Jornadas Técnica de Medicina Intensiva (4 e 5 de novembro de 2019); Conferência: “Nursing as Caring” – Savina Schoenhofer (6 de novembro de 2019).



Estágio



Elaboração e Apresentação do Relatório



Férias de Natal

**Apêndice III – Protocolo de uniformização e organização da mala
de transporte inter-hospitalar (folha de rosto)**

	Protocolo mala de transporte inter-hospitalar	Elaboração: 22/11/2019 Data de revisão _/_/___
--	--	---

Autores:

- Enfermeira [REDACTED] (mestre e especialista em enfermagem na área de especialização de Pessoa em Situação Crítica)
- Enfermeira Andreia Cordeiro (mestranda em enfermagem na área de especialização de Pessoa em Situação Crítica pela ESEL)

1. Objetivos

2. Objetivos

3. Âmbito

4. Descrição

4.1. Fases do transporte

5. Complicações associadas ao transporte inter-hospitalar

6. A mala de transporte inter-hospitalar

7. Referências bibliográficas

Apêndice IV – Poster científico apresentado no Congresso
Internacional Doente Crítico 2019

Autores

¹ Cordeiro, Andreia Filipa Carreira; ² Leal, Maria Teresa Sarreira; ³ Teixeira, Joana Moreira Ferreira.

¹ Enfermeira; Hospital Distrital de Santarém, EPE; Estudante de Mestrado na área de especialização de Pessoa em Situação Crítica pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; e-mail: andrea.cordeiro@campus.esel.pt.

² Professora Coordenadora com o grau de Mestre em Enfermagem e título de Especialista do Ensino Superior; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; e-mail: teal@esel.pt

³ Enfermeira especialista e mestre em enfermagem na área de especialização de Pessoa em Situação Crítica; Professora Assistente Convidada; Hospital de Cascais/Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; e-mail: jmft@esel.pt.

Enquadramento conceptual/problema de investigação

Transporte inter-hospitalar é uma temática actual e recorrente devido à centralização de recursos

(Despacho nº 10319/2014, 2014)

Durante o transporte é elevada a incidência de eventos adversos o que compromete a segurança da Pessoa em Situação Crítica

(Barbot, Capellier, Desmetre, Fanara, & Manzoni, 2010)

A intervenção de enfermagem é necessária para garantir a segurança de cuidados durante o transporte inter-hospitalar e satisfazer as necessidades da pessoa e família

(Canadian Nurses Association & University of Toronto Faculty of Nursing, 2004; Conselho Jurisdicional da OE, 2006)

Metodologia e objetivo

Revisão integrativa da literatura

Objetivo: Analisar a intervenção do enfermeiro na prevenção de eventos adversos e incidentes que possam ocorrer durante o transporte

Questão de investigação:
Quais as intervenções de enfermagem promotoras da segurança no transporte inter-hospitalar da PSC?

44 resultados
16 para a extração e análise

Resultados



É necessária uma comunicação eficiente entre os elementos da equipa, sendo recomendada a técnica ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation), associada à promoção da segurança nos cuidados de saúde, com resultados na qualidade dos mesmos

(James et al., 2013)



Avaliação da pessoa com base na metodologia A - airway, B- breathing, C- circulation, para antecipar possíveis complicações que surjam durante o transporte inter-hospitalar

(Sethi & Subramanian, 2014)



É importante um trabalho em equipa eficiente, a experiência anterior e a formação específica dos seus elementos na, promovendo assim a segurança no transporte da Pessoa em Situação Crítica

(Frost et al., 2019)



Como elementos facilitadores surgem os protocolos orientadores ou *checklists* que permitem a orientação dos profissionais e a promoção de cuidados baseados na evidência

(Comeau et al., 2015)

Conclusão

A RIL aponta para necessidade de continuar a investigar esta área, nomeadamente, na conceção e validação de um sistema de pontuação de gravidade para doentes transferidos, que permita pesquisas adicionais e conclusões confiáveis, utilização de sistemas informáticos que relatem eventos adversos e reforça a importância da comunicação entre a equipa que transporta e a equipa que recebe a pessoa, para a promoção da segurança do transporte na PSC.

Referências bibliográficas

Barbot, D., Capellier, G., Desmetre, T., Fanara, B., & Manzoni, C. (2010). Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical Care*, 14, 1-10. <https://doi.org/doi:10.1186/cc9018>. Canadian Nurses Association, & University of Toronto Faculty of Nursing. (2004). *Nurses and Patient Safety: A Discussion Paper*. Retrieved from https://www.cna-ainc.ca/~media/cna-ainc/en/patient_safety_discussion_paper_e.pdf. Comeau, D., Armendanz-Batiste, J., & Woodby, S. A. (2015). Safety first! using a checklist for intrafacility transport of adult intensive care patients. *Critical Care Nurse*, 35(5), 16-25. <https://doi.org/10.4037/ccn2015991>. Despacho no 10319/2014 (2014). Portugal: Diário da República, 2.a série — No 153. Retrieved from https://dre.pt/pesquisa/search/55606457/details/normal?p_auth=HLCzGFw. Despacho no 5058-D/2016 (2016). Portugal: Diário da República 2.a série, No 72. Frost, E., Kihlgren, A., & Jaansson, M. (2019). Experience of physician and nurse specialists in Sweden undertaking long distance aeromedical transportation of critically ill patients: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 43(September 2018), 79-83. <https://doi.org/10.1016/j.ien.2018.11.004>. Greenawald, K. L. (2012, April). Transporting critically ill patients. *Nursing*, 42(4), 58-61. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000410910.09329.54>. Gustafsson, M., Wennerholm, S., & Fridlund, B. (2018). Worries and concerns experienced by nurse specialists during inter-hospital transports of critically ill patients: A critical incident study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(3), 138-145. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.01.002>. Intensive Care Society. (2019). *Guidance On The Transfer Of The Critically Ill Adult*. Retrieved from https://www.icnac.uk/sites/default/files/transfer_critically_ill_adult_2019.pdf. James, S., Quirk, S., & McBride-Henry, K. (2013). Staff perception of patient discharge from ICU to ward-based care. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 297-306. <https://doi.org/10.1111/nicc.12001>. Lei de Bases da Saúde Lei no 48/90 (1990). Diário da República no 195/1990, Série I. <https://doi.org/10.1063/1.438208>. Lopes, Hugo-Frias, A. (2014). Eventos adversos no transporte do doente crítico: Percepção dos enfermeiros de um hospital central. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 6(2a série), 55-58. Lyphour, C., Bergs, J., Stockman, W., Deschelder, K., Duchateau, C., Desreuliers, D., & Brochez, K. (2018). Patient safety incidents during interhospital transport of patients: A prospective analysis. *International Emergency Nursing*, 36(January 2017), 22-26. <https://doi.org/10.1016/j.ien.2017.07.008>. Heisben, W. (2000). *Cuidar é complexo... cuidar no hospital.pdf*. (L. WSO-CIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Ed.), *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspectiva do Cuidar*. <https://doi.org/572-8383-11-8>; Martins, R., & Martins, J. (2013). Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (no 2), 111-120. <https://doi.org/10.12707/180922>; Ringdal, M., Chaboyer, W., & Warrén-Stenberg, M. (2016). Intra-hospital transports of critically ill patients: Critical care nurses' perceptions. *Nursing in Critical Care*, 21(3), 178-184. <https://doi.org/10.1111/nicc.12229>; Sævién, Jonny; Engstrom, A. S. (2015). Critical care nurses' experiences of helicopter transfers. *Nursing in Critical Care*, 20(1), 25-33. <https://doi.org/10.1111/nicc.12063>; Sethi, D., & Subramanian, S. (2014). When place and time matter: How to conduct safe inter-hospital transfer of patients. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 8(1), 104. <https://doi.org/10.4103/1658-354x125954>; SPCL (2008). *Transporte do Doente Crítico - Recomendações*. (Celom, Ed.) (Medicos), St-Louis, L., & Brouil, D. (2010). Partnering for patient safety: a clinical nurse specialist intervention to ease the transfer from ICU. *Dynamics*, 21(2), 36. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8&AN=105198384&site=ehost-live>; The Joanna Briggs Institute. (2017). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*. (E. Aromataris, Z. Munn, Ed.). Retrieved from <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>; Whittlemore, R., & Knaf, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

Apêndice V – Protocolo de transfusão maciça (folha de rosto)

Protocolo de Hemoderivados e
transfusão maciça

Data de elaboração __/__/__

Data de revisão __/__/__

Autores:

- Enfermeira [REDACTED] (mestre e especialista em enfermagem na área de especialização de Pessoa em Situação Crítica)
- Enfermeira Andreia Cordeiro (mestranda em enfermagem na área de especialização de Pessoa em Situação Crítica pela ESEL)

ÍNDICE

1. Objetivos
2. Âmbito
3. Descrição
 - 3.1. Especificidades
 - 3.2. Tabela de reações adversas
4. Práticas a desenvolver
 - 4.1. Pré-transfusão
 - 4.2. Intratransfusão
 - 4.3. Pós-transfusão
5. Protocolo de transfusão maciça
6. Registos
7. Referências Bibliográficas

Apêndice VI – Plano da sessão e formulário de avaliação da formação: A segurança no transporte do doente crítico e transfusão de hemoderivados

Tema – A segurança no transporte do doente crítico e transfusão de hemoderivados				
Data – 20/11/2019				
Hora – 14:45				
Local – sala de formação do serviço de urgência [REDACTED]				
Preletora – Andreia Cordeiro				
Destinatários – Enfermeiros				
Duração – 15 minutos				
Objetivo geral: - Contribuir para a melhoria da prática de enfermagem segura à PSC sujeita a transporte e transfusão de hemoderivados.				
Objetivos específicos: - Divulgar boas práticas segundo a evidência científica disponível sobre o tema.				
Etapas	Conteúdo	Métodos	Materiais	Tempo
Introdução	- Objetivos - Sumário	Expositivo e interativo	Datashow e computador	2 minutos
Desenvolvimento	- Fases do transporte e intervenções promotoras da segurança - Componentes sanguíneos - Cuidados durante a administração de hemoderivados - Reações adversas e intervenções - Protocolo de transfusão maciça	Expositivo e interativo	Datashow e computador	9 minutos
Conclusão	- Síntese dos conteúdos abordados - Esclarecimento de dúvidas	Expositivo e interativo		2 minutos
Avaliação	Preenchimento de questionários		Questionário	2 minutos

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

“A segurança no transporte do doente crítico e transfusão de hemoderivados”

Este questionário tem como objetivo avaliar a sessão formativa de modo a existir uma melhoria do desempenho do preletor e do funcionamento de próximas sessões de formação no serviço.

Escala de avaliação

1	2	3	4	5
Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente

Questionário de avaliação

Itens de avaliação	1	2	3	4	5
A. Conteúdos abordados					
Considera que a formação foi adequada às suas necessidades formativas?					
Considera que a formação tem utilidade na sua prática de cuidados?					
Considera que os conteúdos abordados foram adequados aos objetivos estabelecidos?					
A duração da formação foi adequada?					
B. Aspetos ambientais					
Considera os equipamentos didáticos adequados?					
Considera o horário formativo adequado?					
C. Preletor					
Como classifica a clareza dos conteúdos abordados?					
Houve domínio dos temas abordados?					
Considera que houve capacidade de esclarecimento de dúvidas?					
Considera que o preletor geriu o tempo disponível ao longo da formação?					
D. Classificação global da formação					
Sugestões					

Obrigada pela sua colaboração!

Preletor: Enfermeira Andreia Cordeiro (Estudante de mestrado na área de especialização de Pessoa em Situação Crítica, ESEL)
Enfermeira Orientadora: ██████████
Orientadora: Professora Maria Teresa Leal (ESEL)
Co-orientadora: Professora Joana Teixeira (ESEL)

ANEXOS

Anexo I – Certificado SAV



Instituto Nacional de Emergência Médica
Via Verde para a Vida

Departamento de Formação em Emergência Médica

Acreditado em 19/09/2002, nos termos do Despacho n.º 13019/98 de 29 de Julho do Ministério da Saúde

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Decreto-Lei n.º 95/92 de 23 de Maio e Decreto Regulamentar 35/2002 de 23 de Abril

Certifica-se que Andreia Filipa Carreira Cordeiro, nascido(a) a [redacted] em S. Nicolau, de nacionalidade Portuguesa, de sexo Feminino, com o número de identificação [redacted], concluiu com aproveitamento, em 08-06-2019, o Curso de Formação Profissional.

SAV Módulo Suporte Avançado Vida

que decorreu de 07-06-2019 a 08-06-2019, com a duração total de 16,00 horas, tendo obtido a classificação final de 17.2 valores, numa escala de 0 a 20.

Centro de Formação DR Sul - Lisboa, 03-07-2019



Departamento de Formação
em Emergência Médica


(Teresa Mázia Cardoso Pinto)

Certificado N.º / 003-1.2-0312/14751/66017/2019

Válido até Junho de 2024

SUORTE AVANÇADO DE VIDA (16 horas)

Modalidade da Formação:

Formação inicial

Área de Formação:

Emergência Médica

Plano Curricular:

- Suporte Avançado de Vida em perspectiva
- Causas e prevenção de PCR
- Síndrome Coronário Agudo
- Demonstração de caso clínico
- Algoritmo de SAV
- Via Aérea e reconhecimento de ritmos
- Fármacos e Vias de Administração
- Reanimação Inicial e Desfibrilhação
- Cuidados PR / Ética /DNR
- Casos clínicos
- PCR em circunstâncias especiais (*Workshop*)
- Disritmias peri-paragem; Gasimetria (*Workshop*)
- Casos clínicos finais

Competência Adquirida:

Suporte Avançado de Vida



Continuing Education Certificate
Society of Trauma Nurses

**Advanced Trauma Care
for Nurses[®]**
Student Course

LISBOA

14, 15 e 16 de dezembro de 2018

ANDREIA FILIPA CARREIRA CORDEIRO

Cândida Durão
Course Director

STN is a licensed continuing education provider in the State of California Board of Registered Nursing. Provider Number CEP 11062 This course has been approved for 25 hours of credit.

Anexo III – Certificado ATSDC

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Portaria nº 474/2010 de 8 de julho


ocean
medical

Certifica-se que **Andreia Filipa Carreira Cordeiro**, nascida em _____, com o Número de Identificação Civil _____ concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// ABORDAGEM, TRANSPORTE E SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO

que decorreu no dia a 31/08/2019, com a duração de 8 horas.

Porto Salvo, 31 de Agosto de 2019

O responsável pela Ocean Medical,



Marco Castro



ENTIDADE
FORMADORA
CERTIFICADA
DREQP

Anexo IV – Escala de avaliação do risco de transporte de pacientes

Table 1. Risk score for transport patients

1. Haemodynamics	
• Stable	0
• Moderately stable (requires volume < 15 ml/min in adults)	1
• Unstable (requires volume > 15ml/min or inotropics or blood)	2
2. Arrhythmias (existing or probable)	
• No	0
• Yes, not serious (and AMI after first 48 hours)	1
• Serious (and AMI in the first 48 hours)	2
3. ECG monitorization	
• No	0
• Yes (desirable)	1
• Yes (essential)	2
4. Intravenous line	
• No	0
• Yes	1
• Pulmonary artery catheter	2
5. Provisional pacemaker	
• No	0
• Yes (not invasive). Always AMI in the first 48 hours	1
• Yes (endocavity)	2
6. Respiration	
• RF between 10 and 14 r/m in adults	0
• RF between 15–35 r/m in adults	1
• Apnoea < 10 or > 36 or irregular breathing	2
7. Airway	
• No	0
• Yes (Guedel Tube)	1
• Yes (intubation or tracheostomy)	2
8. Respiratory support	
• No	0
• Yes (oxygen therapy)	1
• Yes (mechanical ventilation)	2
9. Assessment	
• Glasgow = 15	0
• Glasgow 8–14	1
• Glasgow < 8 and/or neurologic disorder	2
10. Prematurity	
• Newborn > 2000 g	0
• Newborn between 1200 and 2000 g	1
• Newborn < 1200 g	2
11. Technopharmacological support (actual or en route)	
• None	0
• Group I	1
• Group II	2

Group I		Group II	
• Inotropics	• Steroids	• Inotropics + Vasodilators	
• Vasodilators	• Mannitol 20%	• M.A.S.T.	
• Antiarrhythmics	• Thrombolytics	• Infant incubator	
• Bicarbonate	• Naloxone	• General anaesthetics	
• Analgesics	• Thoracic Tube	• Uterine relaxants	
• Antiepileptics	• Suction		
Points	Group	Vehicle	Staff
0-2	0	Conventional ambulance	None
3-6	I	Conventional ambulance	Nurse
Over 6	II	Group ICU Helicopter recommended if transfer > 1 hour	Doctor + Nurse

Anexo V – Programa do Congresso Internacional Doente Crítico

2019

Workshops

Ecografia em Urgência e Emergência:

23/10 - das 9h às 17h - IPS/ESS - Sala B1.07

Ventilação Não Invasiva:

23/10 - das 9h às 13h - IPS/ESS - Sala B1.04

Ventilação Mecânica Invasiva:

23/10 - das 9h às 13h - IPS/ESS - Sala B1.05

Via Aérea para Enfermeiros:

23/10 - das 13h às 15h - IPS/ESS - Sala B1.04

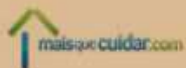
Técnicas de Trauma:

23/10 das 14h às 16h - IPS/ESS - Sala B1.05

Alto Fluxo:

23/10 das 15h às 17h - IPS/ESS - Sala B1.04

Apoios



Comissão Científica

Cláudia Alfarrobinha, Carlos Ferreira, Catarina Branco, Katherine Santos, Paulo Monteiro, Pedro Caldeira, Pedro Vasconcelos, Sónia Sousa

Comissão Organizadora

André Pais-Martins, Casimiro Correia, Diana Curto, Dulce Gonçalves, Ilda Lourenço, Isabel Pão-Alvo, João Raimundo, Mónica Trindade, Rita Mateus, Rui Félix

SEJA SÓCIO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS

www.apenfermeiros.pt

Organização

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS

Contribuinte : 501313818

Estrada do Paço do Lumiar,
lote R1, lojas A e B - Bairro da Horta Nova
1600-543 Lisboa, Portugal
www.apenfermeiros.pt



#DC19



Congresso Internacional Doente Crítico 2019



Instituto Politécnico de Setúbal

24 -25 Outubro

Partilhe o seu trabalho em poster ou comunicação livre
regulamento em www.apenfermeiros.pt

- Mesa Abertura | 24'out | 09:00 - 09:30

Representante da OE - Presidente do Conselho Directivo da Secção Regional do Sul | Enf.º Sérgio Branco

Representante da CM Setúbal - Vereador do Departamento de Educação e Saúde (DES) | Dr. Ricardo Oliveira

Representante do IPS - Vice-Presidente do Conselho Científico e Coordenadora da Licenciatura em Enfermagem | Prof. Doutora Ana Lúcia Ramos

Representante da Comissão Científica DC'19 | Enf.º Especialista Pedro Vasconcelos

Representante da APE - Vice-Presidente | Enf.º Dulce Gonçalves

- Mesa 1 | 24'out | 09:30 - 10:30
- **Catástrofe e Intervenção Humanitária**

Moderador | Enf. Luís Gonçalves, Força Aérea Portuguesa

Triagem em Mass Casualty Incidents | Enf. João Lourenço (Instrutor do International Trauma Life Support) | Dr. André Simões (Capitão-Médico GNR; VMER Médio Tejo e Heli 3)

O Papel do Enfermeiro na Intervenção Humanitária | Enf.º Cátia Paiva (Médicos do Mundo)

- 10:30 - 11:00 | **Coffee-Break**

- Mesa 2 | 24'out | 11:00 - 12:30
- **Via Verde PCR e Dador de Coração Parado**

Moderador | Enf. Fernando Rodrigues, Director do Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

E-CPR | Enf.ª Cristina José (Unidade Urgência Médica, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central)

Manutenção do Dador | Enf. Hugo Marques (Serviço Urgência, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto)

Identificação do Dador | Enf.ª Vanda Palmeiro (Instituto Português do Sangue e Transplantação)

- 12:30 - 13:00 | **Apresentação de Comunicações Livres**

- Mesa 3 | 24'out | 14:00 - 15:30
- **Criança em Situação Crítica**

Moderador | Enf. Cláudia Alfarrobinha, Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal

O Transporte da Criança em Situação Crítica

- **O transporte Inter-Hospitalar Pediátrico**

- **O Transporte Intra-Hospitalar** | Dr.ª Cristina Camilo (UCIPED, CHLN) | Enf. Rui Pereira (Enfermeiro, Hospital Espírito Santo de Évora, VMER e Serviço de Urgência pediátrica)

Cetoacidose Diabética | Dr.ª Susana Parente (Pediatria, Hospital São Bernardo, Setúbal)

- 15:30 - 16:00 | **Coffee-Break** | **Apresentação de Pósteres**

- Mesa 4 | 24'out | 16:00 - 17:30
- **Serviço de Urgência: O Caos Organizado ?**

Moderador | Enf.ª Sónia Sousa, Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar de Setúbal

O Papel da Triagem de Manchester | Dr. Luís Cuña (Coordenador Médico do Atendimento Permanente, Hospital CUF Descobertas)

A visão do Enfermeiro da prática | Enf. Miguel Pinto Pedrosa (Serviço de Urgência, Hospital Espírito Santo de Évora)

Telessaúde | Enf. João Oliveira (TELESSAÚDE)

Unidade de Hospitalização Domiciliária | Enf. Filipe Dias (Unidade de Hospitalização Domiciliária do Hospital Garcia de Orta)

- Mesa 5 | 25'out | 09:00 - 10:30
- **Update em Cuidados Críticos**

Moderador | Enf.ª Ilda Lourenço, Grupo de Coordenação Local PPCIRA, HSJ, Centro Hospitalar Lisboa Central

Sépsis - Novas Bundles | Dr.ª Ana Sofia Coelho (Directora do Serviço de Urgência do Hospital Beatriz Ângelo, Loures)

Via Verde de Trauma num Hospital Central | Enf. José António Silva (Serviço de Urgência, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto)

Cuidados Pós-Reanimação | Dr.ª Mónica Anselmo (Serviço de Medicina Intensiva, Hospital Fernando Fonseca, Amadora)

- 10:30 - 11:00 | **Coffee-Break**

- Mesa 6 | 25'out | 11:00 - 12:30
- **O Enfermeiro no Pré-Hospitalar**

Moderador | Enf. Pedro Caldeira, VMER Cascais

Barcelona: Código Trauma | Dr. Agustí Ruiz (Director Gerente do IEM, Coordenador do Grupo do SVA em Trauma do CCR e Director do Mestrado em Assistência Integral em Urgências e Emergências)

Açores: E quando não é para reanimar? | Enf. Luís Viegas (Serviço de Urgência, Hospital Santo Espírito de Angra do Heroísmo, Unidade de Evacuações Aéreas e SIV Terceira)

Eslovénia: O Enfermeiro no Sistema de Emergência Esloveno | Enf. Anton Posavec (Enfermeiro, Slovenian Emergency Service)

O Enfermeiro na Triagem e Aconselhamento na Linha 112 | Enf. Ismael Abreu (Serviço Regional de Protecção Civil, IP - Região Autónoma da Madeira)

- Mesa 7 | 25'out | 14:00 - 15:30
- **Desafios para a Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

Moderador | Enf. Paulo Monteiro, Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Equipas de Emergência Interna | Enf. Miguel Oliveira (Unidade de Cuidados Intensivos, Hospital São Bernardo, Setúbal)

Ecografia no PH | Dr. Salvador Sarrá (Coordenador da área formativa de ECO FAST do IEM e Director do Serviço de Urgências do HUSant Joan de Reus)

Registos na Emergência Pré-Hospitalar: I-TEAMS | Dr.ª Filipa Barros (INEM)

- 15:30 - 16:00 | **Coffee-Break** | **Apresentação de Pósteres**

- Mesa 8 | 25'out | 16:00 - 17:00
- **Controvérsias no Cuidado ao Doente Crítico**

Moderador | Enf. Pedro Vasconcelos (ACLS - Advanced Cardiac Life Support)

Adrenalina na PCR | Dr. Francisco Abecassis (Intensivista Pediátrico, UCIPED do HSM) | Enf. Pedro Caldeira (Enfermeiro na VMER Cascais)

VA Definitiva na PCR | Dr.ª Mónica Anselmo (Medicina Interna, Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Dr. Fernando da Fonseca)

- Conferência de Encerramento | 25'out | 17:00 - 17:30

Intervenção Humanitária Internacional | Dr Nelson Olim (Who Trauma Coordinator-Gaza)

- Mesa de Encerramento | 25'out | 17:30 - 18:00

Coordenadora do Mestrado em Enfermagem do Departamento de Enfermagem do IPS/ESS | Prof. Doutora Alice Ruivo

Representante da Comissão Científica do DC'19 | Enf.º Pedro Vasconcelos

Representante da APE | Enf.º João Raimundo

Anexo VI – Certificado de participação no Congresso Internacional

Doente Crítico 2019

#DC19

Congresso Internacional Doente Crítico 2019



Certificado

Certifica-se que a **Exma. Sra. Enf^a Andreia Filipa Carreira Cordeiro**, participou no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, organizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros, que decorreu nos dias 24 e 25 de Outubro, no Instituto Politécnico de Setúbal.

Lisboa, 25 de Outubro de 2019

O Presidente da APE

(Sr. Enf^o João Fernandes)

Anexo VII – Certificado de autora e preletora do poster
“Intervenção de enfermagem na promoção da segurança no
transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica”,
Congresso Internacional Doente Crítico 2019

#DC19

Congresso Internacional Doente Crítico 2019



Certificado

Certifica-se que a **Exma. Sra. Enf^a Andreia Cordeiro**, participou no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, como Autora e Preletora do Poster *“Intervenção de enfermagem na promoção da segurança no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica”* organizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros e que decorreu nos dias 24 e 25 de Outubro, no Instituto Politécnico de Setúbal.

Lisboa, 25 de Outubro de 2019

O Presidente da APE

Anexo VIII – Certificado de participação das V jornadas técnicas de
medicina intensiva



**V JORNADAS TÉCNICAS DE
MEDICINA INTENSIVA**

RESSUSCITAÇÃO

Patrocínio Científico



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

CERTIFICADO

Certificamos que,

ANDREIA CORDEIRO

esteve presente nas **V Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva**, que decorreram nos dias 04 e 05 de novembro de 2019, na Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa.

Lisboa, 05 de novembro de 2019

Prof. Doutor Luís Bento
Presidente das Jornadas

