



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A Segurança da Pessoa em Situação Crítica no Transporte Intra-hospitalar

Gonçalo Jorge Santos Antunes Pires

Orientação: Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A Segurança da Pessoa em Situação Crítica no Transporte Intra-hospitalar

Gonçalo Jorge Santos Antunes Pires

Orientação: Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

O Relatório de Estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pela Diretora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre:

Presidente: Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira (Universidade de Évora)

Arguente: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro (Instituto Politécnico de Portalegre)

Orientador: Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo (Instituto Politécnico de Setúbal)

**“Sorria muito, como se o mundo fosse uma piada secreta
que só ele é suficiente inteligente para entender”**

(George R. R. Martin)

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Alice Ruivo, por todo o apoio, motivação e dedicação durante este percurso.

Aos enfermeiros orientadores por toda a disponibilidade e partilha de conhecimento, mostrando o significado de excelência em Enfermagem.

A todos os meus colegas de trabalho, em especial aos enfermeiros Miguel Ribeiro, Margarida Luís, Paula Marques, Paula Mendes, Nelson Santos, Patrícia Cardoso e Marine Pires.

À minha mãe, pela Grande Mulher que é, por ser o colo e o aconchego.

À minha irmã, pela compreensão e por ser o meu grilo falante.

Ao meu cunhado, pelos conselhos e pela partilha de experiência de vida que me incute.

À minha pequena, a Margarida, pela luz que traz às nossas vidas.

Ao meu pai, que esteja onde estiver, acredito que está orgulhoso.

À minha restante família e aos meus amigos mais chegados, a quem sei que por vezes falhei nestes anos, mas que acreditaram sempre em mim.

E por último, à Raquel, por tudo aquilo que representa para mim, por ser a minha grande força de viver e por aturar aquilo que mais ninguém atura... que continue assim por longos anos...

RESUMO

Este relatório foi elaborado no âmbito do 7º Mestrado em associação em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, apresentando uma análise reflexiva das atividades realizadas durante o percurso académico e as experiências vivenciadas durante os estágios em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência.

Por meio da abordagem da Metodologia de Projeto, desenvolveu-se um projeto de intervenção em serviço focado no Transporte Intra-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica, com o propósito de elevar os padrões de segurança e de qualidade dos cuidados de Enfermagem. Desse modo, foi realizada uma *scoping review* com o título “A Segurança da Pessoa em Situação Crítica no Transporte Intra-hospitalar – uma *scoping review*”.

A aplicação da Teoria da Incerteza na Doença de Mishel, em conjunto com o processo crítico-reflexivo das atividades desenvolvidas durante o presente Mestrado, mostraram-se fundamentais para o desenvolvimento das competências comuns e específicas enquanto futuro enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica; Transporte Intra-hospitalar; Qualidade; Segurança.

ABSTRACT

This report was prepared within the scope of the 7th Master's degree in Medical-Surgical Nursing with a focus on Critical Care Nursing at the School of Health of Portalegre, presenting a reflective analysis of the activities carried out during the academic journey and the experiences gained during internships in Intensive Care Unit and Emergency Department settings.

Through the approach of the Project Methodology, an in-service intervention project focused on the Intra-hospital Transport of the Person in Critical Situation was developed, with the purpose of raising the standards of safety and quality of nursing care. Thus, a scoping review was carried out with the title "The Safety of the Person in Critical Situation in Intra-hospital Transport – a scoping review".

The application of the Uncertainty Theory in Mishel's Disease, together with the critical-reflective process of the activities developed during this Master's Degree, proved to be fundamental for the development of common and specific competencies as a future specialist nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of the Critically Ill Person and Master in Nursing.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Person in Critical Situation; Intra-hospital transport; Quality; Safety.

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Projeto de Estágio – Unidade de Cuidados Intensivos.....	CVIII
APÊNDICE 2 – Formação em serviço: “Cuidados Pós-Reanimação”.....	CXXIV
APÊNDICE 3 – Projeto de Estágio – Serviço de Urgência.....	CXXXVI
APÊNDICE 4 – Cronograma de atividades.....	CXLVII
APÊNDICE 5 – Artigo Científico: “A Segurança da Pessoa em Situação Crítica no Transporte Intra-hospitalar – uma <i>scoping review</i> ”.....	CXLIX
APÊNDICE 6 – Lista de verificação para o Transporte Intra-hospitalar.....	CLII
APÊNDICE 7 – Procedimento Interno: “Transporte Intra-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica”.....	CLV
APÊNDICE 8 – Formação em Serviço: “Segurança da Pessoa em Situação Crítica para o Transporte Intra-hospitalar”.....	CLXIII
APÊNDICE 9 – Plano de Sessão para a Formação em Serviço “Segurança da Pessoa em Situação Crítica para o Transporte Intra-hospitalar”.....	CLXXVII
APÊNDICE 10 – Questionário de Avaliação da Sessão de Formação.....	CLXXIX
APÊNDICE 11 – Resultados da aplicação do Questionário de Avaliação da Sessão de Formação.....	CLXXXIV
APÊNDICE 12 – Folha de passagem de turno.....	CXC

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 – Avaliação para o transporte intra-hospitalar.....	CXCIV
ANEXO 2 – Declaração de Aceitação de Orientação.....	CXCVII
ANEXO 3 – Certificado “Webinar Conexões seguras”.....	CXCIX
ANEXO 4 – Certificado “Enfermagem às Quintas: Comunicação e Transição de Cuidados em Cuidados Intensivos”.....	CCI
ANEXO 5 – Certificado “Webinar Como realizar Revisões Sistemáticas da Literatura”.....	CCIII
ANEXO 6 – Certificado “O Caminho para a Afirmção do Enfermeiro Especialista”.....	CCV
ANEXO 7 – Certificado “Internacional Congress on Emergency”.....	CCVII
ANEXO 8 – Certificado “Congresso Internacional do Doente Crítico 2023”.....	CCIX
ANEXO 9 – Certificado de autor do póster: “A utilização do <i>Cell Saver</i> no Doente em Choque Hipovolémico Hemorrágico: um estudo de caso”.....	CCXI
ANEXO 10 – Póster: “A utilização do <i>Cell Saver</i> no Doente em Choque Hipovolémico Hemorrágico: um estudo de caso”.....	CCXIII
ANEXO 11 – Certificado “5º Evento Científico da VMER/SU da ULSCB”.....	CCXV
ANEXO 12 – Certificado de autor do póster: “Preservação de vestígios no serviço de urgência na vítima de agressão traumática”.....	CCXVII
ANEXO 13 – Póster: “Preservação de vestígios no serviço de urgência na vítima de agressão traumática”.....	CCXIX
ANEXO 14 – Certificado de autor do póster: “A importância da formação em suporte básico de vida no curso de licenciatura em enfermagem”.....	CCXXI
ANEXO 15 – Póster: “A importância da formação em suporte básico de vida no curso de licenciatura em enfermagem”.....	CCXXIII
ANEXO 16 – Póster: “Caso Clínico – Cuidar a Pessoa com AVC Hemorrágico e Ventilação Mecânica Invasiva”.....	CCXXV
ANEXO 17 – Certificado “Advanced Cardiovascular Life Support”.....	CCXXVII
ANEXO 18 – Certificado “International Trauma Life Support”.....	CCXXIX
ANEXO 19 – Certificado de Formação de Formadores SBV-DAE.....	CCXXXI

ANEXO 20 – Certificado “Curso de Identificação e Manutenção do Dador em Morte Cerebral”	CCXXXIII
---	----------

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de critérios de seleção de estudos.....	63
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 – Idade dos enfermeiros do SUP.....	46
Gráfico nº 2 – Tempo de experiência profissional dos enfermeiros.....	46
Gráfico nº 3 – Tempo de experiência profissional dos enfermeiros no SUP.....	47
Gráfico nº 4 – Nº de internamentos provenientes do SUP por prioridade segundo a Triagem de <i>Manchester</i> no ano 2023.....	56

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1 – Distribuição dos enfermeiros por turno.....	48
Tabela nº 2 – Análise SWOT para realização do Diagnóstico da Situação.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABCDE – *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposition*

ACLS – *Advanced Cardiovascular Life Support*

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APA – *American Psychological Association*

AR – Assembleia da República

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DAE – Desfibrilhador Automático Externo

DAV – Diretivas Antecipadas de Vontade

DGS – Direção Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

ENQS – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

FiO₂ – Fração inspirada de oxigénio

h – Horas

IACS – Infecções associadas aos cuidados de saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPP – Instituto Politécnico de Portalegre

ISBAR – Identificação; Situação Atual; *Background*; Avaliação; Recomendações

ITLS – *International Trauma Life Support*

JBÍ – *Joanna Briggs Institute*

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MCEEMC – Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica

MS – Ministério da Saúde

MUIS – *Mishel Uncertainty in Illness Scale*

NAS – *Nursing Activities Score*

nº – número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

O₂ – Oxigénio

PCC – Participantes, Conceito, Contexto

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PNSD – Plano Nacional da Segurança dos Doentes

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SNS – Sistema Nacional de Saúde

s.p. – sem página

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

START – *Simple Triage and Rapid Treatment*

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

SWOT – *Strenghts, Weakness, Opportunities, Threats*

TAC-CE – Tomografia Axial Computorizada Crâneo-Encefálica

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ULSCB – Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

VMER – Veículo Médico de Emergência e Reanimação

Vmin – Volume por minuto

WHO – *World Health Organization*

% – por cento

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	18
1. ENQUADRAMENTO CONCEITUAL E TEÓRICO	22
1.1. TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA DE MERLE MISHEL	22
1.1.1. Conceitos metaparadigmáticos da Enfermagem	26
1.2. A SEGURANÇA DA PESSOA E A QUALIDADE DOS CUIDADOS PRESTADOS ...	27
1.3. O TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA ...	29
2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS	35
2.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	35
2.1.1. Atividades desenvolvidas durante o estágio na Unidade de Cuidados Intensivos de um Hospital Distrital.....	38
2.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	40
2.2.1. Atividades desenvolvidas durante o estágio no Serviço de Urgência de um Hospital Central	49
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA	53
3.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	53
3.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	56
3.3. PLANEAMENTO	57
3.4. EXECUÇÃO	60
3.5. AVALIAÇÃO GLOBAL DO PROJETO.....	65
3.6. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	66
4. ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	67
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	69
4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	83
CONCLUSÃO.....	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se na unidade curricular – Relatório, no âmbito do 7º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica [EMC] na área da Pessoa em Situação Crítica [PSC], decorrido na Escola Superior de Saúde de Portalegre, sendo um Mestrado em associação com o Instituto Politécnico de Setúbal, a Universidade de Évora, o Instituto Politécnico de Castelo Branco e o Instituto Politécnico de Beja.

Pretende-se, com a elaboração deste relatório, refletir sobre as atividades desenvolvidas durante as unidades curriculares em contexto hospitalar, nomeadamente o Estágio em Pessoa em Situação Crítica, decorrido numa Unidade de Cuidados Intensivos [UCI] durante o período de 22 de maio de 2023 a 30 de junho de 2023, e o Estágio Final, desenvolvido num Serviço de Urgência Polivalente [SUP] entre as datas de 11 de setembro de 2023 e 26 de janeiro de 2024, sempre sob supervisão pedagógica da Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo. Como supervisores clínicos, para cada estágio, contamos com dois enfermeiros especialistas em EMC na área da PSC. Esta unidade curricular pretende deste modo promover “o debate, a partilha, a análise crítica e a procura do conhecimento” (Instituto Politécnico de Portalegre [IPP], 2023, p.2).

A revisão do estatuto da Ordem dos Enfermeiros [OE] introduziu o conceito de enfermeiro especialista, abrangendo diversas áreas de especialização como é o caso da EMC. Deste modo, a definição de PSC “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018a, p.19362). Posto isto, e para atender ao que foi mencionado, surgiram as competências específicas para o enfermeiro especialista em EMC na área da PSC.

Deste modo, o enfermeiro especialista nesta área específica deve prestar “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades” (OE, 2018a, p.19362). Portanto, o enfermeiro especialista em EMC na área da PSC pretende antecipar e identificar possíveis complicações e necessidades da pessoa e da sua família, realizando intervenções eficazes na promoção da saúde e na prevenção da doença, de acordo com a situação apresentada (OE, 2018a).

A seleção dos locais de estágio foi fundamentada nos critérios específicos de escolha de unidades de saúde para a área da Enfermagem em PSC, com ênfase no cuidado prestado à pessoa e família e/ou cuidador que enfrentam condições médico-cirúrgicas complexas, resultantes de

doenças agudas ou crônicas. A trajetória educativa foi embasada por um conjunto de diretrizes que orientam a prática de Enfermagem, nomeadamente o Código Deontológico do Enfermeiro e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, o Regulamento das Competências Gerais e Específicas para o Enfermeiro Especialista em EMC na área da PSC e os padrões de qualidade para os cuidados de Enfermagem à PSC.

Ao longo deste relatório, as competências referenciadas correspondem às competências comuns do enfermeiro especialista descritas no Regulamento nº 140/2019, às competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área da PSC definidas no Regulamento nº 429/2018, e às competências para a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem conforme detalhado na plataforma A3ES (A3ES, 2014; OE, 2018a; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019a).

Conforme é destacado por Benner (2015), a experiência é uma valiosa fonte de conhecimento adquirido ao longo de um processo contínuo de aprendizagem. O enfermeiro procura alcançar o estatuto de perito, sendo capaz de avaliar uma situação de forma holística e identificar respostas clínicas de maneira intuitiva e precisa, sendo este alcançado através da experiência profissional. Quanto à Prática Baseada na Evidência, esta desempenha um papel crucial na garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados, beneficiando-se dos avanços da pesquisa científica. A investigação científica é fundamental para identificar problemas e procurar soluções por meio da aplicação de métodos e instrumentos, visando alcançar os resultados desejados (Nené & Sequeira, 2022).

Na sequência do referido anteriormente e inserido na unidade curricular de estágio final, desenvolvemos um projeto de intervenção em serviço, tendo como temática principal o “Transporte da Pessoa em Situação Crítica”, focando-nos, principalmente, no transporte intra-hospitalar e na segurança e qualidade do mesmo. Este projeto foi desenvolvido segundo a Metodologia de Projeto que procura uma “investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua realização” (Ruivo et al., 2010, p.2). Assim sendo, a sua execução desenvolveu-se nas cinco fases que o constituem: o diagnóstico da situação; a definição de objetivos; o planeamento; a execução e avaliação; e a divulgação dos resultados (Ruivo et al., 2010).

Para fundamentar o desenvolvimento deste projeto, a reflexão e análise das competências para aquisição do título de enfermeiro especialista e grau de Mestre em Enfermagem e a nossa prática profissional em estágios, utilizámos a Teoria de Enfermagem expandida por Merle Mishel – a Teoria da Incerteza na Doença.

Este projeto de intervenção desempenhou um papel significativo ao promover o reconhecimento das intervenções dos enfermeiros do SUP, assim como a importância de troca de experiências e de conhecimentos práticos para a qualidade da aprendizagem e do desenvolvimento de competências, entrando em consonância com os princípios propostos por Benner (2005). Destacamos ainda a relevância da autoreflexão e da análise crítica das temáticas discutidas à luz da mais recente evidência científica existente, promovendo uma integração mais eficaz dos conhecimentos na prática do cuidar em Enfermagem.

Posto o referido até agora, de forma a garantir que o presente relatório vá ao encontro dos objetivos para conclusão do presente Mestrado, definimos como objetivo geral: Analisar de forma crítica o impacto do percurso académico, da formação e da experiência profissional na aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas enquanto enfermeiro especialista em EMC na área da PSC e Mestre em Enfermagem.

De maneira a atingirmos este objetivo, traçámos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar os contextos clínicos dos estágios realizados;
- Demonstrar os fundamentos teóricos que embasaram o projeto de intervenção em serviço;
- Expor o projeto de intervenção elaborado durante o estágio final, detalhando cada uma das etapas;
- Refletir sobre o processo de desenvolvimento e consolidação das competências enquanto enfermeiro especialista em EMC na área da PSC e Mestre em Enfermagem.

Considerando o exposto, este documento encontra-se dividido em quatro capítulos. No primeiro encontra-se uma contextualização teórica e conceptual que sustenta o nosso trabalho, com uma abordagem da teoria que fundamentou toda a nossa prática – a Teoria da Incerteza na Doença. Ainda neste capítulo serão discutidos temas como a qualidade e a segurança dos cuidados prestados e uma análise da temática do transporte intra-hospitalar da PSC. O segundo capítulo abordará o desenvolvimento dos estágios realizados, sendo dividido em dois subcapítulos. No primeiro faremos uma breve descrição da UCI bem como as atividades desenvolvidas neste contexto, e no segundo realizaremos uma abordagem idêntica, porém mais detalhada para o SUP onde realizámos o estágio final. No terceiro capítulo apresentaremos o projeto de intervenção em serviço realizado segundo a Metodologia de Projeto, com a temática “A Segurança da Pessoa em Situação Crítica no Transporte Intra-hospitalar”, detalhando cada fase desta metodologia. Por último, no quarto capítulo, realizaremos uma análise reflexiva sobre a aquisição e o

desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC na área da PSC e do Mestre em Enfermagem. Este documento será concluído com uma breve síntese das principais conclusões apresentadas.

O trabalho foi elaborado segundo as diretrizes de formatação estabelecidas pelo IPP, bem como as normas de referência bibliográfica da *American Psychological Association* [APA], 7ª edição. Além disso, ressaltamos que foi empregado o Novo Acordo Ortográfico Português em todo o processo de redação.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

A Enfermagem, sendo considerada uma disciplina ainda relativamente recente, tem procurado, ao longo dos tempos, emancipar-se do modelo médico, visando uma maior autonomia na sua prática profissional. Desse modo, os enfermeiros têm-se dedicado ao desenvolvimento de teorias e modelos que permitem reger e justificar a sua prática clínica. Estas teorias desempenham um papel crucial para a Enfermagem visto que possibilitam uma estrutura e uma organização do conhecimento, formando uma base conceptual, oferecendo ferramentas práticas para os enfermeiros (Ribeiro et al., 2018; Sousa et al., 2018). Assim sendo, decidimos utilizar a Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel de forma a dar suporte ao desenvolvimento do presente documento.

Posto isto, este capítulo serve de enquadramento conceptual e teórico, orientando a nossa prática ao longo desta etapa, onde iremos abordar a teoria de Enfermagem acima mencionada, a questão da segurança da pessoa e da qualidade dos cuidados que lhes são prestados e, por fim, a temática do projeto de intervenção em serviço – o transporte intra-hospitalar da PSC. Ao fornecer uma estrutura conceptual, o capítulo serve como um guia que influenciou diretamente as decisões e as ações tomadas, sendo que a base teórica fornece os alicerces sólidos para fundamentar e justificar as abordagens realizadas, permitindo uma prática mais sustentada e eficaz.

Deste modo, de seguida iremos explicar a teoria de Enfermagem utilizada para conceptualizar todo este documento.

1.1. TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA DE MERLE MISHEL

A Enfermagem é considerada uma disciplina profissional, incorporando conhecimentos, teorias descritivas e pesquisas tanto básicas como avançadas. Anteriormente, a Enfermagem era considerada apenas uma disciplina prática, uma perspetiva que contribuiu para avanços na construção da base dos conhecimentos em Enfermagem. Desse modo, a Enfermagem é considerada uma ciência e uma arte. Nessa perspetiva, a ciência engloba as teorias e as pesquisas relacionadas aos fenómenos de interesse, enquanto a arte se refere à aplicação criativa dos conhecimentos. Desta forma, com a criação de novos modelos e teorias de Enfermagem, Fawcett considera que a base desta disciplina é a interligação entre os conceitos “meio ambiente”, “ser humano”, “saúde” e “enfermagem”, nascendo assim os metaparadigmas da Enfermagem, conceitos esses que fundamentam a elaboração e a evolução das teorias de Enfermagem (Barros & Bispo, 2017; Ribeiro et al., 2018; Smith, 2014).

Com o desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina, surge a criação de diversas teorias que compõem conceitos, fenómenos, definições e pressupostos, sendo entendidas como um conjunto de juízos “menos amplos que modelos concetuais e que propõem resultados mais específicos” (Leandro et al., 2020, p.2), visando uma sustentação de uma prática baseada em evidências fundamentada num conhecimento próprio, organizado e planeado. Assim sendo, as teorias de Enfermagem apresentam um papel essencial na construção de pontes entre os resultados académicos e a prática clínica (Barbosa & Silva, 2018; Brandão et al., 2019).

As teorias de Enfermagem classificam-se consoante o seu nível de abstratividade, inserindo-se no nível mais abstrato as metateorias, passando para as grandes teorias, seguindo-se as teorias de médio alcance e, por fim, as teorias práticas com um menor nível de complexidade. De forma a dar suporte a este documento, decidimos utilizar uma teoria de Enfermagem de médio alcance uma vez que estas são mais aplicáveis em determinados contextos, estabelecendo conexões entre a pesquisa e a prática, apresentando uma estrutura de ideias utilizáveis. Assim sendo, optámos pela utilização da Teoria da Incerteza na Doença, uma teoria que se insere no paradigma interativo-integrativo, isto é, descreve os indivíduos como entidades que interagem mutuamente, onde a mudança é vista como sendo probabilística e influenciada por diversos fatores. Para além disso, o conhecimento é considerado como construído a partir da perspetiva das ciências sociais (Brandão et al., 2019; Leandro et al., 2020; Smith, 2014; Smith & Liehr, 2014).

A Teoria da Incerteza na Doença foi desenvolvida pela Enfermeira Merle Mishel em 1988, estando inserida na sua tese de investigação para a realização do Doutoramento, de forma a interagir com doentes hospitalizados para iniciar a formulação dos primeiros conceitos relacionados à incerteza num contexto de doença. Esta teoria, inicialmente, foi concebida de forma a enfrentar as incertezas que surgem durante as fases de pré-diagnóstico, diagnóstico e tratamento de uma determinada doença aguda ou crónica, nomeadamente naquelas que apresentam uma evolução negativa ao longo do tempo. Mais tarde, em 1990, a autora desenvolveu sobre esta teoria uma reconceptualização onde aborda a experiência no lidar com a constante incerteza numa condição crónica com necessidade de requerer uma gestão contínua, ou então numa doença que esteja sujeita a uma possível recorrência. Atendendo a que a área de investigação do Mestrado que serve o presente relatório é a PSC, iremos abordar com maior intensidade a Teoria da Incerteza na Doença original (Mishel, 2014).

Durante o desenvolvimento do seu trabalho de investigação, Mishel desenvolveu a escala que permite avaliar o grau de incerteza na doença, a *Mishel Uncertainty in Illness Scale* [MUIS]. A

autora inspirou-se em vários autores, como psicólogos, para desenvolver a sua teoria de Enfermagem, nomeadamente na identificação da incerteza como sendo um processo cognitivo complexo em que estímulos novos e duvidosos fossem identificados como fontes de incerteza, motivando a sua perspetiva da incerteza como um estado cognitivo, e não sendo interpretada como um estado emocional. O seu apoio na teoria de Lazarus permitiu considerar a incerteza como um fator de *stress* e de ameaça em que a pessoa deve ter a capacidade de desenvolver processos de *coping* de forma a conseguir adaptar-se a essa incerteza (Mishel, 2014).

Com a reconcetualização da teoria, Mishel utilizou como base a Teoria do Caos que destaca a desordem, o desequilíbrio e a instabilidade de componentes considerados saudáveis e variáveis dentro de um determinado sistema, apontando para a presença de um sistema interativo aberto entre a pessoa e o meio que a rodeia, gerando desequilíbrio na mesma. Deste modo, a incerteza é percebida como uma influência que se estende da condição de doença para outras esferas da vida de uma pessoa, desafiando o modo anterior de funcionamento. À medida que a incerteza persiste, a sua intensidade pode ultrapassar o nível de tolerância da pessoa, gerando uma sensação de desorganização social, levando a uma instabilidade pessoal (Mishel, 2014).

Inicialmente, a teoria incidia na incerteza como um estado cognitivo no qual a pessoa sente dificuldade em se organizar de forma adequada num evento de doença devido a informações limitadas. A pessoa irá construir assim um esquema para interpretar de forma subjetiva a incerteza, utilizando como referência resultados já anteriormente obtidos. Com a atualização da teoria surge a capacidade de adaptação que se reflete na persistência da pessoa enquanto ser holístico, sendo moldada pelos esforços de confronto. Esses esforços visam não apenas diminuir a incerteza percebida inicialmente como uma ameaça, mas também preservar a incerteza como uma possibilidade de crescimento. A interação entre a doença, a incerteza, as estratégias de *coping* e a adaptação seguem uma direção única e linear, fazendo com que essa dinâmica evolua com base em contextos geradores de incerteza em direção à adaptação, com o objetivo de alcançar uma coerência adaptativa ao longo de todo o processo (Mishel, 2014).

A Teoria da Incerteza na Doença assenta em diversos conceitos que permitem uma melhor percepção da mesma. Desse modo, os conceitos são os seguintes:

Incerteza: “incapacidade de determinar o significado dos eventos relacionados com a doença, incluindo a incapacidade de atribuir um valor definitivo e/ou de prever com precisão os resultados”¹ (Mishel, 2014, p.56).

Esquema cognitivo: “interpretação subjetiva da pessoa sobre eventos relacionados à doença”² (Mishel, 2014, p.56).

Quadro de estímulos: “a forma, composição e estrutura dos estímulos que a pessoa percebe”³ (Mishel, 2014, p.56).

Capacidade cognitiva: “capacidade de processamento de informações do indivíduo”⁴ (Mishel, 2014, p.56).

Fornecedores de estrutura: “recursos disponíveis para auxiliar a pessoa na interpretação do quadro de estímulos”⁵ (Mishel, 2014, p.57).

Inferência: “avaliação da incerteza usando exemplos relacionados e é baseada em disposições de personalidade, experiência geral, conhecimento e pistas contextuais”⁶ (Mishel, 2014, p.57).

Ilusão: “construção de crenças formadas a partir da incerteza”⁷ (Mishel, 2014, p.57).

Adaptação: “comportamento biopsicossocial que ocorre dentro da faixa de comportamento habitual definida individualmente pela pessoa”⁸ (Mishel, 2014, p.58).

Auto-organização: “reformulação de um novo sentido de ordem, resultante da integração da incerteza contínua na autoestrutura de alguém”⁹ (Mishel, 2014, p.58).

Pensamento probabilístico: “crença num mundo condicional no qual a expectativa de certeza e previsibilidade é abandonada”¹⁰ (Mishel, 2014, p.58).

¹ Traduzido da citação em Inglês: “inability to determine the meaning of illness-related events inclusive of inability to assign definite value and/or to accurately predict outcomes” (Mishel, 2014, p.56).

² Traduzido da citação em Inglês: “person’s subjective interpretation of illness-related events” (Mishel, 2014, p.56);

³ Traduzido da citação em Inglês: “the form, composition, and structure of the stimuli that the person perceives” (Mishel, 2014, p.56);

⁴ Traduzido da citação em Inglês: “the information-processing ability of the individual” (Mishel, 2014, p.56);

⁵ Traduzido da citação em Inglês: “resources available to assist the person in the person in the interpretation of the stimuli frame” (Mishel, 2014, p.57);

⁶ Traduzido da citação em Inglês: “evaluation of the uncertainty using related examples and is built on personality dispositions, general experience, knowledge, and contextual cues” (Mishel, 2014, p.57);

⁷ Traduzido da citação em Inglês: “the construction of beliefs formed from uncertainty” (Mishel, 2014, p.57);

⁸ Traduzido da citação em Inglês: “biopsychosocial behavior occurring within the person’s individually defined range of usual behavior” (Mishel, 2014, p.58);

⁹ Traduzido da citação em Inglês: “reformulation of a new sense of order, resulting from integration of continuous uncertainty into one’s self-structure” (Mishel, 2014, p.58);

¹⁰ Traduzido da citação em Inglês: “a belief in a conditional world in which the expectation of certainty and predictability is abandoned” (Mishel, 2014, p.58).

Estes conceitos supracitados estão diretamente relacionados com a área da Enfermagem, pois fornecem explicações e descrições das reações humanas perante uma situação de doença. A incerteza permeia todas as etapas da doença, sendo experienciada tanto pela pessoa como pela família e/ou cuidador. Assim sendo, a Teoria da Incerteza na Doença inicial é apresentada como sendo um modelo linear estando organizada em três grandes temas: os antecedentes da incerteza, a avaliação da incerteza e como lidar com a incerteza (Mishel, 2014).

Os antecedentes da incerteza compreendem o quadro de estímulos, a capacidade cognitiva e os fornecedores de estrutura, sendo que estas variáveis apresentam uma relação inversa com a incerteza. Dentro do quadro de estímulos inserem-se: o padrão de sintomas, que se manifesta com a intensidade dos sintomas sentidos pela pessoa, isto é, a forma como estes se manifestam; a familiaridade com o episódio, o nível em que determinada situação é repetitiva ou que apresenta indicadores já reconhecidos; e a coerência do evento, que se traduz como a interação entre as expectativas da pessoa relacionada com o evento e o que efetivamente é vivenciado. Estes três componentes são seriamente influenciados pela capacidade cognitiva e pelos fornecedores de estrutura onde se inserem “a educação, o apoio social e autoridade credível”¹¹ (Mishel, 2014, p.57).

A avaliação da incerteza é caracterizada como o ato de atribuir um significado a um evento ou a uma situação de incerteza. Inserido neste tema encontram-se os conceitos ilusão e inferência, já acima mencionados, sendo o resultado desta avaliação a percepção da incerteza como uma ameaça ou uma oportunidade. Estes dois mecanismos (ameaça e oportunidade) estão diretamente relacionados com o terceiro tema, como lidar com a incerteza, onde a ameaça é “a possibilidade de um resultado prejudicial”¹² (Mishel, 2014, p.57) e oportunidade é “a possibilidade de um resultado positivo”¹³ (Mishel, 2014, p.57), onde tem como resultado a adaptação da pessoa, sendo esse o objetivo final (Mishel, 2014).

1.1.1. Conceitos metaparadigmáticos da Enfermagem

Relativamente aos quatro conceitos metaparadigmáticos da Enfermagem, a teoria escolhida não os explicita, desse modo considerámos os conceitos que se encontram descritos pela OE:

Saúde: “é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual” (Ordem dos

¹¹ Traduzido da citação em Inglês: “education, social support, and credible authority” (Mishel, 2014, p.57);

¹² Traduzido da citação em Inglês: “the possibility of a harmful outcome” (Mishel, 2014, p.57);

¹³ Traduzido da citação em Inglês: “the possibility of a positive outcome” (Mishel, 2014, p.57).

Enfermeiros [OE], 2001, p.8). Este conceito não pode ser considerado um antónimo de doença visto que retrata um estado subjetivo considerando a saúde “um reflexo de um processo dinâmico e contínuo” (OE, 2001, p.8) onde a pessoa tem como objetivo abranger um “estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e conforto emocional, espiritual e cultural” (OE, 2001, p.8).

Pessoa: “ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual” (OE, 2001, p.8). Cada pessoa é considerada um ser único, sendo alvo do ambiente que a rodeia, podendo modificá-lo, mas também sofrendo influência do mesmo (OE, 2001).

Ambiente: meio “no qual as pessoas vivem e se desenvolvem” (OE, 2001, p.9), sendo composto “por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde” (OE, 2001, p.9-10).

Cuidados de Enfermagem: “exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas” (OE, 2001, p.10). Assim sendo, o enfermeiro deverá diferenciar-se “pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural” sem expressar ou emitir qualquer avaliação sobre a pessoa (OE, 2001, p.10).

À semelhança dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, ao longo deste relatório iremos utilizar o termo/ denominação “Pessoa”.

De seguida iremos abordar a questão da segurança da pessoa e da qualidade dos cuidados prestados, de forma a complementar este enquadramento conceptual.

1.2. A SEGURANÇA DA PESSOA E A QUALIDADE DOS CUIDADOS PRESTADOS

Atualmente, os profissionais de saúde têm demonstrado um crescente interesse pela segurança e pela qualidade dos cuidados prestados à pessoa tornando-se num dos grandes temas a nível mundial, gerando grande investigação e trabalho. Desse modo, os enfermeiros, considerados profissionais capacitados na área técnica, científica e humana, devem orientar a sua prática de Enfermagem conforme os seus padrões de qualidade garantindo uma segurança dos mesmos (Azevedo et al., 2020).

Segundo a Direção Geral da Saúde [DGS], a segurança do doente é descrita como a minimização de danos evitáveis associados aos cuidados de saúde para um nível considerado aceitável. De forma a melhorar a segurança da pessoa, a DGS desenvolveu uma plataforma que permite notificar qualquer incidente que possa ocorrer dentro do Sistema Nacional de Saúde [SNS] – o NOTIFICA, onde se verificou que no ano de 2019 a maioria dos incidentes ocorridos no âmbito dos cuidados de saúde, provocados por profissionais de saúde, são os acidentes do doente (Direção Geral da Saúde, 2012; Direção Geral da Saúde, 2019; Direção Geral da Saúde, 2022b).

De forma a minimizar a ocorrência de eventos adversos e/ou incidentes críticos a DGS, sendo integrante do Ministério da Saúde [MS], tem desenvolvido ao longo dos anos o Plano Nacional de Segurança dos Doentes [PNSD], plano este que é atualizado de forma recorrente, encontrando-se neste momento no relativo ao quinquénio 2021-2026. Assim sendo, o PNSD tem como objetivo principal “consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde (...) sem negligenciar os princípios que sustentem a área de segurança do doente” (Ministério da Saúde [MS], 2021, p.98), como a adoção constante de práticas seguras em ambientes de saúde cada vez mais desafiadores. Este plano, sendo dinâmico, assenta diretamente em cinco pilares: a cultura de segurança, a liderança e governação, a comunicação, a prevenção e a gestão de incidentes de segurança dos doentes e as práticas seguras em ambientes seguros (MS, 2021).

O MS define qualidade em saúde como “a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (Ministério da Saúde [MS], 2015, p.13551). De forma a reforçar esta definição, a OE acrescenta que a qualidade em saúde tem um papel multidisciplinar desenvolvendo, deste modo, padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem tanto para o enfermeiro generalista como para o especialista, visto que no Código Deontológico do Enfermeiro o seu primeiro dever está descrito como “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015a, p. 8078).

De forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados, o MS, em 2015, criou a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde [ENQS] que tem como propósito “contribuir para o reforço da equidade como dimensão essencial do Sistema Nacional de Saúde, entendida como a garantia

de que o acesso à prestação de cuidados de saúde se realiza em condições adequadas às necessidades” (MS, 2015, p. 13551). Desse modo, este plano estratégico estabelece prioridades de atuação, sendo elas: a melhoria da qualidade clínica e organizacional, o aumento da adesão a normas de orientação clínica, o reforço da segurança da pessoa, a monitorização permanente da qualidade e da segurança, o reconhecimento da qualidade das unidades de saúde e a informação transparente ao cidadão permitindo o aumento da sua capacitação (MS, 2015).

O projeto de intervenção realizado, que será explanado mais adiante neste documento, vai ao encontro dos últimos dois pilares citados pelo PNSD, dando também ênfase às três primeiras estratégias prioritárias da ENQS.

Em suma, os termos segurança e qualidade estão intimamente ligados, visto que a segurança é fundamental para cuidados prestados de qualidade sendo elementar para gerar confiança por parte da pessoa relativamente aos profissionais de saúde. Para alcançar este objetivo é crucial que os enfermeiros adotem os padrões de qualidade como referência primária na sua prática profissional, enquanto as instituições de saúde devem implementar sistemas e projetos de melhoria contínua.

Por último, de forma a concluir este enquadramento conceptual, iremos explicar a temática do transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica.

1.3. O TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Atendido às características da PSC, por vezes é necessário utilizar-se o transporte da pessoa de forma a assegurar “meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018a, p.19362). O enfermeiro durante o transporte é responsável pela pessoa visto que tem um conjunto de intervenções autónomas e interdependentes que são da sua total responsabilidade, devendo ter como base as suas qualificações profissionais, apoiando-se nos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem tanto para o enfermeiro generalista como para o especialista. Os cuidados de Enfermagem prestados à PSC são de extrema importância devendo ser realizada uma avaliação diagnóstica aprofundada e uma monitorização constante de modo a que seja possível antecipar ou detetar complicações precocemente, garantindo uma intervenção precisa, eficaz e oportuna. Assim sendo, o transporte da PSC é um evento que acarreta imensos riscos e complicações devendo estas serem antecipadas considerando que durante o transporte o nível de cuidados deve ser idêntico ou até superior àqueles que lhe eram prestados no seu serviço de origem (Mesa do Colégio de

Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica [MCEEMC], 2017a; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2020).

O transporte da PSC divide-se consoante a sua tipologia, podendo ser definido como transporte primário, transporte secundário e transporte intra-hospitalar. O **transporte primário** é aquele que é realizado em meio extra-hospitalar, sendo o destino da pessoa uma unidade de saúde, estando assegurado por recursos de Emergência Médica. O **transporte secundário** ou **transporte intra-hospitalar** é aquele que inclui a transferência entre diferentes unidades hospitalares, sendo que a principal razão para a sua realização é a ausência de recursos, quer humanos quer técnicos, na unidade de origem de forma a ser possível realizar o tratamento adequado. Este tipo de transporte apresenta grandes riscos visto que, para além de existir o risco clínico, ainda existe o risco da deslocação devido ao processo de aceleração-desaceleração e ao risco de colisão. Por fim, o **transporte intra-hospitalar** envolve aquele que é realizado dentro de uma determinada unidade de saúde, envolvendo de forma idêntica ao anterior diversos riscos associados (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [OM & SPCI], 2023).

Como referido anteriormente, o transporte intra-hospitalar é aquele que é realizado dentro da própria instituição, com o objetivo da pessoa realizar determinados meios complementares de diagnóstico e terapêutica [MCDT] ou de ser transferido para uma unidade específica de forma a garantir a manutenção dos cuidados, como por exemplo para uma UCI ou para um Bloco Operatório. Este transporte deverá ser realizado de forma a garantir o mesmo nível de cuidados a que a pessoa estaria a ser submetida no seu serviço de origem (Hu et al., 2021; OM & SPCI, 2023).

Durante este transporte, o estado de saúde da pessoa pode deteriorar-se, agravando a sua condição clínica e aumentando assim o risco de ocorrência de eventos adversos. No entanto, estes eventos podem ser evitáveis se o enfermeiro tiver a capacidade de antecipadamente identificar áreas de instabilidade, garantindo desse modo a qualidade dos cuidados prestados durante o transporte. Diversos autores concordam que qualquer tipo de transporte que envolva a PSC representa grandes riscos, tendo em conta que ficam bastante expostos a eventos adversos durante todo o processo. Desse modo, Anderson et al. (2022) define evento adverso como “incidentes que causam dano aos pacientes” (p.2) (An et al., 2022; Bergman et al., 2018; Hu et al., 2021; Sharafi et al., 2020; Song et al., 2022; Williams et al., 2019; Zhang et al., 2022).

Os estudos mais recentes apontam para uma elevada ocorrência de eventos adversos durante o transporte intra-hospitalar da PSC, apresentando uma percentagem de cerca de 79% de incidentes críticos. Bergman et al. (2018) define incidente crítico como “um evento significativo ou

importante onde a(s) pessoa(s) envolvida(s) pode(m) fazer um impacto positivo ou negativo que o incidente tem no resultado da situação”¹⁴ (p.2) (Hu et al., 2021; Zhang et al., 2022).

Os incidentes críticos mais frequentes são aqueles que estão relacionados às alterações fisiológicas da pessoa, nomeadamente a hipotensão arterial severa, a diminuição do estado de consciência tendo como base a Escala de Coma de Glasgow e a paragem cardiorrespiratória [PCR]. Hu et al. (2021), no seu estudo, verificou que cerca de 40% dos enfermeiros entrevistados participaram em transportes intra-hospitalares onde ocorreu uma PCR (An et al., 2022).

Em segundo lugar, estão os incidentes relacionados com a falha de equipamentos ou de dispositivos médicos, como a deslocação ou a exteriorização de tubos orotraqueais ou sondas nasogástricas. Por último, a falha da fonte de oxigénio e da autonomia dos monitores de transporte asseguram o terceiro pódio, sendo responsabilidade do enfermeiro o cálculo estimado da quantidade de oxigénio necessário para o transporte assim como assegurar a autonomia de todos os equipamentos necessários ao mesmo (An et al., 2022; Hu et al., 2021).

O transporte da PSC, independentemente da sua tipologia, apresenta três fases: a **decisão**, o **planeamento** e a **efetivação**. A fase da **decisão** é considerada um ato médico, visto que cabe à equipa médica a total responsabilidade em decidir se a pessoa apresenta critérios para ser transferida para outra instituição ou para outro serviço dentro da mesma instituição. Esta decisão deve ser deliberada entre o médico responsável pela pessoa, o diretor de serviço, o chefe de equipa e o médico que ficará responsável pela pessoa no serviço de destino, devendo esta equipa ter em consideração todos riscos inerentes ao transporte, calculando o risco-benefício para a pessoa (OM & SPCI, 2023).

A fase do **planeamento** é talvez a mais importante das três fases do transporte da PSC, sendo da inteira responsabilidade do médico e do enfermeiro. Esta fase deve ter em conta sete aspetos importantes: “Coordenação, Comunicação, Estabilização, Equipa, Equipamento, Transporte e Documentação” (OM & SPCI, 2023, p.12).

Após a tomada de decisão, por parte da equipa médica, em transportar a pessoa para outro serviço clínico, no caso do transporte intra-hospitalar, a mesma equipa deve selecionar e comunicar com o serviço de destino sobre a necessidade de transporte, considerando o trajeto percorrido e o tempo estimado do mesmo. Com este contacto prévio, inserido numa boa conduta

¹⁴ Traduzido da citação em Inglês: “a significant or importante event where the person(s) involved can make a judgement about the positive or negative impact the incidente has on the outcome of the situation” (Bergman et al., 2018, p.2)

ética clínica, deve perceber-se se o serviço de destino já se encontra preparado para receber a pessoa, quer seja num serviço de internamento ou num serviço de MCDT (OM & SPCI, 2023).

De seguida, a escolha da equipa deverá ser determinada através do preenchimento conjunto entre o médico e o enfermeiro da escala “Avaliação para o transporte intra-hospitalar” (ANEXO 1) proposta pela OM e pela SPCI. Este preenchimento irá determinar um *score*, indicando a necessidade de recursos humanos a acompanhar a pessoa durante o transporte intra-hospitalar. No caso de haver necessidade de acompanhamento por médico e enfermeiro, o médico responsável pela pessoa deve assegurar o transporte à semelhança do enfermeiro. No entanto, a OM & SPCI (2023) sugere nas suas recomendações para o transporte da PSC que o enfermeiro deverá ter “experiência em Suporte Avançado de Vida e com treino em transporte de doentes críticos” (OM & SPCI, 2023, p. 19), acrescentando a OE que, de preferência, o enfermeiro a realizar o acompanhamento deste transporte deve ser enfermeiro especialista em EMC na área da PSC (MCEEMC, 2017a).

Nesta etapa é importante ainda a seleção dos meios de monitorização apropriados, estabelecer os objetivos fisiológicos para a pessoa, escolher os equipamentos e as terapêuticas necessárias e prevenir possíveis complicações. Segundo as recomendações da OM e da SPCI, o equipamento necessário a acompanhar a pessoa durante o transporte intra-hospitalar são:

- “Monitor/ desfibrilhador de transporte com alarmes” (OM & SPCI, 2023, p. 19);
- Material de via aérea avançada, como tubos orotraqueais e insuflador manual (OM & SPCI, 2023);
- “Ventilador de transporte com possibilidade de monitorização do volume/minuto e da pressão da via aérea” (OM & SPCI, 2023, p. 19);
- “Fonte de oxigénio de capacidade previsível para todo o tempo do transporte, com reserva adicional de 30 minutos” (OM & SPCI, 2023, p. 19). Para tal, o enfermeiro deverá ter em consideração o cálculo da necessidade estimada de oxigénio através da fórmula $O_2 \text{ necessário} = [(20 + V_{\text{min}}) \times FiO_2 \times \text{tempo de transporte em minutos}] \times 50\%$ (OM & SPCI, 2023);
- “Seringas ou bombas infusoras com bateria” (OM & SPCI, 2023, p. 19);
- “Medicações adicionais que possam ser administradas” (OM & SPCI, 2023, p. 19).

No transporte intra-hospitalar, não havendo possibilidade de carga elétrica como é no caso do transporte inter-hospitalar devido à energia das ambulância, sugere-se a disponibilidade de um

aspirador de secreções num tempo estimado de cerca de quatro minutos. Para além disso, a presença de uma mala de transporte de forma a garantir a disponibilidade de material necessário também está indicada para este tipo de transporte (OM & SPCI, 2023).

No transporte intra-hospitalar da PSC com necessidade de acompanhamento de médico e enfermeiro é imprescindível uma monitorização contínua com avaliação de frequência respiratória, oximetria de pulso, frequência cardíaca, ritmo cardíaco, pressão arterial, pressão da via aérea e capnografia (OM & SPCI, 2023).

Por fim, a equipa deverá ter toda a documentação necessária para acampanhar a pessoa no caso do serviço de destino ser um internamento, nomeadamente o processo clínico. O familiar de referência também deverá ser avisado da transferência da pessoa pelo enfermeiro ou médico responsável (OM & SPCI, 2023).

A última fase do processo do transporte da PSC é a **efetivação**, fase esta que se inicia após o planeamento, cessando apenas quando ocorre a passagem de informação da pessoa à equipa do serviço de destino. Quando a pessoa é transportada internamente para a realização MCDT, o processo de transporte só termina após o retorno da pessoa ao seu serviço de origem (OM & SPCI, 2023).

Esta passagem de informação deverá se realizada, preferencialmente, entre pares, utilizando-se idealmente modelos de transmissão de comunicação, como a preconizada pela DGS – a técnica ISBAR [Identificação; Situação Atual; *Backgroud*; Avaliação; Recomendações]. Este método é um facilitador de comunicação entre equipas, independentemente da sua área, sendo crucial para garantir a segurança da pessoa durante a transição de cuidados (Direção Geral da Saúde, 2017a; OM & SPCI, 2023).

De uma maneira geral, todos os eventos adversos podem ser prevenidos, sendo responsabilidade do enfermeiro evitar a sua ocorrência através de uma avaliação precisa e de uma preparação adequada. É essencial que o enfermeiro desenvolva uma sensibilidade e uma habilidade para identificar possíveis focos de instabilidade, permitindo a prevenção de incidentes críticos. Desse modo, vários autores identificaram estratégias facilitadoras que os enfermeiros devem adotar para diminuir os eventos adversos, nomeadamente a formação contínua e utilização de listas de verificação inseridas em procedimentos internos (An et al., 2022; Bergman et al., 2018; Hu et al., 2021; OM & SPCI, 2023; Sharafi et al., 2020; Song et al., 2022; Williams et al., 2019; Zhang et al., 2022).

As listas de verificação foram amplamente bem recebidas pelos enfermeiros, visto que proporcionam uma padronização de processos, incentivando a aplicação de práticas baseadas em evidências, contribuindo assim para uma minimização de erros. Williams et al. (2019) ainda verificou que a comunicação entre equipes melhorou substancialmente com a utilização destas listas, apurando ainda a redução da incidência de eventos adversos melhorando a segurança da pessoa, capacitando a equipe para a realização de um transporte com maior eficácia (An et al., 2022; Song et al., 2022; Zhang et al., 2022).

Após o desenvolvimento do enquadramento conceitual, iremos realizar uma contextualização relativamente aos contextos clínicos onde foram inseridos os estágios realizados no âmbito deste 7º Mestrado, complementando com as atividades desenvolvidas em cada contexto.

2. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

Durante a realização do Mestrado foram realizados dois estágios curriculares no contexto da área da PSC. O primeiro estágio, inserido no primeiro ano do Mestrado, foi executado numa UCI de um Hospital Distrital de Grupo I, enquanto que o estágio final foi realizado num Serviço de Urgência [SU] Polivalente de um Hospital Central de Grupo III. Inserido no estágio final, foi desenvolvido um projeto de intervenção em serviço que será relatado no “Capítulo 3” deste documento.

No presente capítulo iremos fazer uma descrição de ambos os contextos de estágio, realizando um caraterização do serviço quanto à sua etiologia, aos seus recursos humanos e ao seu espaço físico. Por último, iremos relatar as atividades desenvolvidas nos dois campos de estágio.

2.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O primeiro estágio curricular, denominado de “Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica”, foi realizado numa UCI Polivalente de um Hospital Distrital de Grupo I. Esta tipologia hospitalar atua perante uma área de influência direta de cerca de 75.000 a 500.000 habitantes, envolvendo “valências médicas e cirúrgicas de medicina interna, neurologia, pediatria médica, psiquiatria, cirurgia geral, ginecologia, ortopedia, anestesiologia, radiologia, patologia clínica, imunohemoterapia e medicina física e de reabilitação” (Ministério da Saúde [MS], 2014a, p.2365). Para além destas especialidades, este grupo hospitalar ainda poderá ter outras valências como “oftalmologia, otorrinolaringologia, pneumologia, cardiologia, gastroenterologia, hematologia clínica, oncologia médica, radioterapia, infeciologia, nefrologia” (MS, 2014a, p.2365), entre outras.

Uma UCI é definida como um “espaço em que se concentram os meios humanos e técnicos necessários à monitorização e tratamento dos doentes com falência de órgão eminente ou estabelecida, potencialmente reversível” (Penedo et al., 2016, p.61) podendo ser caracterizada consoante o seu nível. As unidades de nível I, ou por vezes denominadas por Unidades de Cuidados Intermédios, são aquelas em que existe a necessidade apenas de monitorização, geralmente não invasiva, e que devem ser capacitadas de forma a garantir meios de reanimação. As unidades de nível II devem ser capacitadas de “monitorização invasiva e de suporte de funções vitais” (Penedo et al., 2016, p.58), podendo por vezes não estarem disponíveis MCDT e algumas valências médico-cirúrgicas, devendo nesse caso garantir um apoio com as UCI’s de nível III. Por último, as unidades de nível III ou Unidades de Medicina Intensiva, possuem uma extensa variedade de recursos de monitorização, diagnóstico e tratamento, contando com a presença interrupta de um médico

intensivista durante 24 horas por dia. Assim sendo, o estágio realizado foi executado numa UCI polivalente de nível III, visto que tem a capacidade de internamento nas mais variadas especialidades médico-cirúrgicas (Penedo et al., 2016).

Esta UCI encontra-se localizada no segundo piso de um Hospital Distrital, junto do Bloco Operatório e da Unidade de Cuidados Intermédios, sendo dividido por duas áreas distintas: uma área para trabalho administrativo e outra dedicada à prestação de cuidados.

Na primeira área, localizada à entrada da UCI, encontram-se diversos espaços, nomeadamente: uma área administrativa para o secretariado; salas destinadas para visitantes e reuniões; vestiários distintos para senhores e senhoras e ainda um misto; uma sala de armazenamento de fardamento clínico; uma área para o lixo e outra para armazenamento de material; uma sala de equipamentos; uma copa destinada aos profissionais de saúde do serviço; gabinetes individuais para a enfermeira chefe e para o diretor de serviço; e por último, dois consultórios médicos. Esta área ainda apresenta uma *suíte* para o médico que se encontra a fazer noite na UCI.

A área da prestação de cuidados dispõe de duas entradas distintas, sendo uma destinada à transferência da pessoa, equipada com uma balança para pesagem da pessoa em maca, e outra para entrada e saída dos profissionais de saúde com disponibilidade de um lavatório para lavagem e desinfeção de mãos. Esta UCI é composta por oito unidades individuais, cada uma delas contendo uma unidade funcional e de monitorização independente. Cada unidade ou *box* inclui um ventilador, um monitor onde é possível avaliar frequência cardíaca com ritmo cardíaco, pressão arterial, pressão venosa central, saturações periféricas de oxigénio, capnografia e temperatura corporal, um aspirador de secreções, seringas e bombas infusoras, um computador para registos, uma mesa de apoio e uma cama articulada. Das oito camas disponíveis, duas delas estão localizadas em quartos de isolamento de pressão negativa, equipados com câmeras de acesso à sua entrada com lavatório disponível.

Esta área ainda inclui diversas salas de apoio às *boxes* em utilização, nomeadamente dois armazéns para material clínico, uma sala de sujos e outra de limpos, uma sala para equipamentos onde são armazenados os ventiladores e máquinas para técnicas dialíticas que não se encontram em utilização e uma casa de banho para os profissionais de saúde.

A área onde estão localizadas as seis camas, excluindo os quartos de isolamento, encontra-se disposta em *open space*, conforme o recomendado pela Administração Central do Sistema de Saúde. Esta disposição facilita uma melhor vigilância contínua às pessoas internadas, havendo o inconveniente de não assegurar a privacidade de cada pessoa, sendo necessário o recurso a cortinas

higienizáveis para o permitir. Esta área ainda inclui uma bancada de trabalho para preparação de terapêutica e outra bancada com computadores para registos médicos e/ou de enfermagem e um monitor onde é transmitida a monitorização contínua de cada pessoa. O carro de emergência encontra-se posicionado no centro deste espaço de forma a garantir uma facilidade de acesso a cada *box* (Administração Central do Sistema de Saúde, 2024).

Equipa de Enfermagem:

A equipa de enfermagem é composta por vinte e oito enfermeiros, sendo que vinte e quatro destes trabalham por horário rotativo. Por motivos de flexibilidade de horário, duas enfermeiras não fazem o turno da noite, estando apenas escaladas aos turnos da manhã e da tarde. Uma enfermeira encontra-se em licença de amamentação, fazendo unicamente o turno da manhã entrando uma hora mais tarde e saindo uma hora mais cedo e outra trabalha neste serviço apenas a meio tempo. A enfermeira chefe tem horário fixo, laborando apenas nos turnos da manhã em dias úteis.

No que diz respeito à composição da equipa de enfermagem, quanto à sua categoria profissional esta inclui onze enfermeiros de cuidados gerais, quatro enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação e treze enfermeiros especialistas em EMC, sendo que a enfermeira chefe também possui especialização nesta área. Fazendo alusão ao Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, onde está preconizado a presença de 50% de enfermeiros especialistas em EMC, a equipa encontra-se em conformidade com a mesma uma vez que cerca de 46% da equipa possui essa especialidade. Em contrapartida, relativamente aos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação a norma não é cumprida, visto que as recomendações são a presença 12 horas por 5 pessoas internadas em UCI em todos os dias úteis e o serviço não permite a dispensa dos enfermeiros com esta categoria profissional uma vez que são necessários para a prestação de cuidados (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019b).

Relativamente aos rácios diários, o número de enfermeiros envolvidos na prestação de cuidados é consistente independentemente do turno, sendo quatro enfermeiros por turno. Desse modo, a relação de enfermeiro/pessoa é de um enfermeiro para duas pessoas, números esses que não se encontram em conformidade com as dotações seguras. De acordo com a norma, a proporção ideal seria uma pessoa por enfermeiro uma vez que esta unidade é categorizada como sendo de nível III (OE, 2019b).

2.1.1. Atividades desenvolvidas durante o estágio na Unidade de Cuidados Intensivos de um Hospital Distrital

O estágio desenvolvido na UCI iniciou-se no dia 22 de maio de 2023, decorrendo durante seis semanas, ou seja, até dia 30 de junho de 2023, com um total de 144 horas de contacto. Este estágio curricular foi realizado sob supervisão pedagógica da Professora Doutora Alice Ruivo e supervisão clínica de dois enfermeiros especialistas em EMC. Este estágio surgiu como uma grande oportunidade de aprendizagem no que diz respeito ao cuidar a PSC. Desta forma, definimos um conjunto de objetivos e atividades a desenvolver de modo a adquirirmos competências comuns e específicas enquanto enfermeiro especialista em EMC na área da PSC (APÊNDICE 1).

No primeiro dia de estágio reunimos com a enfermeira chefe onde expusemos os objetivos da unidade curricular de forma a objetivar as atividades pretendidas para a aquisição de competências enquanto futuros enfermeiros especialistas em EMC na área da PSC. Ainda nesta reunião foram definidos os supervisores clínicos que nos acompanhariam durante todo o estágio, assim como a apresentação do serviço.

Os primeiros três turnos serviram essencialmente para conhecermos o serviço, a equipa e toda a sua dinâmica, sendo os restantes turnos mais dinâmicos permitindo o contacto direto na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à PSC e à sua família.

A enfermeira chefe ou, na sua ausência, o enfermeiro especialista mais antigo do serviço, supervisionam o serviço. Esta supervisão inclui atividades como a distribuição dos enfermeiros, a gestão do *stock* de material clínico e farmacêutico e o registo de falhas e/ou irregularidades dos equipamentos. Para além disso, nos turnos da tarde e da noite ainda fica um enfermeiro responsável pelo serviço, de preferência com especialização em alguma área de Enfermagem.

Nas primeiras semanas do estágio consultámos toda a documentação e normas existentes no serviço relacionados com a prestação de cuidados à PSC, nomeadamente o plano de catástrofe interna e externa, o protocolo para o teste de respiração espontânea em pessoas entubadas e ventiladas, as normas dos feixes de intervenção para a prevenção de infeção, entre outros.

Durante este estágio participámos ativamente em todas as atividades que nos foi possível verificar, aproveitando ao máximo a recolha de conhecimentos. O processo de admissão de pessoas provenientes de outros serviços, como o Serviço de Urgência e Bloco Operatório, foi um dos momentos que considerámos mais importantes no que toca ao estabelecimento de uma relação empática com a pessoa e com a família, visto que as características de uma UCI possam ser um fator de incerteza e de *stress* para estes. Assim, considerámos a necessidade de desmistificar um

pouco estas perceções, sendo nosso objetivo realizar um acolhimento às famílias, acompanhando-as durante as visitas e esclarecendo qualquer dúvida ou questão relativamente ao estado de saúde da pessoa, oferecendo apoio emocional sempre que necessário. Este estágio permitiu realizarmos, de forma diária, uma reflexão relativamente à humanização dos cuidados prestados.

Neste estágio foi possível colaborarmos em diversas técnicas como a entubação orotraqueal com necessidade de ventilação mecânica invasiva, a colocação de catéteres venosos centrais e de linhas arteriais, a adaptação de uma pessoa a uma técnica dialítica e, ainda, na realização de uma traqueostomia. Durante estas técnicas, considerámos muito importante o controlo de infeção, tendo sempre por base o feixe de intervenção ao controlo de infeção à pneumonia associada à ventilação e à corrente sanguínea. Estas técnicas também comportam outro tipo de riscos para a pessoa, sendo necessária uma vigilância ativa e um estado de alerta para prováveis complicações.

Atendendo à tipologia desta UCI, todas as pessoas carecem de monitorização contínua de todos os sinais vitais, sendo os mesmos registados de hora a hora, ou sempre que se justifique. A necessidade de linha arterial também é tida em consideração devido à maior precisão na avaliação da pressão arterial e na necessidade de realização de gasometrias arteriais frequentes, principalmente em pessoas ventiladas.

Este estágio baseou-se, principalmente, na discussão e na reflexão crítica sobre cada pessoa internada, visto que analisávamos junto do enfermeiro orientador a situação clínica de cada uma, permitindo dessa forma criar uma linha de pensamento crítico baseado em evidências. Com base nesta reflexão, surgiu a oportunidade de realizarmos uma formação em serviço com a temática “Cuidados Pós-reanimação” (APÊNDICE 2), visto que identificámos ser importante a partilha de conhecimentos sobre este tema por se considerar uma necessidade formativa para a equipa de enfermagem.

No decorrer deste estágio também foi possível realizarmos registos de enfermagem utilizando o método ISBAR e a avaliação ABCDE [*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposition*] utilizando um sistema de informação e comunicação denominado *B-Simple – PatientCare®*.

O transporte intra-hospitalar da PSC na UCI era da total responsabilidade do enfermeiro responsável pela pessoa no que diz respeito à preparação da mesma e do material. Desse modo, foi possível agilizarmos o transporte junto do enfermeiro orientador, considerando a necessidade de uma norma e/ou procedimento interno para uniformizar este processo. Devido ao curto espaço de tempo do estágio curricular não foi possível desenvolver esse procedimento, tendo sido sugerido aos enfermeiros orientadores o seu desenvolvimento numa oportunidade futura.

No decorrer do estágio participámos de forma ativa na gestão de fármacos administrados em bólus ou em perfusão, como no caso de vasopressores, sedativos, opióides, entre outros, garantindo a sua eficácia e considerando cuidadosamente os seus potenciais eventos adversos, incompatibilidades terapêuticas e contraindicações. Neste seguimento, colocámos em prática a utilização de diversos protocolos de terapêutica instituídos na UCI, como para administração de antipiréticos ou de insulina e para reposição volémica e/ou de eletrólitos.

Uma das situações que considerámos mais desafiantes durante o estágio foi a questão da comunicação, visto que a maioria das pessoas internadas em UCI se encontram entubadas e ventiladas. Assim sendo, esta dificuldade permitiu-nos desenvolver estratégias de comunicação não verbal, como o olhar, o toque e o aperto de mão.

Por fim, consideramos que este estágio representou uma valiosa oportunidade para desenvolver competências comuns e específicas enquanto futuro enfermeiro especialista em EMC na área da PSC e Mestre em Enfermagem.

2.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA

O estágio final do Mestrado em EMC na área da PSC foi realizado num Serviço de Urgência de um Hospital Central ou de Grupo III. Um hospital de Grupo III deve prestar assistência à sua “área de influência direta e indireta” (MS, 2014a, p.2365) devendo abranger “todas as especialidades médicas e cirúrgicas” (MS, 2014a, p.2365) existentes.

Os Serviços de Urgência podem ser caracterizados por três níveis: os Serviços de Urgência Básico [SUB], os Serviços de Urgência Médico-Cirúrgico [SUMC] e os SUP. Os SUB, que se encontram mais próximos das comunidades, representam o primeiro contacto de urgência, servindo como primeira linha para situações de urgências mais simples e comuns. A localização dos SUB é realizada de forma estratégica, garantindo que o tempo de acesso a um SU de nível superior não ultrapasse os 60 minutos (Ministério da Saúde [MS], 2014b).

Os SUMC representam o segundo nível de atendimento a situações de urgência e emergência, estando localizados de forma a não exceder uma hora de outro SUMC ou SUP. Nos SUMC é crucial assegurar condições adequadas para avaliação, estabilização e transporte da pessoa, sendo obrigatória a existência de diversas especialidades médicas nomeadamente Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Imuno-Hemoterapia, Bloco Operatório, Imagiologia e Patologia Clínica devendo ter apoio de outras especialidades Médico-Cirúrgicas como Cardiologia, Obstetrícia, Urologia, Nefrologia, entre outras (MS, 2014b).

Os SUP, localizados sempre em Hospitais Centrais ou Centros Hospitalares, são o nível mais diferenciado dos SU, visto que dão resposta às mais variadas valências existentes como, para além das já referidas para o SUMC, Neurocirurgia, Imagiologia com Angiografia, Cardiologia de Intervenção, Pneumologia, Gastrenterologia, Cirurgia Vascular, Cardiorácica, Maxilofacial, Plástica e Medicina Intensiva. Segundo o Despacho nº 10319/2014, este nível deve ter integrado um Veículo Médico de Emergência e Reanimação [VMER], onde a sua equipa, para além da área pré-hospitalar, também é prestadora de cuidados na unidade hospitalar, no entanto neste meio o nível da operacionalização é da total responsabilidade do Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM]. Este nível de SU deve deter um centro de formação na área da urgência e emergência acreditado por este instituto. Assim sendo, o estágio final foi realizado num SUP (MS, 2014b).

Devido à sua grande área de influência, este SU apresenta um elevado número de episódios de urgência, verificando-se no ano de 2023 um total de 148.912 episódios, sendo que cerca de 83% foram considerados situações urgentes e apenas 17% situações não urgentes, valores estes que não correspondem à perspetiva geral nacional onde apenas 56% dos episódios são urgentes e 44% não urgentes, considerando um total de 6.225.139 episódios de urgência a nível nacional. A definição de urgente e não urgente surgiu através do Despacho nº 19124/2005 onde, devido à grande sobrecarga destes serviços em episódios não urgentes sem necessidade de cuidados hospitalares, houve a necessidade de se introduzir no SNS o protocolo de triagem de *Manchester* de forma a apoiar a decisão clínica de triagem das pessoas nos SU (Ministério da Saúde, 2005; Sistema Nacional de Saúde [SNS], 2024a).

O Sistema de Triagem de *Manchester* foi criado no ano de 1994 com o objetivo de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros nos SU, estabelecendo diretrizes baseadas no risco clínico. Este método oferece uma probabilidade clínica com base na identificação de problemas, não oferecendo um diagnóstico definitivo. Essa identificação é realizada a partir da queixa relatada pela pessoa, descrevendo apenas sinais e sintomas que manifesta. Como resultado, foram desenvolvidos cinquenta fluxogramas com base nas queixas mais frequentes que geralmente ocupam as situações mais encontradas nos SU (Grupo Português de Triagem [GPT], 2024).

Após o preenchimento de cada fluxograma será atribuída uma prioridade clínica que é dividida em cinco níveis: a prioridade “emergente”, correspondente à cor vermelha, onde é requerido uma intervenção imediata; a prioridade “muito urgente” (cor laranja), em que a primeira avaliação médica deve ocorrer dentro de 10 minutos; a prioridade “urgente” (cor amarela), na qual a pessoa necessita de um atedimento rápido mas que pode aguardar até 60 minutos; a prioridade “pouco

urgente” (cor verde), onde a pessoa pode esperar até 120 minutos, podendo mesmo aguardar atendimento ou ser referenciada para outra unidade de saúde menos diferenciada; e prioridade “não urgente” (cor azul), em que a pessoa pode aguardar até 240 minutos. Além das prioridades por cores, há também a prioridade branca, que pode ser atribuída por razões administrativas, quando a pessoa é transferida de outro hospital ou por razões médicas, quando a pessoa é encaminhada pelo médico sem apresentar qualquer situação aguda ou de urgência. No SUP onde realizámos o estágio final, identificámos que no ano de 2023 a maioria dos episódios de urgência eram de prioridade urgente, representando 63,64% das idas ao SU, seguindo-se a prioridade muito urgente com 17,64% (GPT, 2024; SNS, 2024).

De forma a qualificar os SU, a DGS (2018a) desenvolveu quatro indicadores de qualidade que devem ser monitorizados de forma contínua: a demora média para a pessoa ser triada; o tempo médio entre a triagem e a primeira observação médica por prioridade clínica; o número de óbitos até à primeira observação clínica; e o tempo médio de permanência no SU. Com base nos dados recolhidos relativamente ao ano 2023 e trabalhando o segundo indicador de qualidade, consideramos que o SUP onde foi realizado o estágio final não cumpre os tempos médios nas situações mais urgentes, visto que na prioridade emergente a média é cerca de 19 minutos e na prioridade muito urgente é de 23 minutos. Relativamente à prioridade urgente, esta encontra-se em *borderline* uma vez que o tempo médio de espera até à primeira observação é de 64 minutos. Em contrapartida, nas prioridades não urgentes são cumpridos os *timings* recomendados pela Triagem de *Manchester*, apresentando a prioridade pouco urgente uma média de 91 minutos e a não urgente de 136 minutos (SNS, 2024).

Por último, e refletindo sobre o quarto indicador de qualidade – tempo médio de permanência no SU – a DGS recomenda a permanência nestes serviço por um tempo inferior a 6 horas ou 360 minutos, tempo esse que segundo o Portal do SNS é ultrapassado na maioria das prioridades, excluindo apenas a prioridade pouco urgente. Os episódios de urgência que permanecem mais tempo no SUP onde foi realizado o nosso estágio correspondem àqueles em que a prioridade é muito urgente apresentando uma média de 710 minutos, isto é, aproximadamente 12 horas, tempo este que é o dobro do recomendável (SNS, 2014).

Durante o período em que realizámos o estágio final, este SUP encontrava-se em obras para ampliação do espaço, havendo a necessidade de utilização de outras zonas fora da área do serviço de forma a conseguir-se dar resposta a todas as valências médicas. Por esse motivo, neste

documento iremos realizar a descrição do espaço físico com base no espaço que conhecemos durante o estágio.

O SUP fica localizado no piso -1 do Hospital Central, ficando no mesmo piso do Serviço de Imagiologia e da Unidade de Hemodinâmica com Angiografia de Intervenção e Trombectomia. A entrada do serviço tem um abrigo exterior para chegada de ambulâncias e automóveis, conforme é recomendado pela Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. A entrada do SUP apresenta um espaço aberto onde é possível a pessoa aguardar enquanto espera pela chamada ao gabinete de triagem. Nessa mesma zona ainda se encontra um balcão de admissão onde se realizam a abertura e o encerramento dos episódios de urgência (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

Este SUP apresenta três gabinetes de triagem, sendo um mais destinado a pessoas com necessidade de maca e os outros dois para pessoas que deambulam pelo próprio pé ou com auxílio de cadeiras de rodas. Cada gabinete tem uma secretária com um computador, um monitor para avaliação de sinais vitais, uma máquina para avaliação de glicémia capilar e um termómetro timpânico. Na área posterior dos gabinetes de triagem encontra-se uma zona para transferência de pessoas em maca, de forma a garantir a privacidade de cada um. Ainda neste área encontra-se um gabinete de informações onde está um enfermeiro. Após a realização da triagem, consoante a queixa da pessoa, a mesma é encaminhada para uma determinada área ou balcão, podendo ser conduzida para a Urgência Básica ou para a Urgência Específica. A Urgência Básica é composta pelos episódios pouco urgentes de Área Médica com necessidade de maca e urgentes sem especialidades médicas não atribuídas. As pessoas com prioridade pouco urgente que deambulam e não urgentes são encaminhadas para o Hospital Geral do Centro Hospitalar, sendo providenciado transporte para tal.

A Urgência Específica é composta por diversas áreas, sendo elas a Área Médica, a Área Cirúrgica, a Psiquiatria, a Ginecologia e a Ortopedia. A Área Médica localiza-se no “salão”, uma zona que se encontra no centro do SUP, dando apoio às especialidades de Medicina Interna, Cardiologia, Pneumologia, Gastrenterologia, Nefrologia, Endocrinologia e Hematologia. Este espaço está dividido por género, ou seja, existe uma zona para homens e outra para mulheres, sendo que no centro do salão encontram-se os balcões médicos das diversas especialidades. Relativamente à área, independentemente da zona para homens ou mulheres, existe um espaço para macas e outro para autónomos que deambulam ou que necessitam de apoio de cadeiras de

rodas, estando capacitado com rampas de oxigênio e monitores para monitorização. Existem ainda dois carros de emergência, cada um com um monitor/desfibrilhador.

Na proximidade do “salão” encontra-se a Área de Isolamento que tem capacidade para três boxes dando resposta a todas as especialidades médicas e cirúrgicas deste SUP. Esta área dá resposta na sua maioria a patologias infecciosas como *Clostridióides Difficile*, *Influenza A* ou *Corona Vírus*.

A Área Cirúrgica, durante o estágio, encontrava-se localizada em contentores no exterior do hospital, no entanto mantinha passagem interna pelo mesmo. Esta área integra especialidades como Cirurgia Geral, Vascular, Plástica, Maxilofacial, Neurocirurgia, Otorrinolaringologia e Urologia. Este espaço é uma *open space* com capacidade para macas e com disponibilidade de monitores e de rampas de oxigênio, no entanto apresenta três gabinetes para a especialidade de Urologia, de Otorrinolaringologia e de Pequena Cirurgia. Este balcão também é capacitado com um carro de emergência com monitor/desfibrilhador.

O balcão de Ortopedia situa-se perto da Urgência Básica tendo um gabinete médico e de enfermagem onde ainda é possível realizar técnicas ortopédicas. O balcão de Ginecologia e de Psiquiatria, durante a realização do estágio, encontravam-se fora da área do SUP, no entanto eram balcões assegurados pela equipa de enfermagem do serviço.

A Sala de Emergência, que dá apoio a todas as especialidades Médico-Cirúrgicas, tem como público-alvo a pessoa com risco iminente de vida devendo ser suportada por um conjunto de recursos “para avaliação, monitorização, correção de desequilíbrios fisiológicos e suporte de funções” (Ordem dos Médicos [OE], 2009, p.43), sendo o seu principal objetivo a estabilização da PSC. Segundo a indicação pela Ordem dos Médicos esta área deve ser aberta, devendo ter capacitação para realização de Suporte Avançado de Vida, monitorização contínua, estratégias de imobilização e imagiologia de apoio (OE, 2009).

Esta Sala de Emergência tem 7 boxes, cada uma funcionando como uma unidade funcional individual composta por uma maca articulada, um monitor de monitorização, uma mesa de apoio e uma rampa para administração de oxigênio e para aspiração. Esta área ainda possui quatro carros de emergência com o mesmo número de monitores/desfibrilhadores, seis ventiladores, uma caixa de via aérea difícil e um compressor automático externo.

O transporte inter-hospitalar da PSC é realizado por um dos enfermeiros que se encontram distribuídos à Sala de Emergência, enquanto que o transporte intra-hospitalar é da responsabilidade

do enfermeiro responsável pela pessoa, devendo sempre acompanhar-se por um monitor, uma mala de material necessário e um insuflador manual.

O SUP, onde realizámos o estágio final, ainda tem diversos serviços anexos que lhe dão apoio, nomeadamente o Serviço de Diálise, o Serviço de Técnicas de Gastrenterologia, a Imagiologia com Tomografia Axial Computorizada, a Unidade de Hemodinâmica com Angiografia de Intervenção e o Laboratório. Para além disso, este SUP ainda apresenta um Serviço de RX apenas para este serviço.

Este SUP ainda apresenta diversas salas de apoio aos profissionais de saúde, como por exemplo, vestiários, gabinetes médicos e de enfermagem, casas de banho, uma copa, salas de arrumos para armazenamento de consumo clínico e de equipamentos, salas de lixos, entre outros.

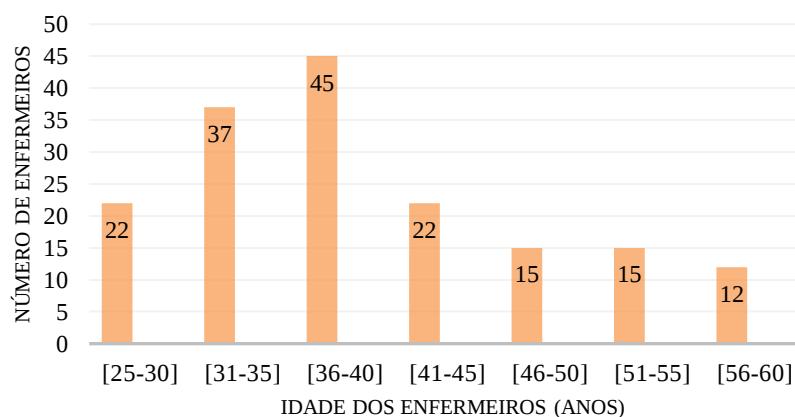
Equipa de Enfermagem:

Para a construção deste documento decidimos realizar uma caracterização da equipa de Enfermagem, tendo como base os dados já existentes no serviço. Para tal, considerámos diversos aspetos relativos a esta equipa, nomeadamente o género, a faixa etária, o tempo de experiência profissional e o tempo de serviço neste SUP, e ainda a participação em cursos que consideramos relevantes para este serviço.

A equipa de Enfermagem do SUP é composta por 168 enfermeiros, sendo que no período da realização do estágio se encontravam a laborar 158 devido a diversas questões como atestados por doença ou por maternidade. Relativamente ao género, esta equipa é composta maioritariamente por enfermeiras, ocupando uma percentagem de cerca de 70%.

Com base no gráfico 1, conseguimos apurar que a equipa é relativamente jovem, visto que a maioria se encontra entre os 25 e os 40 anos de idade, sendo que o grupo maior é a faixa etária compreendida entre os 36 e os 40 anos, representando um total de 45 enfermeiros.

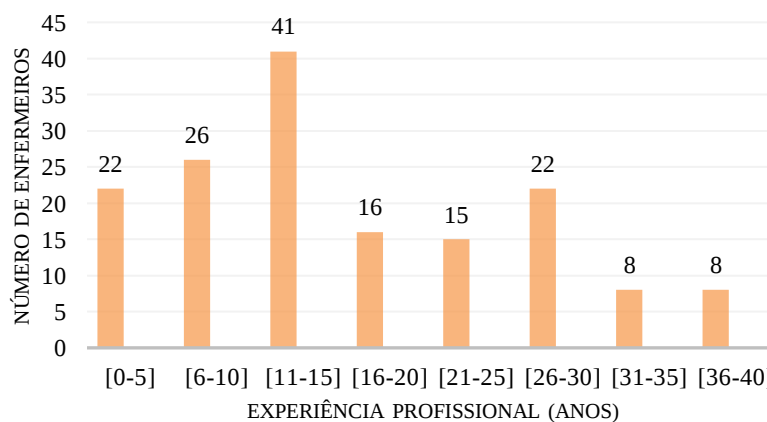
Gráfico nº 1 -Idade dos enfermeiros do SUP



Fonte: Base de dados do SUP

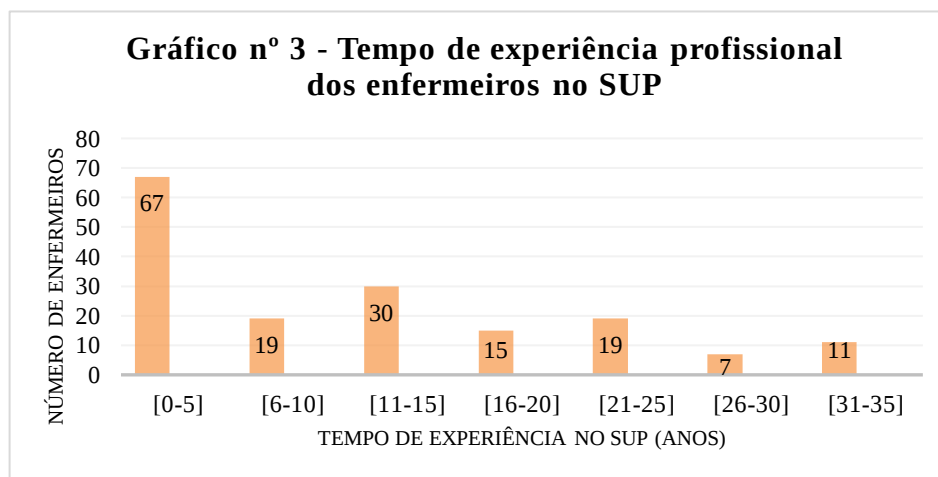
Relativamente ao tempo de experiência profissional e considerando o gráfico 2, a maioria da equipa apresenta um tempo de experiência profissional inferior a 15 anos, o que corresponde à faixa etária predominante.

Gráfico nº 2 - Tempo de experiência profissional dos enfermeiros



Fonte: Base de dados do SUP

O gráfico 3 representa o tempo de experiência profissional dos enfermeiros no SUP onde realizámos o estágio final, sendo possível considerar que a grande maioria dos enfermeiros trabalham naquele serviço a um tempo inferior a 5 anos, representando mesmo uma percentagem de cerca de 40% da equipa. Estes dados, em conjunto com os dados relativos ao tempo de experiência profissional, permitem concluir que a equipa de Enfermagem possui um número significativo de enfermeiros com pouca experiência profissional, tanto no âmbito da profissão como do serviço específico.



Fonte: Base de dados do SUP

Relativamente à formação académica da equipa de Enfermagem, toda a equipa é detentora de Licenciatura em Enfermagem, sendo apenas cerca de 29% da equipa titular de Mestrado. A equipa possui um número total de 68 enfermeiros especialistas, sendo 51 em EMC, 12 em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 3 em Enfermagem Comunitária, 1 em Enfermagem de Reabilitação e 1 em EMC e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Segundo o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, o recomendável é que cerca de 50% da equipa de Enfermagem seja especialista em EMC na área da PSC, rácios esses que não se verificam uma vez que a percentagem de enfermeiros nessa área específica é de 31%. (OE, 2019b).

No que diz respeito ao perfil formativo de uma equipa de Enfermagem de um SU, a Norma acima referida recomenda que pelo menos 50% da equipa seja portadora do Curso de Suporte Avançado de Vida, valor esse que se encontra em conformidade uma vez que toda a equipa é detentora desta formação. Para além deste curso, tentámos também perceber, com base nos dados já existentes no serviço, se a equipa tem outro tipo de cursos considerados necessários para trabalhar no SU, como o Curso de Transporte de Doente Crítico, o Curso de Triagem de *Manchester* e o Curso de Suporte Avançado em Trauma. À semelhança do Curso de Suporte Avançado de Vida, também toda a equipa tem o curso de Triagem, visto que este curso é uma necessidade para este serviço uma vez que o enfermeiro que se encontra no posto de triagem deve ter formação específica nesta área. Em contrapartida apenas 75% da equipa tem o Curso de Transporte de Doente Crítico, sendo que 80% da mesma acompanha a pessoa neste tipo de transporte e 80% tem formação em Suporte Avançado em Trauma (OE, 2019b).

Relativamente à distribuição da equipa de Enfermagem aos balcões ou áreas de trabalho, a enfermeira chefe ou o enfermeiro responsável tentam alocar sempre um enfermeiro especialista em cada área, sendo que estes devem assumir sempre as funções de responsável. Esta atitude vai ao encontro do Parecer nº 10/2017 da OE que refere que as equipas de Enfermagem dos SU devem ter “profissionais com competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica” (Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica [MCEEMC], 2017b, p.3) em que devem “ser estes a exercer funções de chefe de equipa” (MCEEMC, 2017b, p.3).

Posto isto, a distribuição da equipa de Enfermagem segue as recomendações do Parecer acima referido e do Manual de *Standards* de Unidades de Urgências e Emergências da DGS, abordando a necessidade de existir um instrumento de apoio que contemple as funções e as responsabilidades para cada posto de trabalho visando uma eficiência dos cuidados prestados. Assim sendo, os enfermeiros são escalados diariamente num determinado posto através da utilização de uma grelha específica. Habitualmente, são escalados por turno cerca de 33 enfermeiros de forma a cobrir as diferentes áreas de trabalho, sendo essa distribuição feita semanalmente pela enfermeira chefe do serviço. Na tabela nº 1 é possível verificar-se a distribuição dos enfermeiros por área de trabalho por turno (Direção Geral da Saúde [DGS], 2016).

Tabela nº 1 – Distribuição dos enfermeiros por turno

Turno		Manhã (8h-16h)	Tarde (16h-24h)	Noite (0h-8h)
Área do SUP				
Enfermeira chefe		1	-	-
1º elemento de Enfermagem		1	-	-
2º elemento de Enfermagem		1	-	-
Coordenador de turno		1	1	1
Triagem		3	3	1
Urgência Básica		1	1	1
Ortopedia		2	2	2
Área Médica	Responsável	1	1	1
	Balcão Mulheres	3	3	3
	Balcão Homens	3	3	3

Sala de Emergência	Responsável	1	1	1
	Emergência	3	3	3
	Transportes	1	1	-
Área Cirúrgica	Responsável	1	1	1
	Área Cirúrgica	4	4	4
	Urologia	1	1	1
Isolamento		1	1	1
Psiquiatria		2	2	1
Ginecologia		1	1	-
Gabinete de Informações		1	1	-

(Fonte: Base de dados do SUP)

Durante o estágio, foi possível denotarmos que cada balcão ou área de atuação de um SU possui as suas propriedades específicas. Deste modo, a prática de enfermagem neste contexto requer habilidades para avaliar informações, estabelecer diagnósticos e desenvolver planos de cuidados adaptados às necessidades individuais de cada um. De forma a facilitar o Processo de Enfermagem, é essencial que os serviços clínicos tenham acesso a sistemas de informação atualizados de forma a permitir uma melhor comunicação e troca de informação entre os profissionais de saúde. Assim sendo, os registos de enfermagem no SUP onde desenvolvemos o estágio são realizados na plataforma *SClínico*® (DGS, 2016; Sheehy, 2011).

2.2.1. Atividades desenvolvidas durante o estágio no Serviço de Urgência de um Hospital Central

Este estágio, desenvolvido no SUP, teve início o dia 11 de setembro de 2023 com término a 26 de janeiro de 2024, desenvolvendo-se num período de 18 semanas, totalizando 336 horas de contacto, sob supervisão pedagógica da Professora Doutora Alice Ruivo e supervisão clínica de dois enfermeiros especialistas em EMC na área da PSC.

A integração neste estágio à equipa e ao serviço foi facilitada devido à nossa experiência profissional, pelo motivo de já trabalharmos num SUMC à alguns anos. Desse modo, a dinâmica do serviço, o conhecimento sobre a atuação perante diversas situações de doença e a perspicácia para detetar focos de instabilidade já estavam intrinsecamente enraizados na nossa prática

profissional devido às características deste serviço. No entanto, a sua realização foi encarada como uma oportunidade de expandir conhecimentos e enfrentar novos desafios, com o intuito de aplicar a aprendizagem teórica prévia. Desta forma, aproveitámos essa oportunidade traçando objetivos e atividades a desenvolver durante o estágio, permitindo a aquisição de competências, tanto comuns como específicas, enquanto enfermeiro especialista em EMC na área da PSC (APÊNDICE 3).

No primeiro dia de estágio, reunimos com a enfermeira chefe do SUP de forma a dar conhecimentos dos objetivos pretendidos para este estágio e quais as atividades que pretendíamos desenvolver de forma a adquirir estas competências. Durante esta reunião, também foram designados os supervisores clínicos que seriam dois enfermeiros especialistas na área da PSC e que realizavam turnos de 12 horas. Após esta reunião ainda nos foi apresentado o serviço, incluindo todas as suas áreas de atuação e os circuitos para os serviços de apoio.

Durante os primeiros turnos, dedicámo-nos principalmente a familiarizámo-nos com o serviço, com a sua equipa e com a sua dinâmica, tentando ainda conhecer as normas e os protocolos já existentes de forma a nos orientarmos para promover uma prática segura e de qualidade. A documentação fornecida encontrava-se disponível em formato papel nas suas áreas de atuação ou em formato digital na página oficial do hospital, facilitando a sua utilização por parte de todos os profissionais de saúde.

A enfermeira chefe, em conjunto com duas enfermeiras (denominadas segundo e terceiro elemento), realizam a gestão do serviço como as escalas dos enfermeiros, a distribuição diária, a gestão do material clínico, entre outras atividades. Existe ainda um grupo de 13 enfermeiros denominados como “coordenadores de turno”, ficando escalados um por turno sendo da sua total responsabilidade a coordenação do turno onde se encontra, como por exemplo a mobilização de pessoal de enfermagem ou de assistentes operacionais, a gestão de recursos materiais como notificar avarias ou falhas de equipamentos, a gestão das altas, a gestão de conflitos, entre outros. Estes enfermeiros são especialistas, sendo 12 enfermeiros especialistas em EMC e 1 enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, como nos recomenda o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Durante este estágio foi possível realizar um turno de 12 horas com um enfermeiro coordenador de forma a compreender quais as suas atividades e a sua atuação.

A maioria dos turnos, durante o estágio, foram realizados na Sala de Emergência e na Área Médica, permitindo-nos também passar pelo gabinete de Triagem e pela Área Cirúrgica. Durante o nosso estágio na Sala de Emergência foi permitido prestar cuidados de enfermagem à PSC sendo

que a grande incidência na admissão nesta área são patologias como acidentes vasculares cerebrais [AVC], PCR's, enfartes agudos do miocárdio [EAM], disritmias cardíacas, queimaduras extensas, alterações do estado de consciência, insuficiências respiratórias, edemas agudos do pulmão, traumas, traumatismo crânio-encefálicos, intoxicações medicamentosas, cetoacidoses diabéticas, entre outras. A Sala de Emergência foi talvez a área onde foi permitido um contacto mais direto com a família, sendo uma zona mais controlada, havendo uma maior disponibilidade para prestar informações, ajudando deste modo a reduzir os níveis de incerteza.

De forma a dar uma resposta mais rápida e eficaz, este SUP tem protocoladas diversas Vias Verdes, nomeadamente a AVC, a sépsis, a coronária e a de trauma, sendo que todas elas se encontram implementadas e todos os circuitos estão muito bem definidos. O facto de este hospital ser um Hospital Central facilita bastante, uma vez que tem à sua total disposição o Serviço de Hemodinâmica com Angiografia de Intervenção e com Trombectomia, permitindo um melhor prognóstico para a pessoa. Durante o estágio foi-nos permitido ativar estas vias verdes, colaborando de forma eficiente e ativa também na sua abordagem.

Os registos de Enfermagem são realizados na plataforma informática *SClínico®*, tendo sido por nós a sua fácil adaptação, visto que trabalhamos diariamente com ela e no mesmo contexto. No entanto, consideramos que este sistema informático não é muito adaptável e prático em SU's, tornando a procura das pessoas no sistema um processo bastante demorado. O *SClínico®* foi inserido neste SUP à relativamente pouco tempo, motivo pelo qual os profissionais de saúde não estavam muito à vontade com o mesmo, tendo nós servido como intermediários na abordagem deste sistema.

Um dos grandes desafios do SU é garantir a privacidade da pessoa, uma vez que o espaço é pequeno e a afluência é cada vez maior. Dessa forma, recorríamos à utilização de cortinas higienizáveis para realização de técnicas que expunham mais a pessoa, como os posicionamentos e a troca de fraldas. O controlo de infeção é outro grande problema dos SU's, sendo possível conhecer o plano de controlo de infeção do SUP e aplicá-lo.

No decorrer deste estágio utilizamos bastante a realização de pesquisa bibliográfica baseada na evidência mais recente, de forma a prestarmos cuidados de enfermagem com a melhor segurança e qualidade possível. Estes cuidados garantiram uma maior satisfação por parte da pessoa e da família.

O principal motivo pela qual as pessoas recorrem à urgência é a dor, motivo este que requer uma maior atenção por parte do enfermeiro. No decorrer do estágio, foi possível realizarmos a

gestão da dor através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, estando dispertos à presença de sinais de dor atuando o mais rapidamente possível. A escala que utilizámos para avaliação da dor, tanto na triagem como na prestação de cuidados, foi a escala numérica, registando sempre no sistema informático quando a dor agravava ou melhorava.

No percurso deste estágio foi possível também realizar o transporte intra-hospitalar da PSC, desde o acompanhamento aos exames complementares, à UCI, ao Bloco Operatório ou à Unidade de Cuidados Intermédios. O enfermeiro responsável pela pessoa deve preparar a mesma e todo o material necessário para o transporte, sendo que neste estágio também foi possível contribuir de forma ativa em todo o processo do transporte intra-hospitalar. Para este transporte o material utilizado era o monitor para monitorização, o insuflador manual e a mala de transporte que continha material variado, porém cada enfermeiro decidia qual o material que queria ou acharia por bem levar. Com base nisto, surgiu a necessidade de criar um procedimento interno de forma a uniformizar todo o processo do transporte intra-hospitalar, tendo sido desenvolvido neste estágio um projeto de intervenção com esse fundamento de forma a garantir a segurança da PSC. Este projeto encontra-se explanado no Capítulo 3 deste documento.

Este estágio foi uma mais valia tanto para a aquisição de competências enquanto enfermeiro especialista como para a nossa prática profissional, levando o melhor deste percurso para melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados à pessoa.

Finda a contextualização dos estágios clínicos e das atividades desenvolvidas em ambos os contextos, iremos abordar de seguida, no próximo capítulo, aquela que foi a grande intervenção realizada durante a nossa passagem pelo SUP, o desenvolvimento do Projeto de Intervenção em Serviço com o tema “O Transporte Intra-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica”.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Inserido na Unidade Curricular “Estágio Final” do Mestrado em Enfermagem, desenvolvemos um projeto de intervenção no local do mesmo, o SUP de um Hospital Central, com a temática “A Segurança da Pessoa em Situação Crítica no Transporte Intra-hospitalar”.

Este projeto foi desenvolvido com base na Metodologia de Projeto que é definida como um conjunto de procedimentos claros que viabilizam a criação de uma projeção preliminar e conclusiva de uma transformação da realidade, possibilitando a previsão de uma alteração. Trata-se de uma abordagem metodológica vinculada à pesquisa, com ênfase na resolução de problemas, permitindo um desenvolvimento de habilidades e competências pessoais ao planejar e executar projetos em situações reais. Desse modo, um projeto caracteriza-se como “um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar” (Ruivo et al., 2010, p.4).

O presente projeto de intervenção foi executado de forma a percorrer todas as fases desta metodologia: o diagnóstico da situação, a definição de objetivos, o planeamento, a execução, a avaliação e a divulgação dos resultados (Ruivo et al., 2010).

3.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

A primeira fase da Metodologia de Projeto é o diagnóstico da situação que se caracteriza como sendo um processo dinâmico, procurando a criação de “um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada” (Ruivo et al., 2010, p.10), pretendendo o desenvolvimento de um modelo descritivo da realidade na qual se deseja intervir, sendo a mesma passível de ser atualizada de forma contínua (Ruivo et al., 2010).

Para o desenvolvimento desta etapa do projeto de intervenção realizámos uma entrevista exploratória não estruturada junto da enfermeira chefe do SUP e dos dois enfermeiros orientadores do estágio de forma a apurar-se quais as necessidades de melhoria contínua para o serviço. Segundo Kapp (2020), a entrevista exploratória não estruturada é aquela em que alguém é entrevistado de forma a “se expressar, determinar temas, contar a sua história e a sua perspetiva das coisas” (p.9), tendo a liberdade de falar livremente sobre uma determinada temática. Este tipo de entrevista é aconselhado para os estudos exploratórios, sendo realizadas num número muito reduzido baseando-se em pequenas amostras (Ana & Lemos, 2018).

Com base nestas entrevistas constatámos a necessidade de desenvolver um Projeto de Intervenção em Serviço focado no transporte intra-hospitalar da PSC, centrando-se na segurança

do mesmo e da qualidade dos cuidados prestados. De forma a avaliar o interesse da equipa de enfermagem relativamente à temática, realizámos uma entrevista semi-estruturada com uma amostra de conveniência de 45 enfermeiros, seleccionados aleatoriamente durante os turnos em que nos encontrávamos presentes. Segundo Ana & Lemos (2018), as entrevistas semi-estruturadas envolvem “um conjunto de questões (roteiro) sobre o tema que está a ser estudado” (p.537) permitindo ainda “que o entrevistado fale livremente sobre assuntos que vão surgindo” (p.537) relativamente ao tema abordado.

Posto isto, estas entrevistas exploraram a relevância do tema proposto e a importância da padronização de procedimentos relativamente ao transporte intra-hospitalar da PSC, evidenciando uma concordância unânime relativamente à abordagem do assunto. Os enfermeiros entrevistados acreditam ser essencial esta sistematização, garantindo assim a manutenção da segurança da pessoa e dos profissionais de saúde, da qualidade dos cuidados prestados e da estabilização hemodinâmica. Estes enfermeiros referem ainda que o SUP carece de uma ferramenta específica relativa ao tema discutido, sugerindo que a implementação deste recurso, juntamente com uma *checklist* ou lista de verificação, poderia ser uma estratégia eficaz para aprimorar a qualidade dos cuidados e garantir a segurança da pessoa durante todo o processo do transporte intra-hospitalar.

Ruivo et al. (2010) recomenda a utilização de ferramentas de gestão de forma a permitir uma visão do que possa facilitar ou dificultar a implementação de um projeto de intervenção num determinado serviço. Assim sendo, decidimos utilizar, de forma a sedimentar ainda mais esta fase, o método de análise SWOT [*Strenghts*, *Weakness*, *Opportunities*, *Threats*]. Este método, muito utilizado em planeamento, permite avaliar a situação ou o ambiente de uma determinada organização, fazendo um confronto entre os pontos positivos e negativos internos e externos. Desse modo, esta análise representa quatro elementos-chave: as Forças (*Strenghts*), as Fraquezas (*Weakness*), as Oportunidades (*Opportunities*) e as Ameaças (*Threats*), pretendendo identificá-los de acordo com a temática identificada, como é possível demonstrar-se na Tabela nº 2 (Filho, 2014).

Tabela nº 2 – Análise SWOT para realização do Diagnóstico da Situação

Pontos Internos	
Forças	Fraquezas
• Aprovação e consentimento por parte da Enfermeira Chefe e Orientadores; • Equipa jovem e dinâmica, com interesse em aquisição de novos conhecimentos; • Ausência de custos no desenvolvimento do projeto; • Número elevado de transportes intra-hospitalares; • Elevado nº de elementos da equipa com formação na área da PSC; • Ausência de um procedimento interno acerca da temática; • Possibilidade em dar seguimento ao projeto.	• Elevada rotatividade da equipa de Enfermagem; • Desmotivação da equipa devido à carga horária; • Falta de disponibilidade da equipa para sessões formativas presenciais; • Resistência por parte de alguns elementos da equipa à mudança e à atualização de conhecimentos.
Pontos Externos	
Oportunidades	Ameaças
• Ganhos em saúde associado à prevenção de riscos; • Cumprimento das Recomendações para o Transporte do Doente Crítico; • Temática de interesse nacional e internacional; • Centro Hospitalar acreditado com programa de qualidade; • Existência de normativas nacionais atualizadas.	• Desvalorização do projeto por parte do Centro Hospitalar; • Proximidade do inverno com possibilidade de ocorrência de novas situações (ex. pandemias).

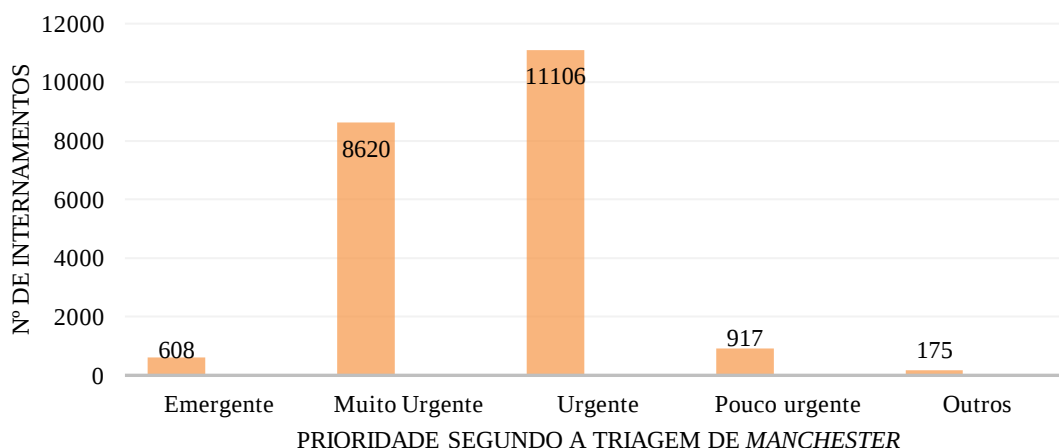
Fonte Própria

Atendendo à análise SWOT realizada, foi possível verificarmos que existem mais pontos positivos que negativos, dando grande destaque às forças apresentadas, incentivando-nos a apostar nesta área de interesse.

De forma a complementar a pertinência da uniformização de um procedimento sobre a temática, recorreremos ainda aos dados recolhidos através do Portal do SNS relativamente aos números de internamentos provenientes de episódios de urgência do ano 2023 do SUP onde foi realizado o estágio. Assim sendo, de um universo de 148.912 episódios de urgência, 21.426 tiveram como destino um internamento hospitalar, isto é, 14,4% dos episódios. No gráfico nº 4 é

possível verificar-se este número de internamento tendo em conta a prioridade segundo a Triagem de *Manchester* (SNS, 2024).

Gráfico nº 4 - Nº de internamentos provenientes do SUP por prioridade segundo a Triagem de *Manchester* no ano 2023



Fonte: (SNS, 2024)

Com base nos dados recolhidos foi possível constatar, e tendo em consideração que a pessoa triada com prioridade “emergente” e “muito urgente” é uma PSC, que cerca de 43% dos internamentos foram passíveis de se realizar um transporte intra-hospitalar da PSC, havendo a necessidade do acompanhamento de um enfermeiros (SNS, 2024).

Considerando esta elevada percentagem, atentamos que a pertinência da temática trabalhada se encontra justificada, tendo sido entregue *a posteriori* a “Proposta de Projeto de Estágio com Relatório” e a “Declaração de Aceitação de Orientação” (ANEXO 2) pela Professora Doutora Alice Ruivo à Escola Superior de Saúde de Portalegre.

3.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Após se realizar o diagnóstico da situação, com a deteção do problema e identificação da temática a trabalhar, é importante definirem-se os objetivos para o projeto de intervenção. Os objetivos delineiam as metas desejadas, abrangendo uma variedade de alvos a serem alcançados em diferentes graus, indo do nível mais geral ao mais específico. Os objetivos gerais são “enunciados de intenção que descrevem os resultados esperados” (Ruivo et al., 2010, p.18), oferecendo diretrizes sobre as habilidades que os participantes devem demonstrar após

completarem o programa de formação, levando em conta “os conhecimentos e capacidades a adquirir” (Ruivo et al., 2010, p.18).

Deste modo, definimos como **objetivo geral** para este projeto de intervenção: Melhorar a qualidade dos cuidados no âmbito da segurança da PSC no processo do transporte intra-hospitalar.

Segundo Ruivo et al. (2010), os objetivos específicos representam metas detalhadas que contribuem para alcançar um determinado objetivo geral, sendo “indicadores de conhecimento e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo” (p.18). Estes objetivos devem ser alcançáveis e relevantes para o objetivo geral, estando alinhados com os recursos disponíveis, dirigindo-se de forma gradual de maneira a levar ao cumprimento de uma meta definida.

De forma a responder ao objetivo geral já definido, determinámos os seguintes **objetivos específicos**:

- Desenvolver um instrumento de trabalho que acompanhe a PSC durante todo o processo do transporte intra-hospitalar;
- Conceber uma proposta de procedimento interno sobre a temática abordada;
- Divulgar o instrumento de trabalho e a proposta do procedimento interno a toda a equipa de Enfermagem;
- Implementar o instrumento de trabalho e o procedimento interno após a sua validação.

3.3. PLANEAMENTO

A fase do planeamento envolve a elaboração de um plano detalhado que delineia as etapas a serem seguidas de forma a alcançar os objetivos propostos. Esta fase garante que o projeto seja executado de forma eficiente e eficaz, minimizando o desperdício de recursos e maximizando os resultados alcançados. O planeamento é uma fase fundamental, estabelecendo as bases para o sucesso do projeto, garantindo que todas as atividades necessárias sejam identificadas e realizadas de forma organizada e coordenada (Ruivo et al., 2010).

Para esta fase, uma das abordagens utilizadas foi a criação de um cronograma de forma a ser possível organizarmos as atividades planeadas, estabelecendo prazos. Um cronograma é uma ferramenta essencial para o planeamento, execução e controlo de um projeto, fornecendo uma

estrutura organizada, facilitando uma gestão do tempo, promovendo a comunicação eficaz e ajudando na antecipação e resolução de problemas (Picinini & Dias , 2022).

O planeamento será fundamentado nos objetivos específicos estipulados, tendo sido escaladas diversas atividades de forma a garantir a sua realização. Os recursos temporais para as atividades planeadas deverão ser remetidos para o cronograma realizado, e que se encontra em “APÊNDICE 4”.

Objetivo específico: **“Desenvolver um instrumento de trabalho que acompanhe a PSC durante todo o processo do transporte intra-hospitalar”.**

– Realização de uma *scoping review* através de bases de dados e artigos encontrados sobre a temática definida, demonstrando como a implementação de listas de verificação ajudam na melhoria da segurança da pessoa e na qualidade dos cuidados prestados.

– Consulta das novas recomendações, relativas ao ano 2023, para o “Transporte do Doente Crítico” realizada pela Ordem dos Médicos e pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.

– Execução de um protótipo de um instrumento de trabalho para ser analisado pelos enfermeiros orientadores e supervisora pedagógica de forma a serem recolhidas sugestões.

– Elaboração de um instrumento de trabalho final com posterior entrega à enfermeira chefe, enfermeiros orientadores e supervisora pedagógica.

Os recursos humanos necessários para o planeamento deste objetivo serão: o mestrando, a supervisora pedagógica, os supervisores clínicos e a enfermeira chefe do SUP. Como recursos materiais definimos como necessários um computador, papel A4 e uma impressora com tinteiros.

Como indicadores de avaliação previstos consideramos os seguintes: Realização de uma *scoping review* sobre a temática; Apresentação de dois protótipos do instrumento de trabalho e Apresentação do instrumento de trabalho final.

Objetivo específico: **“Conceber uma proposta de procedimento interno sobre a temática abordada”.**

– Realização de uma *scoping review* através de bases de dados e artigos encontrados sobre a temática definida, demonstrando como a implementação de procedimentos internos ajudam na melhoria da segurança da pessoa e na qualidade dos cuidados prestados.

- Elaboração de um protótipo de um procedimento interno, onde será já inserido o instrumento de trabalho/ lista de verificação, sendo entregue aos enfermeiros orientadores e supervisora pedagógica para serem recolhidas possíveis sugestões.

- Execução de um procedimento interno final, sendo entregue à enfermeira chefe do SUP, enfermeiros orientadores e supervisora pedagógica.

Os recursos humanos e materiais necessários para as atividades desenvolvidas neste objetivo são os mesmos que foram definidos para o objetivo anterior.

Tendo em conta este objetivo, consideramos como indicadores de avaliação previstos a elaboração de dois protótipos do procedimento interno e a apresentação final do mesmo.

Objetivo específico: **“Divulgar o instrumento de trabalho e a proposta do procedimento interno a toda a equipa de Enfermagem”.**

- Realização de uma nova pesquisa bibliográfica de forma a serem adquiridos novos conhecimentos sobre a temática.

- Reunião com a enfermeira chefe do SUP e com os enfermeiros orientadores de forma a serem delineados os objetivos para a sessão de formação em serviço.

- Agendamento para a data da disponibilização do vídeo da sessão formativa.

- Construção dos aportes para a sessão formativa *online* sobre a temática para os enfermeiros do SUP, utilizando a plataforma digital *Canva*.

- Divulgação do vídeo da sessão formativa através do *e-mail* institucional e do grupo de *Whatsapp* da equipa de Enfermagem do SUP, que será enviado pela enfermeira chefe.

- Avaliação da sessão formativa por parte dos enfermeiros do SUP através de um questionário realizado na plataforma digital *Google Forms* de forma a obter algum *feedback* relativamente aos documentos apresentados.

Para as atividades desenvolvidas para este objetivo definimos como recursos humanos o mestrando, a supervisora pedagógica, os enfermeiros orientadores, a enfermeira chefe e a restante equipa de Enfermagem do SUP. Os recursos materiais necessários são: um computador, plataforma digital *Canva*, grupo de *Whatsapp* da equipa de Enfermagem do SUP, *e-mails* institucionais dos enfermeiros do SUP e plataforma digital *Google Forms*.

Como indicadores de avaliação previstos para este objetivo específico, definimos a apresentação de uma sessão formativa relativa à temática e a adesão de pelo menos 50% da equipa de Enfermagem do SUP para a assistência da sessão de formação em serviço.

Objetivo específico: **“Implementar o instrumento de trabalho e o procedimento interno após a sua validação”**.

– Apresentação do instrumento de trabalho e do procedimento interno, em conjunto com a enfermeira chefe, ao diretor de serviço do SUP para serem passíveis de eventuais alterações e/ou aceitação dos documentos;

– Apresentação do instrumento de trabalho e do procedimento interno ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar para ser aprovada a sua utilização.

Os recursos humanos necessários para estas atividades são o mestrando, a supervisora pedagógica, a enfermeira chefe do SUP, o diretor de serviço do SUP e o Conselho de Administração do Centro Hospitalar. Os recursos materiais essenciais para a concretização deste objetivo são um computador, papel A4 e uma impressora com tinteiro.

Tendo em conta este objetivo, definimos como indicadores de avaliação a aprovação dos documentos por parte do Diretor de Serviço do SUP e do Conselho de Administração do hospital e a adesão dos enfermeiros deste serviço relativamente ao instrumento de trabalho e procedimento interno, esperando-se que ao fim de 6 meses pelo menos 80% dos transportes existentes tenham a lista de verificação preenchida.

Como é comum em projetos desta natureza, antecipámos possíveis obstáculos durante a fase da execução. Assim sendo, com o intuito de garantir a sua continuidade e o seu sucesso sem comprometer a aplicação do mesmo, foram delineadas estratégias para superá-lo. Deste modo, identificámos como principal desafio a dificuldade de implementação do procedimento interno e do instrumento de trabalho devido ao processo demorado que geralmente precede à sua aplicação efetiva.

3.4. EXECUÇÃO

A fase da execução é aquela em que é colocado “em prática tudo aquilo que foi planeado” (Ruivo et al., 2010, p.23) tornando-se na fase mais trabalhosa, dando também grande entusiasmo e proveito aos dinamizadores de um determinado projeto. Na execução os recursos são mobilizados, as tarefas são executadas e os objetivos do projeto são concretizados. Nesta fase

esperam-se “resultados, nomeadamente em termos de aprendizagem, resolução de problemas e desenvolvimento de competências (Ruivo et al., 2010, p.24), no entanto é possível ocorrerem modificações àquilo que foi planeado anteriormente devendo “ser colocadas em prática medidas de recuperação para que os objetivos do projeto não se encontrem comprometidos” (Ruivo et al., 2010, p.23).

Neste subcapítulo, iremos aprofundar as atividades realizadas através de uma análise descritiva, tomando em consideração cada um dos objetivos específicos definidos para este projeto.

Objetivo específico: **“Desenvolver um instrumento de trabalho que acompanhe a PSC durante todo o processo do transporte intra-hospitalar” e “Conceber uma proposta de procedimento interno sobre a temática abordada”.**

Para este objetivo foi realizada uma *scoping review* em duas bases de dados científicas, nomeadamente na *B-on* e *EBSCOhost*, relativamente à temática do projeto de intervenção. Para além dos artigos encontrados também procurámos normas e/ou regulamentos a nível nacional, utilizando como grande referência, pela sua mais recente atualização, o documento “Transporte do Doente Crítico – Recomendações 2023”, elaborado pela OM e pela SPCI e os pareceres produzidos pela OE relativamente ao transporte da PSC.

Ao realizar a revisão da literatura, de forma a sustentar o nosso projeto de intervenção, surgiu uma *scoping review* denominada de: “A Segurança da Pessoa em Situação Crítica no Transporte Intra-hospitalar – uma *scoping review*”, sendo nosso objetivo a sua publicação numa revista científica indexada. O resumo deste artigo científico segue neste documento como “APÊNDICE 5”.

O principal propósito de uma *scoping review* é delinear os principais conceitos que sustentem uma área específica do conhecimento. Estas revisões permitem resumir e compartilhar dados de pesquisa disponíveis, oferecendo uma visão abrangente da evidência disponível até ao momento. Este artigo científico seguiu as diretrizes recomendadas pelo *Joanna Briggs Institute* [JBI] para a realização de uma *scoping review* (Peters et al., 2017).

Posto isto, a problemática encontrada seguiu a mnemónica **PCC** [Participantes, Conceito, Contexto]: **P** – Enfermeiros; **C** – Segurança da PSC; **C** – Transporte intra-hospitalar. Deste modo, surgiu a pergunta de investigação: **“Como os enfermeiros podem melhorar a segurança da PSC no transporte intra-hospitalar?”.**

De forma a dar resposta à questão de investigação colocada, realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados científicas referidas, utilizando a frase booleana “(*Intrahospital transport AND critically ill AND nurse NOT covid-19 NOT pediatric*)”.

Da pesquisa realizada na *B-on* foram encontrados 352 artigos, sendo que após triagem do período temporal de “2019-2023” encontraram-se 97 artigos. Destes artigos encontrados foram excluídos aqueles que não continham texto completo, não estavam publicados em revistas académicas e não haviam passado por revisão por pares. Para estreitar ainda mais a pesquisa, o termo “*critical illness*” foi incorporado como critério de procura, resultando numa amostra final de 5 artigos.

Na plataforma *EBSCOhost*, inicialmente identificámos 16 artigos relevantes. Após uma pesquisa focada no período “2019-2023”, restaram apenas 8 artigos. Destes artigos foram excluídos 6 por não terem sido submetidos à revisão por pares ou por já terem sido encontrados na base de dados anterior, resultando na seleção de 2 artigos para inclusão do estudo. Assim sendo, para esta *scoping review* foram considerados 7 artigos científicos como é possível verificar-se na figura 1.

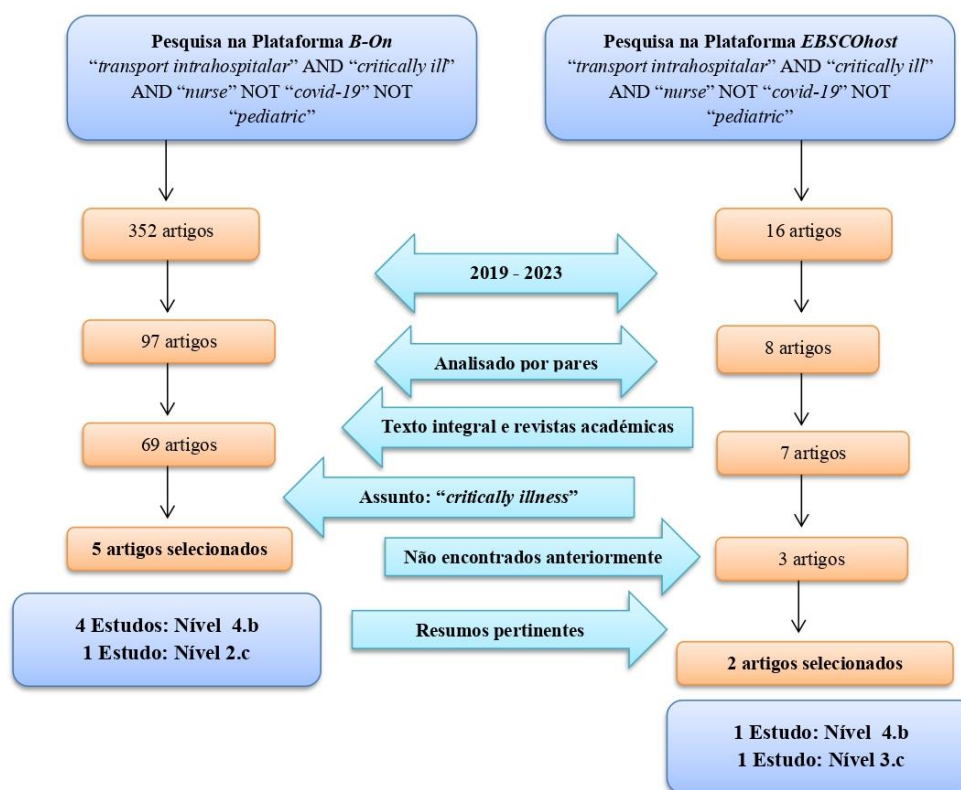


Figura 1 - Fluxograma de critérios de seleção de estudos (Fonte: própria)

Relativamente aos resultados obtidos na *scoping review*, os mesmos encontram-se explanados no decorrer do enquadramento conceptual deste documento, dando destaque à utilização de procedimentos internos e de listas de verificação para melhorar a segurança da PSC no transporte intra-hospitalar, garantindo uma qualidade dos cuidados prestados.

Após a construção da *scoping review*, procedemos ao desenho do projeto, inicialmente do instrumento de trabalho na forma de uma lista de verificação e *a posteriori* do procedimento interno, onde esta lista já se encontrava inserida. Estes protótipos foram entregues aos orientadores pedagógicos e clínicos de forma a recolher os seus pareceres e as suas sugestões de melhoria. No que concerne à lista de verificação, a mesma foi alterada de forma a ser mais intuitiva e de fácil preenchimento, tendo em conta as propostas sugeridas pela professora orientadora e pelos enfermeiros supervisores. Relativamente ao procedimento interno, a professora orientadora sugeriu a simplificação do mesmo devendo ser construído com base nas normas de construção de procedimentos internos do Centro Hospitalar.

Deste modo e perante o exposto, a lista de verificação (APÊNDICE 6) e o procedimento interno (APÊNDICE 7) foram revistos e reformulados, tendo sido entregues à enfermeira chefe do SUP que aprovou os documentos.

Objetivo específico: **Divulgar o instrumento de trabalho e a proposta do procedimento interno a toda a equipa de Enfermagem.**

Após construção dos instrumentos de trabalho, considerámos necessário a sua divulgação utilizando como estratégia a realização de uma formação em serviço. A utilização de atividades formativas de forma a fortalecer os conhecimentos de uma determinada equipa encontra-se cada vez mais reconhecida. Estas sessões, quanto mais alinhadas com a prática de cuidados e pertinentes para os profissionais de saúde, maior será a sua adesão. Além disso, é fundamental destacar que o impacto dessas formações na qualidade dos cuidados prestados à pessoa será ainda mais significativo (Izaguirres et al., 2022).

Inicialmente, reunimos juntamente com a enfermeira chefe e com os enfermeiros orientadores de forma a determinarmos os moldes a utilizar para a sessão formativa, definindo também os objetivos para a mesma. Atendendo ao elevado número de enfermeiros da equipa do SUP e à falta de disponibilidade dos mesmos para se deslocarem ao hospital para assistirem a uma sessão de formação, os enfermeiros orientadores sugeriram a realização de uma formação em serviço através da execução de um vídeo formativo de maneira a que os enfermeiros conseguissem assistir no seu conforto e conforme a sua disponibilidade. Desta forma, planeámos a divulgação do vídeo formativo a toda a equipa de Enfermagem para dia 15 de novembro de 2023, sendo o mesmo enviado pela enfermeira chefe para todos os enfermeiros através do grupo de *Whatsapp* desta equipa e do *e-mail* institucional.

Juntamente com o vídeo formativo, seguiram anexados dois *links*: o primeiro com um questionário de avaliação relativamente à sessão de formação e aos documentos expostos através da plataforma digital *Google Forms*; e o segundo direcionado para um fórum de questões de maneira a promover-se a discussão e a recolha de sugestões também na plataforma acima mencionada.

A sessão formativa foi denominada “Segurança da Pessoa em Situação Crítica para o Transporte Intra-hospitalar”, durante a qual foram discutidos os conceitos fundamentais, o procedimento interno realizado, a lista de verificação executada e as possíveis complicações associadas à temática (APÊNDICE 8). Para esta formação em serviço elaborámos um plano de sessão onde apresentamos os objetivos da mesma (APÊNDICE 9).

Os documentos apresentados foram consensuais relativamente à sua relevância e pertinência para todos os enfermeiros do SUP.

Objetivo específico: **Implementar o instrumento de trabalho e o procedimento interno após a sua validação.**

Após aprovação por parte de toda a equipa de Enfermagem, reunímos com a enfermeira chefe e com o diretor de serviço, de forma a fornecer-lhes todos os documentos executados manifestando a nossa total disponibilidade para realizar quaisquer ajustes ou alterações que considerassem necessários.

Devido ao término do estágio curricular, não conseguimos acompanhar a fase final do projeto de intervenção realizado. No entanto, assegurámos que todos os detalhes foram cuidadosamente considerados, incluindo os aspetos avaliativos do processo para que qualquer elemento da equipa de Enfermagem, nomeadamente os enfermeiros orientadores, consigam dar continuidade ao projeto.

3.5. AVALIAÇÃO GLOBAL DO PROJETO

A avaliação de um projeto de intervenção deve ser um processo contínuo, oferecendo as informações necessárias para tomar medidas que visem aprimorar a solidez, a eficiência e a eficácia do mesmo. Deste modo, esta fase da metodologia de projeto apresenta diversos momentos de avaliação, sendo identificados como “a avaliação intermediária/depuração, realizada em simultâneo com a execução do projeto, e a avaliação final do mesmo, com a avaliação do processo e produto do Projeto” (Ruivo et al., 2010, p.24).

Deste modo, para cada objetivo específico definido, considerámos que os indicadores de avaliação que foram atingidos.

Como referido anteriormente, juntamente com o vídeo formativo seguiu um questionário a ser preenchido por toda a equipa de Enfermagem do SUP relativamente à sessão formativa realizada e à documentação apresentada (APÊNDICE 10). Após o seu preenchimento, realizámos uma avaliação dos resultados alcançados, tendo em conta a participação de 101 enfermeiros do SUP, refletindo uma avaliação positiva sobre a pertinência do procedimento interno e a utilidade da lista de verificação (APÊNDICE 11).

Considerando a indisponibilidade em acompanhar o projeto até à sua implementação final, definimos que após a mesma, para a sua avaliação, deverão ser realizadas auditorias num período

de 6 meses, sendo verificado o cumprimento do procedimento interno, nomeadamente no correto preenchimento da grelha “Avaliação para o transporte intra-hospitalar” e da lista de verificação realizada. A justificação deste método avaliativo prende-se na recomendação realizada pela OM & SPCI (2023) onde é advertido para “a implementação de programas de acompanhamento e auditorias do transporte do doente crítico” (p.10). Estas auditorias deverão ser desenvolvidas pela enfermeira chefe do SUP e pelos enfermeiros que ficarão responsáveis pela continuidade do projeto.

Com este projeto de intervenção em serviço, pretendemos que, como indicador de avaliação do mesmo, ao fim de 6 meses a adesão dos enfermeiros, relativamente ao procedimento interno e à lista de verificação se demonstre pelo preenchimento da lista de verificação em pelo menos 80% dos transportes intra-hospitalares.

3.6. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A divulgação dos resultados obtidos após a conclusão de um projeto é uma etapa crucial, pois permite que a relevância do projeto e o progresso realizado na resolução de um projeto específico sejam conhecidos pelo público em geral. Uma maneira de comunicar os resultados alcançados é através da realização de um relatório detalhado, descrevendo todas as etapas desse desenvolvimento (Ruivo et al., 2010). Deste modo, esta fase da metodologia de projeto insere-se na redação do presente relatório que permitirá a aquisição do título para Mestre em Enfermagem e para enfermeiro especialista em EMC na área da PSC, utilizando também a sessão de formação realizada a toda a equipa de Enfermagem do SUP para a sua disseminação e ainda a previsão da publicação da *scoping review* numa revista científica indexada.

Posto isto, no próximo capítulo iremos desenvolver uma análise crítico-reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas durante este Mestrado, enquanto futuro enfermeiro especialista, considerando as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas em EMC na área da PSC e as competências para aquisição do grau de Mestre em Enfermagem.

4. ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Segundo Nunes (2018), a Enfermagem é uma disciplina que “assenta num julgamento clínico, nos conhecimentos (que suportam a determinação das necessidades, diagnóstico, prescrição e avaliação) e na responsabilidade profissional” (p.13), sendo considerado que o seu conhecimento abarca várias dimensões, nomeadamente o domínio científico-técnico, as questões éticas e deontológicas e a habilidade de estabelecer uma relação de ajuda e de cuidado (Nunes, 2018).

O enfermeiro ao longo do seu desenvolvimento profissional deverá desenvolver um conjunto de competências inerentes à profissão, diferenciando-se pela formação que realiza e pela abordagem que adota, devendo ter como base os princípios éticos e deontológicos para a sua prática profissional (Nunes, 2018). Segundo a OE (2019), a competência de um enfermeiro é descrita como “os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que permitem o exercício profissional a um nível de progressiva complexidade nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro e ao desenvolvimento técnico-científico da profissão” (p.4745).

O desenvolvimento de competências por parte de um enfermeiro é construído a partir do reconhecimento das necessidades individuais de cada um. No decorrer da sua vida profissional, o enfermeiro aprende a discernir o que é relevante em diferentes situações e extrair o seu significado da forma mais relevante. Deste modo, as competências emergem quando um enfermeiro adquire uma habilidade profissional fundamentada no conhecimento, isto é, na evidência científica mais recente, indo desse modo muito mais além de uma mera aplicação técnica (Benner, 2005).

No decorrer dos estágios curriculares realizados, os objetivos para os mesmos foram desenvolvidos de forma a incluir o aprofundamento de conhecimentos, o planeamento de atividades e o desenvolvimento de competências tanto comuns como específicas enquanto enfermeiro especialista em EMC na área da PSC, englobando ainda as competências de Mestre em Enfermagem. Assim sendo, a OE (2015) define enfermeiro especialista como aquele com “competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, reconhecidas pela Ordem” (p.8061).

Relativamente à aquisição do grau de Mestre em Enfermagem, e considerando que este curso abrange este grau, consideramos relevante destacar as competências associadas a este nível, que incluem:

- 1 – Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;

- 2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- 3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
- 4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- 5 – Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersociais;
- 6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
- 7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

(A3ES, 2014, p.26)

Posto isto, este capítulo procura refletir e analisar as atividades desenvolvidas no cuidado à PSC durante o período dos estágios realizados. Isto possibilita a aplicação dos conhecimentos adquiridos ao longo das diversas unidades curriculares, além de integrar as diversas experiências vivenciadas durante os estágios e a trajetória profissional no cuidado à PSC.

Deste modo, pretendemos realizar uma análise reflexiva relativamente às competências comuns e específicas enquanto futuros enfermeiros especialistas em EMC na área da PSC, associando-as às competências de Mestre em Enfermagem, de maneira a conseguirmos analisá-las de forma simultânea.

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Segundo a OE (2019), as competências comuns do enfermeiro especialista são definidas como aquelas que são “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados” (p.4745). Inserido nas suas competências comuns, o enfermeiro especialista deverá ainda ter capacidade de apresentar “um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e acessoria” (OE, 2019a, p.4745).

Deste modo existem quatro domínios de competências comuns: “a) responsabilidade profissional, ética e legal (A); b) melhoria contínua da qualidade (B); c) gestão dos cuidados (C); d) desenvolvimento das competências profissionais (D)” (OE, 2019a, p. 4745). Assim sendo, neste subcapítulo o objetivo é destacar as competências comuns do enfermeiro especialista, obtidas através da reflexão crítica e reflexiva, com base na fundamentação científica, sobre as oportunidades de aprendizagem alcançadas.

Competências de enfermeiro especialista – A: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

“A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (OE, 2019a, p.4746).

“A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019a, p.4746).

Ao explorar este domínio de competência especializada, realizamos também uma análise conjunta com a competência de Mestre em Enfermagem nº 3 **“Tem capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais”** (A3ES, 2014, p.26).

Segundo o Regulamento de Competências Comuns do enfermeiro especialista, é exigido que o mesmo apresente habilidades éticas e deontológicas robustas na tomada de decisão no cumprimento das suas responsabilidades, assegurando uma prática segura e profissional, baseando-se em princípios, valores e em normas deontológicas. A conduta ética, a responsabilidade profissional e a adesão à legislação são pilares essenciais na prática da Enfermagem, sendo o enfermeiro obrigado a manter esta conduta ética em relação aos direitos da pessoa, refletindo-se esses valores nos cuidados prestados. Assim sendo, o enfermeiro especialista

deve basear a sua conduta com base nos quatro princípios éticos: princípios da autonomia, da justiça, da beneficência e da não maleficência (OE, 2015a; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015b; OE, 2019a).

Desenvolvendo um papel profissionalmente responsável na reflexão e no desenvolvimento de conhecimento, realizámos diversas pesquisas sobre os princípios e os métodos relacionados com a promoção da tomada de decisão. Nesse processo, considerámos relevantes a leitura de documentos como o Código Deontológico do Enfermeiro e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, o Regulamento dos Padrões de Qualidade do Enfermeiro de Cuidados Gerais, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em PSC e a Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem.

Posto isto, no decorrer dos estágios realizados, adotámos uma abordagem que priorizou a orientação das intervenções de Enfermagem pelos princípios fundamentais da ética e das normas deontológicas. Focámo-nos em promover a reflexão, a discussão e o aperfeiçoamento contínuo em conjunto com os enfermeiros orientadores. Aspetos cruciais, como a proteção da integridade e a privacidade da pessoa, o respeito pelo sigilo profissional, o estabelecimento de uma relação terapêutica e a integração na equipa foram constantemente considerados. Além disto, considerámos fundamental garantir uma comunicação clara com a pessoa relativamente aos procedimentos que foram realizados, garantindo que o consentimento e a participação da pessoa fossem obtidos de acordo com as suas capacidades individuais.

Para além disso, mobilizámos conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular de “Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem”, onde foi possível realizarmos um trabalho académico com a temática “Internamento Compulsivo” sob a perspetiva epistemológica, ética, deontológica e judicial. Este tema, para além de ir muito ao encontro da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, também consideramos pertinente para a nossa área de especialização, uma vez que pode ocorrer a necessidade de uma hospitalização obrigatória da PSC devido a diversas razões, nomeadamente o risco iminente para si ou para os outros que o rodeiam, a incapacidade de tomada de decisão ou de consentimento a um determinado tratamento ou a necessidade de cuidados intensivos e de monitorização contínua.

Durante o estágio em contexto de SU verificámos que a manutenção da privacidade e da confidencialidade se encontrava constantemente violada devido à grande afluência deste serviço e à limitação física do ambiente de trabalho. Na Área Médica, na Área Cirúrgica e na Sala de Emergência a passagem de ocorrências era realizada junto da pessoa, levando a um aumento do

risco de exposição da mesma, permitindo ainda que informações confidenciais fossem facilmente acessíveis a terceiros. De forma a colmatar esta situação, sugerimos a passagem de ocorrências num local mais reservado e, atendendo que as macas daquele SUP se encontram numeradas, realizámos um documento facilitador de memória com o objetivo de promover uma maior organização e um melhor controlo do ambiente, tanto físico como psico-emocional, tanto para a pessoa como para os outros utilizadores do SUP (APÊNDICE 12). Neste documento encontra-se uma tabela onde é permitido registar o número da maca ou a cadeira de rodas, o motivo que levou à utilização do SUP, o plano de cuidados e observações pertinentes. Esta prática ajudou na estruturação, organização e minimização de perda de informação durante a passagem de ocorrências, indo ao encontro com o objetivo estratégico 3.2 da área da comunicação do Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026 que refere melhoria da “comunicação e segurança no processo da transição de cuidados” (MS, 2021, p.100).

Como já referimos na caracterização de serviço do SUP, existe um balcão de informações disponível para os familiares da pessoa que recorre a este serviço, no qual podem solicitar esclarecimentos relativamente ao estado de saúde do seu familiar, assim como visitas breves permitidas desde que o quadro clínico da pessoa se encontre estabilizado. A este familiar de referência, no momento da triagem, é fornecida uma pulseira de acompanhante de cor roxa considerando sempre o consentimento da pessoa relativamente à transmissão de informação sobre o seu estado de saúde a terceiros (Assembleia da República [AR], 2014).

Em relação ao consentimento informado, houve uma grande atenção da nossa parte, considerando sempre uma prática diligente em informar e esclarecer qualquer procedimento efetuado. Nos casos em que a pessoa não conseguia fornecer o seu consentimento devido ao seu estado de saúde, adotámos uma abordagem de consentimento presumido, entrando em consonância com os princípios éticos da beneficência e da não maleficência (OE, 2015a).

Em situações envolvendo a PSC, devido à sua rápida intervenção, é comum que a pessoa perceba os procedimentos realizados como uma violação à sua identidade e integridade. Exemplo disso demonstra-se na admissão de uma pessoa na Sala de Emergência onde é prática padronizada a remoção de todos os seus pertences pessoais, sendo nosso papel como futuros enfermeiros especialista a explicação à pessoa de ser mais fácil proporcionarmos cuidados humanizados havendo por vezes a necessidade de explicar que gostaríamos de ser cuidados na forma como cuidamos. Este argumento vai ao encontro do Código Deontológico de Enfermagem onde é reforçada a responsabilidade dos enfermeiros na promoção da humanização de cuidados. No

entanto, criar um ambiente humanizador em contexto de emergência é um desafio interessante, devendo sempre à parte dos cuidados prestados, priorizar-se um acolhimento caloroso, uma cortesia no trato pessoal e um respeito mútuo permitindo o desenvolvimento de uma relação terapêutica significativa (OE, 2015a).

Segundo Nunes (2006), as pessoas sob os nossos cuidados “não nos pertencem, mas constituem-nos profissionalmente” (p.10) sendo da nossa responsabilidade o estabelecimento de uma relação mútua pelas ações individuais e pelas escolhas feitas. Assim sendo, a importância de um determinado aspeto do conhecimento no processo da tomada de decisão varia de acordo com a complexidade de uma situação, o contexto em que se insere, as características individuais da pessoa, a responsabilidade pessoal e as experiências prévias de quem toma uma determinada decisão (Martins, 2010).

Neste contexto realizámos uma análise detalhada da legislação vigente, documentos pertinentes, normas e protocolos institucionais em vigor de forma a garantir a conformidade e a validade dos consentimentos informados da pessoa e/ou família, como por exemplo as Diretivas Antecipadas de Vontade [DAV], para uma melhor humanização dos cuidados prestados. Relativamente a esta temática expomos uma situação de um senhor que deu entrada na Sala de Emergência por alteração do estado de consciência e história de hemorragia gastrointestinal com presença de hematoquésias e necessidade de administração de unidade de concentrado de eritrócitos. No momento da triagem foi possível apurar-se que este senhor era Testemunha de Jeová, havendo assim uma preocupação por parte do enfermeiro responsável a procura pelas DAV deste senhor. Neste caso, o senhor teria *a posteriori* preenchido a documentação para as DAV, havendo assim um consentimento informado para a não administração de derivados de sangue.

Tendo em conta o apresentado, durante os momentos de reflexão experienciados, observámos como os enfermeiros orientadores foram capazes de fundamentar e tomar decisões éticas em colaboração com a restante equipa de Enfermagem, integrando as diversas áreas do conhecimento em Enfermagem.

Deste modo, consideramos que conseguimos adquirir as competências comuns de enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e a competência nº 3 para aquisição do grau de Mestre em Enfermagem.

Competências de enfermeiro especialista – B: Melhoria do domínio contínuo da qualidade

“B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (OE, 2019a, p.4747).

“B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (OE, 2019a, p. 4747).

“B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019a, p.4747).

Esta competência de enfermeiro especialista vai ao encontro da competência nº 5 para o grau de Mestre em Enfermagem “**Participa de forma proactiva em equipas e em projectos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais**” (A3ES, 2014, p.26), considerando a pertinência de realizar uma reflexão crítico-reflexiva de ambas em conjunto.

No ano de 2015, a OE lançou um guia direccionado aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC com o fundamento de serem “simples e de fácil utilização e aplicabilidade, no sentido dos mesmos servirem de norteadores e referenciais para a prática especializada do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015c, p.17240). Estes padrões oferecem um roteiro para os enfermeiros, abordando aspetos como a satisfação da pessoa, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados especializados e a prevenção e o controlo de infeção associada aos cuidados de saúde. Estes enunciados descritivos foram utilizados como diretrizes para elevar o padrão e a excelência dos cuidados prestados durante os estágios curriculares (OE, 2015c).

Para além do documento acima mencionado, também baseámos a nossa prática segura e de qualidade no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, impulsionando desse modo uma melhoria constante dos cuidados prestados. A utilização deste documento, como guia orientador da nossa prática, permitiu a mobilização de conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular de “Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde” e no *Webinar* promovido pela MCEEMC com o tema “Conexões Seguras” (ANEXO 3) (MS, 2021). No contexto da unidade curricular mencionada, e considerando ainda o tema atual da sobrelotação dos SU’s, realizámos um trabalho académico denominado de “O uso inadequado dos serviços de urgência em Portugal”.

Em ambos os estágios, foram-nos apresentados os planos de formação interna relativamente ao ano em que os estágios decorreram, incluindo as sessões de formação planeadas. No caso do estágio em contexto de urgência foi-nos ainda dado a conhecer a revisão do plano de resposta a situações de catástrofes, uma vez que devido às obras de reconstrução do serviço este plano tinha a necessidade de ser adaptado à realidade atual. Durante os diversos contextos de estágios sugeriram

diversas oportunidades de prestar cuidados, seguindo as normas de boas práticas propostas pela DGS, os protocolos e procedimentos internos dos serviços, evidências científicas encontradas com base em pesquisa e os padrões de qualidade. Sempre que estas oportunidades surgiam, era incentivada a discussão e reflexão conjunta com os enfermeiros orientadores de forma a explorar possíveis melhorias nos cuidados prestados.

Com base na pesquisa efetuada relativamente à legislação existente, aos protocolos e às diretrizes institucionais, foram identificadas áreas de melhoria contínua de forma a aperfeiçoar a qualidade dos cuidados. Assim sendo, no estágio em UCI identificámos a pertinência de realizar uma sessão de formação em serviço com a temática “Cuidados Pós-Reanimação” que deu origem a um trabalho descritivo sobre a organização e o planeamento deste momento formativo. No estágio realizado no SUP foi desenvolvido um projeto de intervenção em serviço com o tema “A Segurança da Pessoa em Situação Crítica no Transporte Intra-hospitalar”, que se encontra explanado e descrito no capítulo anterior deste documento. O desenvolvimento destes dois momentos tornou possível a incorporação de diretrizes nacionais e de conhecimentos fundamentados com a mais recente evidência científica, corroborando a sua utilidade com o Regulamento nº 656/2021 uma vez que “a formação profissional assume uma particular importância no reforço da capacidade de resposta da Enfermagem aos desafios emergentes, e em particular para um exercício profissional de excelência” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021, p.173).

No início do estágio em contexto de urgência foi apresentada a estrutura organizacional da equipa de Enfermagem tendo em conta as áreas ou projetos institucionais em que se encontram. Dessa forma encontram-se distribuídos nos seguintes grupos de trabalho: grupo de formação em serviço; gestão de riscos; Unidade de Prevenção e Controlo de Infecções por Agentes Antimicrobianos; gestão de equipamentos e materiais, nomeadamente os ventiladores; prevenção de quedas; vias verdes; auditoria de registos de Enfermagem; auditoria de Triagem de *Manchester*; entre outros. Estes grupos realizam reuniões periódicas de forma a discutir os resultados obtidos com base em auditorias e também para se manterem constantemente atualizados sobre os avanços de pesquisa em Enfermagem. Esta prática alinha-se com o objetivo estratégico 5.2 do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 que descreve a necessidade de “monitorizar a implementação de práticas seguras” (MS, 2021, p.102)

No Centro Hospitalar onde realizámos o estágio no SUP, utilizam como programa de notificação de incidentes críticos e/ou eventos adversos aquele que é promovido pela DGS – o

NOTIFICA. No entanto, foi de denotar que os enfermeiros não têm como hábito a utilização desta plataforma, justificando o receio de possíveis penalizações ao registar um procedimento relacionado à sua prática.

Durante o desenvolvimento dos estágios foi evidente que o ênfase na importância de realização de registos tem aumentado entre as equipas de Enfermagem. Desse modo, no estágio de UCI utilizámos a plataforma *B-Simple®*, sendo relativamente fácil a sua adaptação uma vez que, para além de ser bastante intuitiva, na nossa prática profissional é usual a sua utilização. Relativamente ao estágio em urgência foi utilizada a plataforma informática *SClínico®*, considerando por nós também a sua fácil utilização devido à nossa familiarização diária com ela. Esta plataforma foi recentemente introduzida neste SUP, o que levou aos enfermeiros a sentirem-se menos confortáveis com ela, havendo a necessidade de atuarmos como facilitadores na sua utilização. Posto isto, consideramos que este sistema não é muito adaptável e prático em contexto de urgência, tornando a localização de informações sobre os utilizadores dos SU's um processo bastante demorado.

Durante os estágios clínicos, considerámos sempre pertinente a realização de *debriefings* recorrentemente, promovendo assim a reflexão crítica e construtiva visando a melhoria da qualidade dos cuidados, promovendo assim um ambiente mais terapêutico e seguro para a pessoa. A utilização desta técnica de *debriefing* proporciona a gestão de sentimentos e emoções, o fortalecimento relativamente a conhecimentos e habilidades, o reconhecimento de áreas que necessitam de desenvolvimento e a introdução de recursos e/ou métodos de forma a enfrentar lacunas detetadas (Bagorrihla, 2020).

Com base na reflexão realizada considerámos que, para além da unidade curricular acima mencionada, mobilizámos também conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares de Formação e Supervisão em Enfermagem e de Gestão em Saúde e Governação Clínica. Posto isto, na primeira unidade curricular mencionada, elaborámos um plano de formação para um serviço com o tema “Gestão do Stress”, adquirindo desse modo competências neste domínio.

Após a realização da presente análise crítica foi possível reconhecermos habilidades específicas na condução de iniciativas estratégicas institucionais, especialmente na formulação e colaboração em projetos de melhoria contínua da qualidade permitindo um ambiente seguro e terapêutico. Desta forma, consideramos que estas competências comuns como enfermeiro especialista e como Mestre em Enfermagem foram adquiridas.

Competências de enfermeiro especialista – C: Domínio da gestão dos cuidados

“C1 – Gera os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (OE, 2019a, p.4748).

“C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019a, p.4748).

Em conjunto com a análise desta competência, consideramos congruente a necessidade de realizar a mesma reflexão para a competência de Mestre em Enfermagem nº 1 **“Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem numa área especializada”** (A3ES, 2014, p.26).

Na gestão dos cuidados de enfermagem é essencial uma compreensão abrangente da estrutura e da dinâmica de um determinado serviço, da sua equipa multidisciplinar e das suas obrigações, visando um ajuste e um aperfeiçoamento de recursos de forma a garantir a qualidade e a segurança da pessoa. Nesse sentido, o papel do enfermeiro gestor de um serviço é bastante importante, uma vez que a OE o define como aquele “que detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018b, p.3478).

De forma a adquirir estas competências comuns, estabelecemos a realização de um turno com os enfermeiros gestores. Desse modo, no estágio em UCI realizámos um turno em conjunto com a enfermeira gestora desse serviço e em contexto de urgência efetuámos um turno com um enfermeiro coordenador de turno. Durante essas experiências clínicas foi possível observarmos o trabalho destes enfermeiros durante os turnos que se sucederam, havendo uma constante gestão de recursos humanos e materiais, inserindo-nos na participação de tomadas de decisão durante o processo de cuidados. Este momento permitiu uma compreensão mais profunda relativamente ao papel do enfermeiro gestor, possibilitando a realização de uma reflexão crítica sobre os aspetos retidos.

Em contexto de UCI, a enfermeira gestora desempenha as suas funções durante o turno da manhã em dias úteis, sendo substituída nos restantes turnos pelo enfermeiro especialista mais antigo no serviço. No começo de cada turno, a sua primeira intervenção é a realização da distribuição das pessoas internadas pela equipa de enfermagem, considerando sempre se os enfermeiros que se encontram escalados num determinado turno já conhecem a pessoa em questão. O método de trabalho adotado neste serviço é o método de responsável onde cada enfermeiro tem

a liberdade total em tomar decisões relacionadas aos cuidados da pessoa que lhe foi distribuída, permitindo ainda, em caso de substituição, a orientação das atividades relativamente a uma determinada pessoa aos outros elementos da equipa de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2022; Ventura-Silva et al., 2023).

A enfermeira gestora da UCI tem também em consideração, para a alocação das pessoas internadas, o *Nursing Activities Score* [NAS], um índice que quantifica a carga de trabalho dos enfermeiros em contexto de cuidados intensivos, considerando o tempo em minutos dedicados por dia à prestação de cuidados de uma determinada pessoa. Macedo (2017) destaca que a utilização deste índice permite uma eficiência de recursos, uma redução dos custos em saúde e uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Durante o turno realizado em conjunto com a enfermeira gestora foi-nos permitido realizar o planeamento do horário mensal dos assistentes operacionais e dos enfermeiros, considerando-se uma atividade desafiante devido às condicionantes de horários dos elementos destas classes profissionais. Ainda foi permitido assistirmos a uma reunião em conjunto com um médico intensivista do serviço e com o responsável pelo Serviço de Aprovisionamento daquele hospital, com o fundamento de se decidir quais os materiais para traqueostomia que aquela unidade deveria implementar, considerando os prós e os contras dos dispositivos existentes em mercado.

Durante o estágio no SUP, consideramos a importância de uma gestão adequada dos cuidados uma vez que este serviço se caracteriza pela sua grande incerteza a nível da afluência, havendo uma necessidade da enfermeira gestora ter uma grande capacidade de organização e de tomada de decisão. A enfermeira gestora do SUP atua em conjunto com mais duas enfermeiras, realizando as três horários das 8 às 16 horas durante dias úteis. A enfermeira gestora tem um papel fulcral no que toca à avaliação de situações, à identificação de riscos, à gestão dos recursos humanos, considerando sempre a necessidade da criação de um ambiente positivo.

A enfermeira gestora do serviço realiza semanalmente a distribuição dos enfermeiros pelas áreas de trabalho, sendo esta passível de sofrer alterações. A metodologia de trabalho utilizada no SUP é o método de tarefa, concentrando-se nas exigências do serviço em lugar das necessidades individuais da pessoa utilizadora do SU. Este tipo de distribuição permite uma rotatividade dos enfermeiros pelos diversos balcões possibilitando que não haja uma monotonia na dinâmica do serviço (Ventura-Silva et al., 2023).

Em todos os turnos existe um enfermeiro coordenador de turno que é o responsável pela mobilização de recursos humanos, quer de enfermeiros quer de assistentes operacionais, pela

gestão de materiais, pela gestão de altas dos utilizadores do SUP, pela gestão de conflitos, entre outros. Estes enfermeiros, compostos por uma equipa de treze, sendo todos enfermeiros especialistas, têm o dever de realizar um relatório ao fim de cada turno, registando ocorrências sobre o serviço e entregando-o por via *e-mail* à enfermeira gestora. Como já foi referido anteriormente, neste estágio foi-nos permitido realizar um turno de 12 horas com um dos enfermeiros coordenadores, considerando que foi bastante enriquecedor no que toca à aquisição das competências de gestão.

É esperado que o enfermeiro especialista desenvolva habilidades de liderança, capacitando-se de forma a orientar a equipa de Enfermagem durante processos de mudança. No turno realizado junto do enfermeiro coordenador de turno, foi evidente a capacidade de adaptação de técnicas de liderança em diversas situações ocorrentes, permitindo uma gestão eficaz da sua equipa.

Para além da existência deste enfermeiro coordenador, também em cada turno existe um enfermeiro responsável por cada grande área de trabalho (Área Médica, Área Cirúrgica e Sala de Emergência), sendo esse papel desempenhado por um enfermeiro especialista indo ao encontro do Parecer nº10/2017 da OE que refere que devem ser os enfermeiros especialistas em EMC na área da PSC a serem responsabilizados para funções de chefia em determinadas áreas de trabalho (MCEEMC, 2017b). Uma vez que os enfermeiros orientadores são especialistas nesta área, foram vários os turnos que eram distribuídos como responsáveis de uma determinada área, permitindo colaborar com os mesmos nessas funções, maioritariamente na Sala de Emergência. Assim sendo, era da sua responsabilidade a realização dos testes diários dos ventiladores e dos desfibrilhadores, a gestão do empréstimo dos ventiladores a outros serviços e de vagas na Sala de Emergência e a gestão de recursos humanos nesta área caso fosse necessário realizar algum tipo transporte da PSC.

No decorrer destes estágios realizados os cuidados prestados foram constantemente gerenciados com base em decisões fundamentadas na mais recente evidência científica, garantido assim a segurança e a excelência na qualidade dos cuidados prestados, mobilizando ainda os conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular de Gestão em Saúde e Governação Clínica, permitindo ainda colocar em prática os conhecimentos adquiridos na elaboração de um trabalho para esta unidade curricular intitulado de “Liderança e Respetivas Teorias no Contexto de Enfermagem”.

Posto isto, consideramos o sucesso na aquisição das competências na área da gestão enquanto enfermeiro especialista e Mestre em Enfermagem.

Competências de enfermeiro especialista – D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

“D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (OE, 2019a, p.4749).

“D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019a, p.4749).

No seguimento destas competências comuns do enfermeiro especialista, decidimos analisá-la em conjunto com as competências de Mestre em Enfermagem nº 2 **“Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência”** (A3ES, 2014, p.26), nº 4 **“Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida”** (A3ES, 2014, p.26) e nº 6 **“Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular”** (A2ES, 2014, p.26).

O enfermeiro especialista deve reconhecer as suas limitações e as suas habilidades, mostrando humildade e vontade de aperfeiçoar e adquirir conhecimentos. Ao refletir sobre as suas próprias aprendizagens ao longo da sua jornada profissional, o enfermeiro deve compreender a importância de cada contexto, dedicando-se ao aperfeiçoamento das suas capacidades tendo em conta a área onde exerce (Benner, 2005; Fernandes, 2021).

Esta afirmação corrobora com o código deontológico dos enfermeiros onde é assumido que o enfermeiro deve “assegurar a atualização permanente dos conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” (OE, 2015a, p.8079), permitindo desse modo a “atualização contínua dos conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2015a, p.8080).

Relativamente ao estágio realizado na UCI, logo no primeiro dia, tivemos a oportunidade de assistir a uma formação em serviço relativamente aos feixes de intervenção para a prevenção de infeção associados ao catéter vesical, à corrente sanguínea, à pneumonia associada à ventilação e ao local cirúrgico. Segundo a OE (2016), a formação profissional é definida como “um processo que tem por objetivo a aquisição de conhecimentos, capacidades, atitudes e formas de comportamento exigidos para o exercício das funções próprias duma profissão” (p.4). Deste modo, considerámos este momento muito importante, visto que para além de conhecermos a maioria dos enfermeiros daquele serviço, também realizámos uma atualização de conhecimentos tendo em conta as mais recentes *guidelines* publicadas.

Durante este estágio e como já referenciámos anteriormente, para além de assistirmos a formações em serviço, também tivemos a oportunidade de nos inserirmos no plano de formação anual da UCI. Um plano de formação é caracterizado como sendo um “documento que integra o conjunto estruturado das atividades que devem ser realizadas num dado período de tempo, com o fim de alcançar os objetivos propostos, tendo por base um Diagnóstico de Necessidades de Formação” (OE, 2016, p.5). Desta forma, realizámos uma formação em serviço com a temática “Cuidados Pós-Reanimação”, tendo como população-alvo toda a equipa de Enfermagem da UCI.

Com já referimos anteriormente, nos estágios em contexto de UCI e de SUP, utilizámos para realização de registos de Enfermagem as plataformas informáticas *B-Simple – PatientCare®* e *SClínico®*. Na admissão da pessoa, os registos de Enfermagem seguem o método ISBAR, tornando a comunicação na transferência de cuidados mais eficaz. Durante esse procedimento, na elaboração do processo de Enfermagem é utilizada a linguagem para a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE]. De forma a melhorarmos a nossa prática profissional na área da transmissão de cuidados, participámos num *Webinar* promovido pela OE com a temática “Comunicação e Transição de Cuidados em Cuidados Intensivos” (ANEXO 4).

Em contexto de estágio no SUP, desenvolvemos um projeto de intervenção em serviço com a temática “Transporte Intra-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica”, considerando a sua realização crucial para adquirir a competência em questão. Para além disso, utilizando as evidências científicas mais recentes, elaborámos um artigo científico com o título “A Segurança da Pessoa em Situação Crítica no Transporte Intra-hospitalar – uma *scoping review*”. Para a produção do artigo científico em questão, além de utilizarmos os conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular de Investigação em Enfermagem, também mobilizámos os conhecimentos obtidos no *Webinar* realizado pela OE com o tema “Como realizar revisões sistemáticas da literatura” (ANEXO 5).

Garantindo a partilha de conhecimentos obtidos e de trabalhos realizados no âmbito deste Mestrado, fomos convidados como preletores na 2ª Sessão do Núcleo de EMC da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco [ULSCB] do ano 2024, apresentando o tema “O Transporte Intra-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica”, onde expusemos o projeto de intervenção realizado no âmbito do estágio no SUP, de forma a tentar introduzi-lo também nesta Unidade Local de Saúde [ULS]. Esta sessão foi realizada no dia 18 de abril de 2024, tendo a presença de mais dois oradores especialistas em EMC na área da PSC.

Ainda inserido nas atividades realizadas por este Núcleo de Enfermagem, considerámos pertinente a participação no *Webinar* “O caminho para a afirmação do enfermeiro especialista” (ANEXO 6), onde foram destacadas as competências específicas para o enfermeiro especialista na área da PSC, os padrões de qualidade dos cuidados nesta área e ainda qual o futuro dos enfermeiros especialistas a nível nacional. Estes Núcleos de Enfermagem na área da PSC têm como função “a otimização do conhecimento/prestação do cuidado das diferentes áreas de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (...), através da partilha de boas práticas, atividades de formação científica e investigação” (Sistema Nacional de Saúde [SNS], 2024b, s.p.).

De forma a nos mantermos constantemente atualizados com a mais recente evidência científica existente, participámos no “Internacional *Congress on Emergency*” (ANEXO 7) organizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros e Médicos de Emergência e no “Congresso Internacional do Doente Crítico 2023” (ANEXO 8), planeado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros, tendo sido realizado na Escola Superior de Saúde de Setúbal. Neste último congresso, e de forma a partilhar conhecimentos adquiridos durante o estágio no SUP, numa situação que foi possível presenciar no Serviço de Hemodinâmica, realizámos um póster científico com o tema “A utilização do *Cell Saver* no Doente em Choque Hipovolémico Hemorrágico: um estudo de caso” (ANEXO 9 e ANEXO 10). Consideramos que a presença nestes congressos foi muito enriquecedora, uma vez que as temáticas apresentadas estavam relacionadas com o contexto da PSC, verificando o cuidado por parte dos preletores em utilizar a evidência científica mais atualizada.

Com o objetivo de permitir ainda a atualização de conhecimentos na área da PSC também participámos no “5º Evento Científico da VMER/SU da ULSCB” (ANEXO 11), realizando dois pósteres científicos. O primeiro, realizado no âmbito da Unidade Curricular de EMC 3, consistia na temática “Preservação de vestígios no Serviço de Urgência na vítima de agressão traumática” (ANEXO 12 e ANEXO 13), e o segundo apresentava como título “A importância da formação em Suporte Básico de Vida no Curso de Licenciatura em Enfermagem” (ANEXO 14 e ANEXO 15), realizado em conjunto com duas alunas deste curso que no momento nos encontrávamos como supervisores clínicos das mesmas.

De modo a nos inserirmos em projetos institucionais, este ano fomos convidados a integrar a Comissão Organizadora do “6º Evento Científico da VMER/SU da ULSCB”, realizado nos dias 11 e 12 de abril de 2024, integrando ainda o grupo responsável pelo *Masstraining* em Suporte Básico de Vida [SBV] inserido neste evento. A realização de *Masstrainings* têm como objetivo “sensibilizar sobre o que deve ser feito em caso de emergência médica e como realizar

corretamente manobras de SBV em vítimas de paragem cardiorrespiratória” (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2023). Deste modo, este *Masstraining* apresentou como público-alvo 250 alunos do 3º ciclo de escolas da cidade de Castelo Branco.

Ainda no evento científico atrás referido, realizámos um póster científico explanando um caso clínico vivenciado pelos autores do mesmo, cujo o título é definido por “Caso Clínico – Cuidar a Pessoa com AVC Hemorrágico e Ventilação Mecânica Invasiva” (ANEXO 16). A sua elaboração permitiu a realização de uma reflexão crítica sobre a situação em questão, possibilitando um *debriefing* entre os autores.

Inseridos na Unidade Curricular de EMC 4, e de forma a melhorar as nossas competências teórico-práticas para a área da PSC, realizámos os cursos *Advanced Cardiovascular Life Support* [ACLS] (ANEXO 17) e *International Trauma Life Support* [ITLS] (ANEXO 18), considerando-se bastante benéficos para o desenvolvimento de competências enquanto enfermeiro especialista nesta área.

Com o propósito da partilha de conhecimentos, realizámos o Laboratório Nível I do INEM, isto é, o curso de formador de SBV com Desfibrilhador Automático Externo [DAE], no dia 18 de novembro de 2023 (ANEXO 19). Este curso permite-nos dar formação creditada nesta área, inseridos numa Entidade Formadora com creditação pelo INEM, devendo ser sempre respeitada a metodologia e as orientações técnicas e pedagógicas que são definidas (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2020).

De maneira a complementar esta área de desenvolvimento pessoal, fomos convidados a integrar a Escola de Formação em Suporte Avançado de Vida [SAV] da ULSCB, desse modo, realizámos o Laboratório Nível V do INEM nos dias 11 e 12 de janeiro de 2024, consagrando-nos formadores de SAV.

De forma a aprofundar ainda mais esta competência comum, inserido no projeto de intervenção em serviço, realizámos uma *scoping review* intitulada de “A Segurança do Transporte Intra-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica – uma *scoping review*”. A elaboração desta *scoping* foi permitida devido à mobilização de conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular de Investigação em Enfermagem, onde foi possível efetuarmos um trabalho académico com o título “A influência do *burnout* dos enfermeiros na qualidade dos cuidados nas instituições de saúde”.

Em suma, para aquisição desta competência comum enquanto enfermeiro especialista e das competências nº 2, 4 e 6 para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, mobilizámos ainda

conhecimentos da Unidade Curricular de Formação e Supervisão em Enfermagem, considerando assim após a sua reflexão e discussão a aquisição das mesmas.

Concluída a análise das competências comuns do enfermeiro especialista, passamos para análise crítico-reflexiva das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área da PSC.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

A OE (2019) define competências específicas para o enfermeiro especialista como sendo aquelas decorrentes “das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstrada através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (p.4745).

O enfermeiro especialista na área da PSC deverá prestar cuidados de enfermagem o mais altamente qualificados ininterruptamente “como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades” (OE, 2018a, p.19362). Desta forma, os objetivos de aprendizagem para os estágios realizados incluíram a ampliação dos conhecimentos relativamente aos cuidados de enfermagem à PSC, permitindo a aquisição das competências específicas para esta área de Enfermagem.

Posto isto, existem três competências específicas para o enfermeiro especialista em EMC na área da PSC sendo elas: “1 – Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018a, p.16363); “2 – Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (OE, 2018a, p.16363); e “3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2018a, p.16364).

A reflexão crítico-reflexiva destas competências específicas vão ao encontro das competências para a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem nº 7 “**Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade**” (A3ES, 2014, p.26) e nº 4 “**Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida**” (A3ES, 2014, p.26), considerando a sua análise realizada de forma simultânea.

Competências de enfermeiros especialista – 1: Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

“1.1 – Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (OE, 2018a, p.19363);

“1.2 – Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos” (OE, 2018a, p.19363);

“1.3 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (OE, 2018a, p.19363);

“1.4 – Gera a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” (OE, 2018a, p.19363);

“1.5 – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018a, p.19363);

“1.6 – Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica” (OE, 2018a, p.19363).

É essencial que o enfermeiro, durante a sua vida profissional, desenvolva habilidades, pensamento crítico e discernimento clínico. Ao cuidar da PSC, é crucial que o enfermeiro compreenda a condição clínica da mesma, antecipe e identifique precocemente complicações, assegurando uma precisa e direta intervenção (Benner, 2005; Coimbra & Amaral, 2016).

De uma forma corroborativa, todos os enfermeiros que trabalham na área da PSC devem ter uma sólida formação em diversas áreas especializadas. É crucial que demonstrem habilidades para lidar com situações de *stress* ou de alto risco, sempre considerando as necessidades para a pessoa e para a sua família e/ou cuidador (Sá et al., 2015).

Para aquisição desta competência específica, foram utilizados os conhecimentos adquiridos nas Unidades Curriculares de Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada e de EMC 2 e 4. A primeira e a última unidade curricular mencionadas permitiu explorar os conceitos fisiopatológicos da doença crítica, assim como a identificação precoce de sinais e sintomas de forma a prestar uma melhor abordagem possível, tendo em conta a mais recente evidência científica existente. A mobilização do conhecimento da segunda unidade curricular facilitou a compreensão e o pensamento analítico em relação aos diversos procedimentos complexos de diagnóstico e intervenção em enfermagem para a PSC e para a família e/ou cuidador. Nesta unidade curricular, de EMC 2, elaborámos um estudo de caso,

construindo um plano de cuidados tendo como fundamentação uma Teoria de Enfermagem, denominando-se o mesmo de “Estudo de Caso – Pessoa com AVC Hemorrágico e Ventilação Mecânica Invasiva”.

Ao longo dos estágios realizados em contexto de UCI e de SUP, foi possível aperfeiçoarmos o desenvolvimento de competências através da prestação de cuidados interdisciplinares à PSC, cooperando com as equipas multidisciplinares de ambos os serviços, ressaltando o exemplo dos enfermeiros supervisores clínicos como facilitadores de aprendizagem ao longo de todo o caminho percorrido. A prestação de cuidados à PSC cruza-se ainda com a nossa experiência profissional de 4 anos no cuidado à pessoa nesta área, uma vez que trabalhamos num SUMC de um hospital distrital. Os estágios realizados relacionam-se com a nossa prática profissional uma vez que considerámos fundamental a aquisição e o aprimoramento de competências especializadas nesta área. Lidar com diferentes cenários e práticas de cuidados variadas incentivou a reflexão sobre a importância do cuidar a PSC garantindo uma melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados prestados.

Em contexto de UCI, foi possível prestar cuidados à PSC, com diferentes níveis de instabilidade hemodinâmica, elaborando dessa forma planos de cuidados personalizados e ajustados conforme a situação clínica de cada um. Desta forma, foi possível adquirir novos conhecimentos e atualizar os já existentes relativamente a diversas áreas, nomeadamente ventilação invasiva e não invasiva, técnicas de substituição da função renal, monitorização hemodinâmica e nutrição entérica e parentérica.

Os protocolos estabelecidos pelo serviço, nomeadamente na gestão da dor, administração de drogas vasoativas e avaliação e monitorização, foram estritamente respeitados. Para além disso, a colocação em prática de protocolos internacionais, como no caso do SAV, também foram considerados, permitindo mobilizar conhecimentos adquiridos no curso de ACLS. Durante este estágio pudemos também participar de forma ativa na colocação de cateteres venosos centrais, cateteres para técnicas dialíticas, linhas arteriais e de entubações com tubos orotraqueais, garantindo sempre o cumprimento das *guidelines* existentes de forma a prevenir e a resolver complicações, contribuindo assim para a qualidade dos cuidados prestados.

Durante este estágio ainda foi possível o acompanhamento da PSC durante o transporte intra-hospitalar para a realização de MCDT's ou de procedimentos cirúrgicos. Destacamos que a responsabilidade, em questões de Enfermagem, deste transporte era do enfermeiro responsável pela pessoa, havendo uma tentativa de cumprimento de todas as diretrizes existentes sobre este

tipo de transporte. No entanto, evidenciou-se que cada enfermeiro preparava o transporte da sua pessoa como melhor lhe aprouvera, verificando-se a inexistência de uma uniformização deste. Posto isto e tendo em consideração o curto tempo de estágio neste contexto, surgiu a proposta de um procedimento interno relativo a esta temática para ser explorado numa próxima oportunidade.

A equipa da UCI é responsável pela Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar, tendo como função assegurar uma intervenção rápida e eficaz de forma a reduzir a mortalidade em pessoas hospitalizadas que apresentem um agravamento do seu estado. Para esta equipa, é escalado em cada turno um enfermeiro, sendo por norma o que apresenta um menor índice de NAS. Durante este estágio não foi possível vivenciar nenhum momento, visto que nos turnos que realizámos não existiram ativações (Direção Geral da Saúde [DGS], 2018b).

Relativamente ao estágio em contexto de urgência, tivemos a oportunidade de nos familiarizarmos com a dinâmica do serviço, protocolos e normas existentes e procedimentos mais realizados. Também pudemos aperfeiçoar as nossas habilidades comunicacionais para com a PSC e com a sua família, visando um estabelecimento de uma relação terapêutica.

No decorrer deste estágio, os turnos realizados foram efetuados maioritariamente na Sala de Emergência possibilitando uma melhoria na abordagem à PSC, no entanto, também nos foram proporcionados momentos de abordagem a outros utilizadores do SU em outras áreas, como na médica e cirúrgica, todavia o principal foco deste estágio foi predominantemente o cuidado à PSC. Segundo Aragão et al. (2014), os motivos mais comuns de admissão na Sala de Emergência são a alteração do estado de consciência, a falência respiratória e a instabilidade cardíaca. Inseridos nestas situações mais frequentes, foi possível prestar cuidados a pessoas com AVC, EAM, taquidisritmias, bradidisritmias, grandes queimados, traumas abdominais, PCR, entre outros. Como já referimos anteriormente, nas vítimas de PCR e de trauma foi possível utilizarmos as aprendizagens obtidas durante os cursos de ACLS e ITLS.

Com o objetivo de priorizar os cuidados urgentes e emergentes, e utilizando o processo de Enfermagem como base, abordamos a PSC utilizando a mnemónica ABCDE, possibilitando o estabelecimento de uma ordem de avaliação e de intervenção de acordo com as necessidades reconhecidas. No caso da vítima de trauma, a avaliação primária deverá ser iniciada com o controlo da hemorragia, passando posteriormente à mnemónica referida anteriormente (Costa, 2021; Vasconcelos, 2021).

Em relação à nossa abordagem a vítimas de trauma neste contexto de estágio, recordamos uma pessoa do sexo masculino que foi vítima de empalamento a nível abdominal, devido a uma

máquina de corte de madeira. Numa fase inicial ativámos a via verde de trauma, permitindo um acesso cirúrgico num tempo inferior a 45 minutos. Dessa forma, após estabilização hemodinâmica da pessoa e administração de medicação analgésica e/ou opióide, transportá-mo-la de forma a realizar os respetivos MCDT's, com posterior ida ao Bloco Operatório (Direção Geral da Saúde [DGS], 2022b).

Relativamente aos protocolos de Vias Verdes ativados, encontram-se o AVC, a coronária e a de trauma, como já referimos. Durante este estágio foi possível colaborarmos com todo o procedimento da Via Verde AVC, desde a sua ativação, à realização de Tomografia Axial Computorizada Crânio-Encefálica [TAC-CE], à administração de medicação fibrinolítica e ao encaminhamento até à sala de trombectomia. No que toca ao procedimento da Via Verde coronária também participámos de forma ativa, acompanhando todo o procedimento de realização de fibrinólise e/ou acompanhamento à sala de hemodinâmica, uma vez que este hospital dispõe deste serviço. Para além desta parte interventiva, propriamente dita, também no momento da triagem pedimos o eletrocardiograma de 12 derivações nos primeiros 10 minutos, como recomenda o INEM (2019).

Durante o estágio em SUP verificámos a vontade enorme por parte dos profissionais de saúde em implementar naquele serviço a via verde PCR. Esta via verde tem como objetivos gerais “maximizar as hipóteses de sucesso das manobras de reanimação” (Sistema Nacional de Saúde [SNS], 2017, s.p.) e “possibilitar que os doentes submetidos a manobras infrutíferas de ressuscitação (...) possam ser candidatos a dadores de coração parado” (SNS, 2017, s.p.). De forma a melhorar a nossa área do conhecimento relativamente à temática da doação de órgãos durante este Mestrado, participámos num curso em fevereiro de 2023 denominado por “Curso de Identificação e Manutenção do Dador em Morte Cerebral” (ANEXO 20).

Na abordagem à pessoa queimada, relembramos uma situação com uma pessoa do sexo masculino, vítima de queimaduras de 4º grau com 90% de área corporal queimada por produtos químicos. À chegada ao SUP, já acompanhado pela equipa da VMER, encontrava-se entubado e ventilado, no entanto, mal adaptado ao ventilador. Dessa forma, foi importante colocar em prática os conhecimentos adquiridos e a evidência científica mais recente de modo a prestarmos cuidados o melhor qualificados possíveis, realizando sempre uma gestão da sedação e da analgesia administrada de maneira a garantirmos o máximo conforto da pessoa. Para além disto, o controlo da temperatura e do risco de infeção também foram tomados sempre em conta.

No decorrer do estágio em contexto de urgência, verificámos que a frequência dos transportes intra-hospitalares é enorme, principalmente na PSC devido à grande necessidade de realização de MCDT's, de intervenções cirúrgicas e de manutenção de cuidados especializados. Neste serviço, o enfermeiro que realiza o transporte é sempre aquele que está responsável pela pessoa, sendo sempre acompanhado por uma mala de material de primeira linha. No entanto, foi possível apurar-se que este procedimento não se encontrava regulamentado nem uniformizado, surgindo a necessidade de se realizar um projeto neste âmbito, como se encontra detalhado no “Capítulo 2”.

A razão que motiva mais as pessoas a recorrerem aos SU's é a dor, como foi possível verificar durante o estágio no SUP e no decorrer da nossa vida profissional. Segundo a DGS (2008), a dor é definida como “um processo fisiológico de importância fundamental para a integridade física de um indivíduo” (p.1). Posto isto, verificámos que a ocorrência de pessoas aos SU's por dor se manifesta devido a uma dor aguda, uma vez que é “um sintoma limitado no tempo que pode e deve ser controlado” (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017b, p.4).

Perante o exposto, o conhecimento sobre as escalas e indicadores de avaliação da dor foram alvo de uma especial atenção, procurando uma melhor qualidade dos cuidados prestados à PSC. Em contexto de urgência, a escala mais utilizada é a Numérica, uma vez que é esta que se utiliza em contexto de Triagem de *Manchester*. Em contrapartida, em contexto de UCI, para além desta escala ainda se utiliza a *Behavioral Pain Scale – Intubated Patient*, uma vez que esta se aplica em pessoas com dificuldade em comunicar, o que acontece em entubados e ventilados (Batalha et al., 2013).

Durante a realização dos estágio e também na nossa atividade profissional, considerámos sempre a importância em garantir que tanto a pessoa como a sua família e/ou cuidador estivessem plenamente informados sobre o estado clínico da pessoa. Os enfermeiros têm a responsabilidade ética e legal de fornecer informações claras e precisas sobre os cuidados de Enfermagem, conforme é estabelecido pelo Código Deontológico. A forma como a informação é transmitida à pessoa e à família pode influenciar consideravelmente a adaptação à condição de saúde e ao seu plano de tratamento, sendo bastante relevante uma vez que o enfermeiro desempenha um papel crucial no apoio durante o processo de doença (OE, 2015a).

Lidar com a PSC é como navegar em águas desconhecidas, onde a incerteza é constante e qualquer alteração no estado desta pessoa pode acontecer a qualquer momento. Assim sendo, é fundamental estarmos preparados a nível de conhecimentos científicos e de habilidades para intervirmos o mais prontamente possível. Desta forma, atuámos sempre com base na Teoria da

Incerteza na Doença, uma vez que os enfermeiros desempenham um papel essencial na construção de uma relação de confiança sólida com a pessoa e família, revelando um sucesso dos cuidados prestados (Reis & Rabiais, 2020; Silva & Sousa, 2019).

O enfermeiro desempenha um papel fundamental como facilitador da comunicação entre a pessoa e a sua condição saúde/doença. Esta comunicação visa reduzir a incerteza e a imprevisibilidade associadas à doença. Deste modo, as estratégias de *coping* são utilizadas para este fim, nomeadamente a explicação das fases da doença, dos procedimentos que são necessários a sua realização e a disposição para ouvir a pessoa e esclarecer preocupações existentes. A experiência prévia do enfermeiro desempenha um papel vital na antecipação das necessidades da pessoa e na transmissão de informações confiáveis, promovendo assim uma segurança e uma compreensão mútua. Posto isto, o objetivo é capacitar a pessoa para compreender a sua condição de saúde e tomar decisões informadas de acordo com as suas necessidades individuais, minimizando assim o seu nível de incerteza (Reis & Rabiais, 2020; Silva & Sousa, 2019).

No decorrer de ambos os estágios também tivemos presentes a utilização de protocolos de comunicação de más notícias nomeadamente o Protocolo SPIKES, de forma a orientar e a estruturar a comunicação de informações delicadas, como notícias desafiadoras abrangendo qualquer situação que fuja das expectativas. O seu nome é composto pelas iniciais das suas etapas, sendo elas: *Setting up* (Preparação para o encontro); *Perception* (Perceber o doente); *Invitation* (Convidar para o diálogo); *Knowledge* (Conhecimento da informação); *Emotions* (Expressar emoções); e *Strategy and Summary* (Resumir e Organizar Estratégias) (Cruz & Riera, 2016)

Em suma e considerando a análise e reflexão realizada para esta competência específica, consideramos que a mesma foi adquirida em conjunto com a competência nº 7 para a aquisição do grau de Mestre.

Competências de enfermeiro especialista – 2: Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da ação à conceção

“2.1 – Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe” (OE, 2018a, p.19363);

“2.2 – Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe” (OE, 2018a, p.19363);

“2.3 – Planeia resposta à situação de catástrofe” (OE, 2018a, p.19364);

“2.4 – Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe” (OE, 2018a, p. 19364);

“2.5 – Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de práticas de crime” (OE, 2018a, p.19364).

A catástrofe é definida como “qualquer acontecimento que cause estragos, destabilização económica, perda de vidas humanas e deterioração de saúde, a uma escala que justifique uma mobilização excecional de auxílios vindos de fora da comunidade ou da zona atingida” (Lopes, 2021, p.351). De forma a complementar este termo, a Lei de Base da Proteção Civil considera um “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (Assembleia da República, 2015, p.5316), baseando-se assim em três aspetos fundamentais: uma grande quantidade de vítimas, os danos materiais consideráveis e a disparidade entre os recursos disponíveis de socorro e o número de vítimas com necessidade de assistência (Silva et al., 2015).

A OE (2015) define um evento multi-vítimas como aquele “que envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o funcionamento dos serviços de emergência e a prática de cuidados de saúde” (p.17241). Nos SU's é frequente ocorrer a sobrelotação de utilizadores e a escassez de recursos, tanto humanos como materiais. Embora essas circunstâncias se possam assemelhar a situações de exceção e catástrofe, muitas das vezes não são tomadas medidas concretas para lidar com esses desafios.

Durante o estágio em contexto de urgência, não fomos confrontados com nenhuma situação de catástrofe que envolvesse um evento de multivítimas, no entanto foram desenvolvidos momentos reflexivos em conjunto com os enfermeiros orientadores com o intuito de capacitar as equipas e promover uma melhor preparação para lidar com este tipo de situações.

Em ambos os estágios realizados foram revistos os Planos Internos de Emergência e Catástrofe dos serviços. Estes planos consistem na definição de normas e procedimentos destinados a reduzir os impactos de situações excepcionais e de catástrofe que possam surgir em áreas específicas, sob condições particulares. O objetivo é gerenciar de forma eficiente o uso de recursos disponíveis e coordenar a participação de recursos humanos e materiais necessários (Pereira & Coimbra, 2021).

Em contexto de urgência, o plano prevê o acolhimento das vítimas desde a triagem inicial até à sua transferência entre diversos serviços, garantindo a atuação contínua da equipa de Enfermagem em todas as etapas do processo. Como já referimos anteriormente, durante o período

de estágio no SUP, o serviço encontrava-se em processo de remodelação das instalações permitindo que o Plano Interno de Emergência e Catástrofe não se encontrasse em conformidade, uma vez que em locais do hospital que serviriam para colocar vítimas encontravam-se naquele momento ocupados por áreas de trabalho. No entanto, foi possível refletir sobre o plano existente dando sugestões de melhoria ao enfermeiro coordenador de turno relativamente ao mesmo (Bandeira et al., 2014).

Relativamente ao sistema de triagem, em situações de exceção e catástrofe utiliza-se o método *Simple Triage and Rapid Treatment* [START], permitindo uma rápida e eficaz avaliação da pessoa em situações de multi-vítimas. Assim sendo, em cada posto de triagem encontram-se 30 kits preparados para implementar este tipo de triagem caso haja alguma situação de exceção e catástrofe (Lopes, 2021).

No que concerne ao contexto de UCI, os planos internos consistem na atuação, evacuação e escoamento das pessoas internadas, sendo elaborado com vários critérios: número de vítimas, tipo de catástrofe e nível de ativação de emergência. Além deste plano, dentro deste contexto são implementados planos de contingência específicos para lidar com situações de pandemias, como foi o caso com a Covid-19. Estes planos abordam a necessidade potencial de aumentar o número de camas para pessoas infetadas com este vírus, incluindo a possibilidade de realocação de camas e de mobilização de recursos adicionais (Bandeira et al., 2014).

Para aquisição desta competência consideramos ainda o que já referimos anteriormente na análise e reflexão da competência específica nº 1, uma vez que o estágio no SUP foi realizado maioritariamente na sala de emergência, permitindo cuidar e gerir cuidados da pessoa em situação de emergência. Diante das experiências vivenciadas durante os estágios realizados, evidenciamos a importância da organização, cooperação e treino de forma a lidar com eficácia e minimizar os efeitos de uma situação de exceção e catástrofe.

No que toca à preservação de vestígios e indícios de práticas de crimes, realizámos pesquisa da mais recente evidência científica, de normas nacionais existentes e de protocolos instituídos. Deste modo, inserido na unidade curricular de Enfermagem-Médico Cirúrgica 3 realizámos um póster com o título “Preservação de vestígios no Serviço de Urgência na vítima de agressão traumática”, que foi publicado posteriormente no 5º Evento Científico da VMER/SU da ULSCB.

Para a aquisição desta competência específica, mobilizámos ainda as aprendizagens obtidas na Unidade Curricular acima mencionada relativamente à conceção e elaboração de planos de emergência e catástrofe. Como referimos anteriormente, e uma vez que durante os estágios

realizados não nos foi permitido vivenciar uma situação de exceção e catástrofe, propomo-nos a realizar em outubro de 2024 o curso de *Medical Response to Major Incidents* que tem por objetivo criar uma resposta integrada a catástrofes por meio da simulação avançada, treinando a resposta a grandes incidentes e desastres (Medical Response to Major Incidents, 2024).

Perante o já referido anteriormente, acreditamos que adquirimos a competência específica em análise, em conjunto com a competência nº 7 para a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem.

Competências de enfermeiro especialista – 3: Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

“3.1 – Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidado à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018a, p.19364);

“3.2 – Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente da Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde e resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018a, p.19364).

Segundo a DGS (2017c), as infeções associadas aos cuidados de saúde [IACS] são definidas como “infeções adquiridas pelos doentes internados em determinado período de tempo” (p.7), comprometendo a excelência dos cuidados prestados, representando uma séria ameaça à saúde e à segurança da pessoa, ao mesmo tempo que acarretam grandes prejuízos económicos. Assim sendo, constituem um desafio de escala mundial para a saúde pública (*World Health Organization* [WHO], 2022).

Atualmente, a abordagem às IACS vai para além da educação dos profissionais de saúde, envolvendo também a divulgação de informação para o público em geral. Isso visa aumentar a compreensão sobre a natureza das infeções, promover o uso adequado de antibióticos e destacar a importância da vacinação. Vale ressaltar que a Organização Mundial da Saúde publicou um relatório global sobre a prevenção e o controlo de infeção, destacando que a adesão às boas práticas de controlo de infeção pode reduzir até 70% das infeções hospitalares (European Specialist Nurses Organization, 2020; WHO, 2022).

Em contexto hospitalar, os profissionais de saúde confrontam-se diariamente com uma variedade de experiências nas suas rotinas de trabalho. Apesar das nuances e das características de cada classe, o seu objetivo comum é assegurar práticas seguras e eficazes, capazes de catalisar mudanças significativas, inclusive comportamentos. Um exemplo marcante dessa dinâmica é o papel do enfermeiro que, ao prestar cuidados, interage diretamente com o ambiente da pessoa. Seja ao manipular dispositivos médicos invasivos ou ao realizar um contacto direto com a pessoa, o enfermeiro torna-se um vetor importante para a transmissão de infeção (Nascimento & Santos , 2016).

Os hospitais oferecem ambientes propícios à disseminação e persistência de infeções. Em contexto de SU, diversos fatores contribuem para esse cenário, uma vez que a gestão e controlo de infeção tornam-se desafiantes neste meio devido à grande afluência de utilizadores e à prestação contínua de cuidados à PSC. Situações de doenças graves, a falta de informação sobre infeções latentes e a escassez de profissionais são elementos que exacerbam o risco de infeção, muitas vezes mais do que eventuais falhas nas medidas preventivas. Para abordar este desafio, foram implementadas as Precauções Básicas do Controlo de Infeção que inclui medidas como a utilização de equipamentos de proteção individual, a adesão rigorosa aos cinco momentos de lavagem das mãos, a observância da etiqueta respiratória, a adesão às orientações de prevenção e controlo de infeção e a correta segregação de resíduos. Para além disso, foi possível verificar-se que no SUP se encontravam distribuídas soluções antissépticas à base de álcool em locais estratégicos do mesmo. Este serviço ainda comporta três elementos de ligação com o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência a Antimicrobianos (Direção Geral da Saúde, 2013; Figueira, 2013).

Em ambos os contextos de estágio realizados, foram compreendidos os procedimentos adotados para reduzir o risco de infeção associados aos cuidados, incluindo os Planos de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos, assim como as diretrizes específicas de cada serviço. Foi evidenciada a relevância dessas medidas ao participar de forma ativa no planeamento e na prestação de cuidados de Enfermagem a pessoas infetadas com microorganismos multirresistentes, com o objetivo de reduzir ao máximo a ocorrência de infeções transmitidas entre pessoas e adquiridas em contexto hospitalar. Esse esforço incluiu o desenvolvimento de estratégias de forma a assegurar a segurança, tanto da pessoa como dos profissionais de saúde envolvidos.

Durante os estágios realizámos pesquisa relativamente ao controlo das IACS. Desse modo, atuámos em conformidade com as *bundles* para o controlo de infeção, nomeadamente os feixes de intervenção de prevenção da infeção urinária associada ao catéter vesical, da infeção do local cirúrgico, da pneumonia associada à ventilação e da infeção relacionada com o catéter venoso central. Como referimos anteriormente, no âmbito do estágio em UCI, foi-nos permitido assistir a uma sessão de formação em serviço relativamente a estes feixes de intervenção, permitindo posteriormente refletir sobre os mesmos junto dos enfermeiros orientadores de forma a aplicá-los corretamente.

Para além dos conhecimentos obtidos durante os estágios, também foi possível mobilizar as aprendizagens adquiridas na Unidade Curricular de EMC 5, proporcionando uma valiosa compreensão sobre a importância da prevenção e do controlo das IACS, assim como das políticas de segurança durante a prestação de cuidados à PSC. De forma a nos capacitarmos para a conceção de planos de prevenção, nesta unidade curricular ainda um trabalho nesta área denominado de “Plano de Prevenção de Controlo de Infeção – *Clostridióides difficile*”.

Posto isto, acreditamos que os objetivos estabelecidos para a aquisição desta competência foram plenamente atingidos, à semelhança da competência nº 7 para a aquisição do título de Mestre em Enfermagem, uma vez que para além de garantir a implementação de práticas eficazes de controlo de infeção, tomámos também a iniciativa em incentivar os enfermeiros de ambas as unidades a ativar mudanças comportamentais.

CONCLUSÃO

A redação deste relatório de estágio permitiu-nos consolidar a trajetória acadêmica e profissional durante o Mestrado em EMC na área da PSC, destacando a implementação de um projeto de intervenção em serviço, para uma futura apresentação em provas públicas. Em conformidade com a sua finalidade, o presente relatório permitiu uma análise reflexiva sobre a aquisição de competências comuns de enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área da PSC e competências enquanto Mestre em Enfermagem. Isso foi observado tanto no percurso acadêmico como nos contextos clínicos, envolvendo o cuidado à PSC e à sua família e/ou cuidador enfrentando desafios complexos de doença crítica e falência orgânica.

Atualmente, a prática de Enfermagem centra-se nos cuidados à pessoa e nas suas necessidades encontrando-se numa significativa transformação impulsionada pelo avanço tecnológico e científico. O quotidiano dos enfermeiros é repleto de vivências e obstáculos que demandam uma procura contínua de informação de forma a melhorar os conhecimentos e as suas capacidades, de forma a alcançar um desempenho ainda mais eficaz (Pontífice-Sousa, 2020).

Encontrar uma Teoria de Enfermagem que sustentasse o desenvolvimento quer do projeto de intervenção em serviço quer do desenvolvimento das competências enquanto enfermeiro especialista, representou um desafio significativo. No entanto, a utilização da Teoria da Incerteza na Doença de Mishel revelou-se esclarecedora, fornecendo uma compreensão mais profunda sobre o papel das Teorias de Enfermagem na prática desta disciplina. A sua aplicação veio também demonstrar claramente que o enfermeiro especialista em EMC na área da PSC tem a capacidade de aplicar modelos teóricos de Enfermagem numa variedade de contextos, evidenciando um fundamento na Prática Baseada na Evidência. Com a utilização desta teoria, destacamos que a presença da incerteza admite uma componente fundamental no processo de doença. Neste contexto, o enfermeiro desempenha um papel crucial na mediação desse processo, procurando promover uma relação de confiança que minimize a incerteza sentida pela pessoa.

A aplicação da Metodologia de Projeto na realização de um projeto de implementação num serviço desempenhou um papel fundamental na execução das atividades pretendidas, resultando no alcance bem-sucedido do objetivo geral de fortalecer a cultura de segurança no SUP, melhorando continuamente os cuidados prestados à PSC que careça de transporte intra-hospitalar.

O SUP, composto por uma equipa de Enfermagem de excelência e treinada para o cuidado à PSC, destacou-se como um campo de estágio bastante enriquecedor, proporcionando uma

contribuição significativa para o crescimento pessoal e profissional. A demonstração da cultura de excelência no serviço e o comprometimento contínuo da equipa de Enfermagem com iniciativa de melhoria dos cuidados foram fontes inspiradoras tanto para a pesquisa de evidências científicas como para promoção da reflexão e partilha de experiências vivenciadas, visando um aumento dos conhecimentos.

A realização de um transporte intra-hospitalar seguro da PSC representa uma tarefa extremamente complexa para todos os intervenientes, sejam eles a pessoa, o enfermeiro, o médico e o assistente operacional. A nossa *scoping review* evidenciou a importância das equipas multidisciplinares estarem preparadas e treinadas para a ocorrência de possíveis complicações, visando manter o padrão de cuidados do serviço de origem. A introdução de *checklists* de segurança e de procedimentos internos foram identificados como medidas essenciais para garantir a segurança da pessoa e a qualidade dos cuidados prestados durante o transporte intra-hospitalar.

Com o intuito de cumprir os objetivos estabelecidos para a conclusão do presente Mestrado, e com base nas experiências vivenciadas durante os estágios realizados, a elaboração deste relatório proporcionou a oportunidade de aplicar e aprofundar uma prática reflexiva e crítica das competências adquiridas, contribuindo para o nosso desenvolvimento profissional e pessoal. Durante estes estágios foram presenciadas diversas experiências enriquecedoras e motivadoras, amplificadas pelas diversas situações complexas que permitiram o desenvolvimento destas competências enquanto futuro enfermeiro especialista em EMC na área da PSC e Mestre em Enfermagem. A experiência adquirida durante os diversos contextos clínicos ressaltou a importância de fundamentar os cuidados de Enfermagem na Prática Baseada na Evidência, resultando em inúmeros benefícios para o avanço da disciplina de Enfermagem, fortalecendo o seu reconhecimento na ciência e a sua credibilidade na área da saúde.

Apesar dos obstáculos enfrentados durante a elaboração deste relatório de estágio, é notável a valiosa bagagem de aprendizagens e experiências que agora são aplicadas enquanto futuros enfermeiros especialistas e mestres em Enfermagem. Partindo deste ponto, inicia-se agora o desafio e compromisso de desempenhar um papel proativo e dinâmico na atualização e na disseminação de conhecimentos, colaborando em equipa para fornecer cuidados de Enfermagem especializados de excelência com uma abordagem holística à pessoa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A3ES. (2014). NCE/14/01772 - Apresentação do pedido corrigido - Novo ciclo de estudos. Portugal.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). Recomendações Técnicas para Serviços de Urgência. Portugal: Ministério da Saúde.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2024). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos. Portugal: Ministério da Saúde.
- An, Y., Tian, Z., Li, F., Lu, Q., Guan, Y., Ma, Z., . . . Li, Y. (2022). Establishment of a simplified score for predicting risk during intrahospital transport of critical patients: A prospective cohort study. *Journal of Critical Nursing*, 32, pp. 1125-1134. <https://doi.org/10.1111/jocn.16337>
- Ana, W., & Lemos, C. (2018). Metodologia Científica: a pesquisa qualitativa nas visões de Ludke e André. *Revista Eletrónica Científica Ensino Interdisciplinar*, v.4, n.12, pp. 531-541.
- Anderson, I., Tavares, M., Peres, M., & Silva, R. (2022). Eventos adversos em uma unidade de internação psiquiátrica. *Escola Anna Nery*, 26, pp. 1-9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0385pt>
- Aragão, I., Gomes, A., Proença, L., & Carvalho, C. (2014). The Emergency Room at the Center of the Emergency Chain Inside the Hospital. *27th Annual Congress, Volume: Intensive Care Medicine Supplement 1, Volume 40*. Barcelona. www.researchgate.net/publication/275031177_THE_EMERGENCY_ROOM_AT_THE_CENTER_ON_THE_EMERGENCY_CHAIN_INSIDE_THE_HOSPITAL
- Arco, A., Arco, H., Lucindo, I., & Martins, M. (2018). Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre.
- Assembleia da República. (2014). Lei nº 15/2014 - Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República*, 1ª série, nº 57 de 21 de março de 2014. Portugal.
- Assembleia da República. (2015). Lei nº 80/2015 de 3 de agosto. *Diário da República*, 1ª série, nº 149 de 3 de agosto de 2015. Portugal.

- Azevedo, L., Sousa, A., & Coelho, S. (2020). A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? - revisão integrativa. *Cadernos de Saúde*, Vol. 12, nº1, pp. 12-22. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7277>
- Bagorrihla, T. (2020). *Debriefing da equipa de Enfermagem no serviço de urgência como determinante na segurança do doente crítico [Relatório de estágio para obtenção do grau de MEstre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica]*. Instituto Politécnico de Portalegre.
- Bandeira, A., Marin, S., & Witt, R. (2014). Vulnerability to natural disasters: implications for nursing. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 13(4), p. 776. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v13i4.2213>
- Barbosa, V., & Silva, J. (2018). Utilização de Teorias de Enfermagem na Sistematização da Prática Clínica do Enfermeiro: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 7(1), pp. 260-271. <https://doi.org/10.18554/reas.v7il.2517>
- Barros, A., & Bispo, G. (2017). Teorias de enfermagem: base para o processo de enfermagem. *I Encontro Internacional do Processo de Enfermagem*. <https://doi.org/10.17648/enipe-2017-85605>
- 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*, pp. 7-16. <https://doi.org/10.12707/RIII12108>
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Editora Quarteto.
- Bergman, L., Pettersson, M., Chaboyer, W., Carlstrom, E., & Ringdal, M. (2018). Improving quality and safety during intrahospital transport of critically ill patients: A critical incident study. *Australian Critical Care*, pp. 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.12.003>
- Brandão, M., Barros, A., Primo, C., Bispo, C., & Lopes, R. (2019). Teorias de enfermagem na ampliação conceitual de boas práticas de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), pp. 604-608. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>

- Coimbra, N., & Amaral, T. (2016). Artigo de Opinião - Acompanhamento de Enfermeiro no Transporte Primário do Doente Crítico. *Nursing*.
- Costa, P. (2021). Abordagem Sistematizada do Doente Crítico. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 53-59). Lidel.
- Cruz, C., & Riera, R. (2016). Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. *Revista Diagnóstico & Tratamento* 38(2), pp. 106-108.
- Direção Geral da Saúde. (2008). Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCD: Programa Nacional de Controlo da Dor. Portugal: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2012). Orientação nº 011/2012 - Análise de Incidentes e de Eventos Adversos. Portugal: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2013). Norma nº 029/2012 - Precauções Básicas para o Controlo de Infecção. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2016). *Manual de Standards - Unidades de Urgência e Emergência*. Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2017a). Norma nº 001/2017 de 08/02/2017 - Comunicação eficaz na transmissão de cuidados de saúde. Portugal: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2017b). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Portugal: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2017c). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Portugal : Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2018a). Norma nº 002/2018 - Sistemas de Triage dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Portugal: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2018b). Despacho nº 9639/2018. *Diário da República, 2ª série, nº198 de 15 de outubro de 2018*. Portugal.
- Direção Geral da Saúde. (2019). *Relatório de Progresso de Monitorização - 4º Trimestre de 2019*. Direção Geral da Saúde.

- Direção Geral da Saúde. (2022a). Norma nº 017/2022 - Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente. Portugal: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2022b). Norma nº 012/2022 - Via Verde do Trauma no Adulto. Portugal: Ministério da Saúde.
- European Specialist Nurses Organization. (2020). European Nurse Information and Communication Guide on Infection Prevention Control and Curriculum. Holanda: Foundation of Nurse Specialists Europe.
- Fernandes, B. (2021). *Contributos da Enfermagem Especializada para a Melhoria da Prática de Cuidados [Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica]*. Universidade Católica do Porto - Instituto de Ciências da Saúde - Escola de Enfermagem.
- Figueira, A. (2013). Prevenção e controlo de infeção num serviço de urgência: higienização das mãos [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde de Setúbal.
- Filho, O. (2014). A Análise SWOT e a sua relevância para o planeamento estratégico. *III Congresso Internacional de Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento*. Universidade de Taubaté.
- Grupo Português de Triagem. (2024). *Grupo Português de Triagem*. Grupo Português de Triagem: <https://www.grupoportuguestriagem.pt/>
- Hu , Y., Shi, D., You, L., & Li, W. (2021). Intrahospital transport of critically ill patients: A survey of emergency nurses. *Nursing in Critical Care*, pp. 1-7. <https://doi.org/10.1111/nicc.12601>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. INEM.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). Dossier de Acreditação SBV-DAE. Portugal: Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023). *INEM promove Sessões de Mass training em Suporte Básico de Vida em Viseu*. Instituto Nacional de Emergência Médica: www.inem.pt/2023/08/15/inem-promove-sessoes-de-masstrainings-em-suporte-basico-de-vida-em-viseu

- Instituto Politécnico de Portalegre. (2023). Ficha da Unidade Curricular - Relatório. Portalegre, Portugal: Instituto Politécnico de Portalegre.
- Izaguirres, A., Silva, C., Lima, A., & Paz, A. (2022). Formação profissional de enfermagem em aprimoramento de competências: Revisão integrativa. *Revista Científica de Enfermagem*, 12(38), pp. 183-193. <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.38.183-193>
- Kapp, S. (2020). Entrevistas na Pesquisa Sócio-Espacial. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, V.22, pp. 1-32. <https://doi.org/10.22296/2317-1529.rbeur.202006>
- Leandro , T., Nunes, M., Teixeira, I., Lopes, M., Araújo, T., Lima, F., & Silva, V. (2020). Desenvolvimento das teorias de médio alcance na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1): e20170893, pp. 1-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0893>
- Lopes, M. (2021). Modelos de Triage em Situações de Catástrofe. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 351-357). Lidel.
- Macedo, R. (2017). *Nursing Activities Score: NAS - adaptação transcultural e validação para a população portuguesa [Tese de Mestrado]*. Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Martins , Z. (2010). *Autonomia na tomada de decisão dos enfermeiros nos serviços de atendimento urgente/permanente [Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem - Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar]*.
- Medical Response to Major Incidents. (2024). *Design of the course*. Medical Response to Major Incidents: <https://www.mrmi.eu/design.php>
- Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017a). Parecer nº 09/2017 - Transporte da Pessoa em Situação Crítica. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017b). Parecer nº 10/2017 - Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ministério da Saúde. (2005). Despacho nº 19124/2005. *Diário da República*, 2ª série, nº 169 de 2 de setembro de 2005. Portugal.

- Ministério da Saúde. (2014a). Portaria nº 82/2014 de 10 de abril. *Diário da República*, 1ª série, nº 71 de 10 de abril de 2014. Portugal.
- Ministério da Saúde. (2014b). Despacho nº 10319/2014. *Diário da República*, 2ª série, nº 153 de 11 de agosto de 2014. Portugal.
- Ministério da Saúde. (2015). Despacho nº 5613/2015. *Diário da República*, 2ª série, nº 102 de 27 de maio de 2015. Portugal.
- Ministério da Saúde. (2021). Despacho nº 9390/2021 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. *Diário da República*, 2ª série de 24 de setembro de 2021. Portugal.
- Mishel, M. (2014). Theories of Uncertainty in Illness. Em M. Smith, & P. Liehr, *Middle Range Theories for Nursing [Third Edition]* (pp. 53-86). Springer Publishing Company.
- Nascimento, D., & Santos, L. (2016). Infecções relacionadas à saúde: percepção dos profissionais de saúde sobre seu controle. *Revista Interdisciplinar*, 9(2), pp. 127-135.
- Nené, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem - Teoria e Prática*. Lidel.
- Nunes, L. (2006). *Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem*. Lusociência.
- Nunes, L. (2018). *Para uma epistemologia de enfermagem [2ª edição]*. Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual enunciados descritivos. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Lei nº 156/2015 de 16 de setembro - Estatutos da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1ª série, nº 181 de 16 de setembro de 2015. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento nº 190/2015 - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República*, 2ª série, nº 79 de 23 de abril de 2015. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). Regulamento nº 361/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2ª série, nº 123 de 26 de junho de 2015. Portugal.

- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Regulamento da Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Regulamento nº 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República, 2ª série, nº 135 de 16 de julho de 2018*. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Regulamento nº 76/2018 - Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. *Diário da República, 2ª série, nº 21 de 30 de janeiro de 2018*. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento nº 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2ª série, nº 26 de 6 de fevereiro de 2019*. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento nº 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República, 2ª série, nº 184 de 25 de setembro de 2019*. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). Parecer do Conselho de Enfermagem nº 07/2020 - Transporte intra-hospitalar de pessoas em situação crítica. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Regulamento nº 656/2021: Regulamento de Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 2ª série, nº 137 de 16 de julho de 2021*. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). Regulamento nº 613/2022 - Regulamento que define o ato do enfermeiro. *Diário da República, 2ª série, nº 131 de 8 de julho de 2022*. Portugal.
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). Transporte do Doente Crítico: Recomendações 2023. Portugal: Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.
- Ordem dos Médicos. (2009). Norma de Boa Prática em Trauma. Portugal: Ordem dos Médicos.
- Penedo, J., Ribeiro, A., Lopes, H., Pimentel, J., Pedrosa, J., Sá, R., & Moreno, R. (2016). Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos - Relatório Final. Portugal: Ministério da Saúde.

- Pereira, S., & Coimbra, N. (2021). Plano de Emergência Interna. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 363-367). Lidel.
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Soares, C., Khalil, H., & Parker, D. (2017). Chapter 10: Scoping review. Em E. Aromataris, & Z. Munn, *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Joanna Briggs Institute.
- Picinini, E., & Dias, T. (2022). Gerenciamento do cronograma de projetos como fator de sucesso para sua execução: Estudo de caso em uma empresa de calçados no Valo do Paranhana/RS. *Revista de Administração de Empresas Eletrônica - RAAE*, n.16, pp. 59-85.
- Pontífice-Sousa, P. (2020). *O conforto da pessoa idosa [2ª edição]*. Universidade Católica.
- Reis, D., & Rabiais, I. (2020). Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica: estratégias de gestão da incerteza. *Caderno de Saúde*, Vol. 12, pp. 109-110. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10287>
- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D., & Forte, E. (2018). O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos da Enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(2), pp. 1-9. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, nº 15, pp. 1-37.
- Sá, F., Botelho, M., & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, Vol. 19, Nº 1, pp. 31-46.
- Sharafi, R., Ghahramanian, A., Sheikhalipour, Z., Ghafourifard, M., & Ghasempour, M. (2020). Improving the safety and quality of the intra-hospital transport of critically ill patients. *Nursing in Critical Care*, pp. 1-9. <https://doi.org/10.1111/nicc.12527>
- Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de Urgência - Da Teoria à Prática [6ª edição]*. Lusociência.
- Silva, R., Campos, P., Reis, A., & Bandeira, R. (2015). Princípios de Medicina de catástrofe em revisão a partir de Fukushima. *Territorium*, 22, pp. 246-266. https://doi.org/10.14195/1647-7723_22_19

- Silva, J., & Sousa, P. (2019). A incerteza na pessoa em situação crítica: contributos para um cuidar holístico e humanizado. *Revista Servir*, Volume 60, nº 1-2, pp. 59-65. <https://doi.org/10.48492/servir021-2.24494>
- Sistema Nacional de Saúde. (2017). *CHLC com Via Verde para as vítimas de paragem cardiorrespiratória*. Sistema Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/10/17/via-verde-pcr/>
- Sistema Nacional de Saúde. (2024a). *Monitorização do SNS - Serviços de Urgência*. SNS - Portal do SNS: www.sns.gov.pt/monitorizacao-do-sns/servicos-de-urgencia
- Sistema Nacional de Saúde. (2024b). *Núcleo de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Unidade Local de Saúde de Castelo Branco: www.ulscb.min-saude.pt/servicos/comissoes-internas/nucleo-de-enfermagem-medico-cirurgica
- Smith, M. (2014). Disciplinary Perspectives Linked to Middle Range Theory. Em M. Smith, & P. Liehr, *Middle Range Theory for Nursing [Third Edition]* (pp. 3-14). Springer Publishing Company.
- Smith, M., & Liehr, P. (2014). Understanding Middle Range Theory by Moving Up and Down the Ladder of Abstraction. Em M. Smith, & P. Liehr, *Middle Range Theory for Nursing [Third Edition]* (pp. 15-34). Springer Publishing Company.
- Song, Y., Zhao, Q., Yang, M., Xie, X., Gong, M., & Chen, H. (2022). Intrahospital transport of critically ill patients: A cross-sectional survey of Nurses' attitudes and experiences in adult intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*, 78,, pp. 2775-2784. <https://doi.org/10.1111/jan.15179>
- Sousa, L., Firmino , C., Carteiro, D., Frade, F., Marques, J., & Antunes , A. (2018). Análise de Conceito: Conceitos, Métodos e Aplicações em Enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*, pp. 9-19.
- Vasconcelos, P. (2021). Abordagem Sistematizada da Vítima de Trauma. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 244-253). Lidel.
- Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade , L., Faria, A., Barros, S., Melo, R., . . . Ribeiro, O. (2023). Escala de avaliação dos métodos de trabalho dos enfermeiros: um estudo de validação de

conteúdo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(2~), pp. 1-7.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0396pt>

Williams, P., Karuppiah, S., Greentree, K., & Darvall, J. (2019). A checklist for intrahospital transport of critically ill patients improves compliance with a transportation safety guidelines. *Australian Critical Care*, pp. 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.02.004>

World Health Organization. (2022). Global report on infection prevention and control. Geneva: World Health Organization.

Zhang, W., Lv, J., Zhao, J., Ma, X., Li, X., Gu, H., . . . Zhou, R. (2022). Proactive risk assessment of intrahospital transport of critically ill patients from emergency department to intensive care unit in a teaching hospital and its complications. *Journal of Clinical Nursing*, pp. 2539-2552. <https://doi.org/10.1111/jocn.16072>

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Projeto de Estágio – Unidade de Cuidados Intensivos

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Docente orientador da Unidade Curricular:

Profª. Dra. Maria Alice Góis Ruivo

Projeto de Estágio – Unidade de Cuidados Intensivos

Gonçalo Jorge Santos Antunes Pires, nº 22745

maio

2023

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

7º Curso de Mestrado em Enfermagem
Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
Docente orientador da Unidade Curricular:
Profª. Dra. Maria Alice Góis Ruivo

Projeto de Estágio – Unidade de Cuidados Intensivos

Gonçalo Jorge Santos Antunes Pires, nº 22745

maio
2023

Projeto de Estágio – Unidade de Cuidados Intensivos

Abreviaturas e Símbolos

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APA – American Psychological Association

Dr^a. – Doutora

EMC – PSC – Enfermagem Médico-Cirurgia – Pessoa em Situação Crítica

Prof^a. – Professora

s.p. – sem página

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

Projeto de Estágio – Unidade de Cuidados Intensivos

Índice

Introdução	4
1. Projeto de Aprendizagem	6
1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	6
1.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	6
1.1.2. Melhoria contínua da qualidade	7
1.1.3. Gestão dos cuidados	8
1.1.4. Desenvolvimento das atividades profissionais	9
1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC – PSC	9
1.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	10
1.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	11
1.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	11
2. Conclusão	13
Bibliografia	14

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular [UC] de “Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica” do 7º Mestrado em Enfermagem com área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica, foi proposto ao estudante a elaboração de um projeto de estágio onde deverão ser projetados os resultados de aprendizagem a atingir durante o Estágio e as atividades propostas de forma a adquirir competências gerais e específicas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Nesta fase inicial do Estágio, foi proposta a realização deste documento de forma a servir como guia orientador ao estudante, enfermeiros orientadores e docente no percurso de aprendizagem dando continuidade aos objetivos propostos, assumindo-se como uma ferramenta construtiva e elucidativa da evolução e aquisição de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista.

O presente Estágio está a ser desenvolvido no serviço de Unidade de Cuidados Intensivos [UCI], de um Hospital Distrital. Este estágio teve início no dia 22 de maio de 2023, estendendo-se por 6 semanas, ou seja, até dia 30 de junho de 2023, com um total de 144 horas presenciais. O percurso deste Estágio será realizado sob supervisão pedagógica da Professora Doutora Alice Ruivo e sob supervisão clínica de dois Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

De forma a prestar cuidados de enfermagem à pessoa e respetivos familiares a vivenciar situações críticas, baseando-me num pensamento crítico e reflexivo tendo como base a evidência científica mais atual, o presente projeto tem como objetivo geral:

- Apresentar um projeto para “aferir a qualidade e pertinência dos objetivos e atividades propostas na aquisição de competências” (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde, 2023, p.1).

Este documento será dividido em duas partes, sendo elas o desenvolvimento e a conclusão. No desenvolvimento será realizado o projeto de aprendizagem onde irei identificar as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica [EMC-PSC]. Para cada competência serão explanados os objetivos de aprendizagem, e resultados e atividades de aprendizagem a realizar durante o estágio. Posteriormente será elaborada uma conclusão onde será refletido o conteúdo do projeto e os aspetos a realçar.

Projeto de Estágio – Unidade de Cuidados Intensivos

O trabalho foi desenvolvido sob as normas de elaboração de trabalhos do Instituto Politécnico de Portalegre e sob as normas de referenciação bibliográficas da *American Psychological Association* [APA] 7ª edição.

1. Projeto de Aprendizagem

Com base no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, mais especificamente no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista deve apoiar a sua prática clínica na mais recente evidência científica, desenvolvendo desse modo o seu autoconhecimento e a sua assertividade. Assim sendo, o meu principal objetivo com o desenvolvimento deste trabalho passa por assegurar a minha contínua atualização e aperfeiçoamento para o meu desenvolvimento profissional enquanto futuro Enfermeiro Especialista.

Com base no exposto, a minha prática clínica sempre se baseou na aquisição de novas aprendizagens, tentando sempre atualizar novos conhecimentos e saberes científicos. Assume-se que o futuro da profissão se pautará pela diferenciação e pelo aumento da qualidade e complexidade dos cuidados prestados, necessitando assim de uma evolução mais especializada dos mesmos dentro de uma equipa multidisciplinar.

Sendo objetivo para esta UC a obtenção das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, segue-se para cada uma delas os objetivos, resultados e atividades de aprendizagem a realizar ao longo do mesmo.

1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A Ordem dos Enfermeiros definiu que, independentemente da área especializada em Enfermagem, há várias competências que são transversais a todas as especialidades, demonstrando-se através da “capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados e, ainda através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e acessoria” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019, p. 4745).

Dentro deste grupo de competências que pretendo adquirir durante este Estágio reúne a responsabilidade ética, profissional e legal, a gestão de cuidados, a melhoria contínua da qualidade e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

1.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

Tendo em conta o Regulamento nº 140/2019, o Enfermeiro Especialista deve saber manifestar um exercício seguro, profissional e ético, aplicando habilidades de tomada de decisão tendo sempre em conta os valores e princípios da profissão, respeitando os direitos humanos de cada pessoa (OE, 2019).

Resultados de aprendizagem:

Projeto de Estágio – Unidade de Cuidados Intensivos

- Desenvolver o processo de tomada de decisão com base em valores e princípios éticos e deontológicos;
- Desenvolver uma prática profissional, ética e legal no campo de intervenção;
- Promover uma prática de cuidados tendo em conta os direitos, proteção, dignidade e privacidade da pessoa e da sua família.

Atividades de aprendizagem:

- Participação ativa no desenvolvimento de capacidades de tomada de decisão em equipa nos cuidados de saúde;
- Tomada de decisão sustentada em conhecimento científico e experiência profissional dos intervenientes, junto com a equipa multidisciplinar;
- Reflexão em conjunto com o enfermeiro orientador, docente (quando possível) e restantes intervenientes (família ou restante equipa multidisciplinar) no processo de cuidar acerca das decisões tomadas;
- Utilização, como guia da prática de Enfermagem, do Regulamento Profissional dos Enfermeiros e do seu Código Deontológico, defendendo os direitos, crenças e valores da pessoa enquanto ser humano;
- Promoção da individualidade, do sigilo e da privacidade de cada pessoa, atuando sempre de forma antecipada;
- Auxílio à pessoa e à sua família nos processos de tomada de decisões relativamente à escolha dos cuidados especializados a prestar.

Período temporal: Ao longo do Estágio.

1.1.2. Melhoria contínua da qualidade

Tendo em conta o Regulamento nº 140/2019, o Enfermeiro Especialista deve colaborar na realização de projetos dentro da área da qualidade contínua tendo sempre em consideração a gestão do ambiente centrado na pessoa, atuando de forma proativa gerindo o bem-estar da pessoa e minimizando o risco (OE, 2019).

Resultados de aprendizagem:

- Conhecer os protocolos, normas e projetos de melhoria da qualidade existentes no serviço;
- Identificar áreas de melhoria do serviço;
- Garantir um ambiente seguro e terapêutico para a pessoa e família.

Atividades de aprendizagem:

Projeto de Estágio – Unidade de Cuidados Intensivos

- Leitura crítica dos protocolos existentes na UCI;
- Realização de uma formação em serviço, tendo em conta as necessidades formativas encontradas no serviço;
- Estabelecimento de estratégias de melhoria durante a prestação de cuidados;
- Colaboração com auditorias realizadas no serviço;
- Prestação de cuidados baseados em guias orientadores de boas práticas, evidência científica recente e normas de avaliação da qualidade;
- Conhecimento dos indicadores de qualidade do serviço e das suas metas, implementando os instrumentos adequados para a concretização dos mesmos;
- Cumprimento do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026;
- Cooperação na organização do trabalho e definição de recursos de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro, promovendo uma prestação de cuidados segura;
- Promoção de um ambiente que fortaleça a individualidade e necessidades da pessoa e família, permitindo uma envolvimento ativo no processo de cuidar.

Período temporal: Ao longo do Estágio.

1.1.3. Gestão dos cuidados

Tendo em conta o Regulamento nº 140/2019, o Enfermeiro Especialista deve gerir os cuidados tendo sempre em conta a segurança e a qualidade das tarefas que delega, adequando sempre os recursos disponíveis às necessidades dos cuidados prestados (OE, 2019).

Resultados de aprendizagem:

- Articular a qualidade dos cuidados da equipa de enfermagem com a gestão de recursos disponíveis, tendo em conta a necessidade do serviço.

Atividade de aprendizagem:

- Conhecimento de protocolo e normas de gestão utilizados no serviço de UCI;
- Aquisição de competências de liderança, gestão e priorização através da realização de um turno de coordenação com a enfermeira gestora do serviço, adaptando o estilo de liderança e gestão à realidade do momento;
- Colaboração com o coordenador de turno na gestão de recursos, quer humanos quer materiais, ao longo do turno.

Período temporal: Ao longo do Estágio.

1.1.4. Desenvolvimento das atividades profissionais

Tendo em conta o Regulamento nº 140/2019, o Enfermeiro Especialista deve desenvolver o seu autoconhecimento, tendo em consideração uma prática reflexiva baseada na mais recente evidência científica (OE, 2019).

Resultados de aprendizagem:

- Desenvolver a assertividade, o autoconhecimento e a prática clínica especializada em evidência científica.

Atividades de aprendizagem:

- Desenvolvimento de competências comunicacionais;
- Otimização do autoconhecimento e reconhecimento de fatores e limites pessoais e profissionais;
- Gestão de emoções e stresse durante a atuação em situação de pressão extrema, nomeadamente emergências;
- Aprendizagem e consolidação de competências inerentes à profissão;
- Identificação de necessidades formativas e implementação de uma formação em serviço (como já foi referido no domínio da “Melhoria contínua da qualidade”);
- Colaboração em estudos de investigação e divulgação de resultados que contribuem para melhorar a prestação de cuidados especializados.

Período temporal: Ao longo do Estágio.

1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC – PSC

As competências específicas do Enfermeiro Especialista são aquelas que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos processos de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade” (OE, 2019, p.4745). Desse modo, o Enfermeiro Especialista em EMC – PSC deve ter adquiridas competências como o cuidar da pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e falência orgânica, dar resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe e ainda ter um papel importante na intervenção da prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Projeto de Estágio – Unidade de Cuidados Intensivos

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

Tendo em conta o Regulamento nº 429/2018, o Enfermeiro Especialista em EMC – PSC deve possuir conhecimentos e habilidades de forma a dar resposta em tempo útil, devendo até ter a capacidade de antecipar possíveis situações de instabilidade e de risco de falência orgânica (OE, 2018).

Resultados de aprendizagem:

- Prestar cuidados à pessoa em situação crítica e colocar em prática os protocolos complexos terapêuticos existentes;
- Potenciar a identificação e antecipação de situações de instabilidade na pessoa em situação crítica;
- Gerir e consolidar técnicas de comunicação e relação terapêutica com a pessoa e com a sua família, tendo em conta a situação de instabilidade.

Atividades de aprendizagem:

- Obtenção de conhecimento dos protocolos terapêuticos complexos existentes e a implementação dos mesmos à pessoa em situação crítica;
- Diagnóstico e antecipação de situações e complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos, implementando cuidados de enfermagem dirigidos à resolução das mesmas;
- Admissão e acolhimento integral do doente crítico no serviço, desenvolvendo uma avaliação constante e um registo dos dados obtidos;
- Planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem ao doente crítico, determinando prioridades e estratégias de intervenção;
- Participação na execução de técnicas invasivas de suporte, monitorização e manutenção de vida;
- Capacitação em identificar focos de instabilidade, demonstrando conhecimentos sobre evidências fisiológicas e emocionais em resposta às necessidades da pessoa em situação crítica;
- Consolidação e demonstração de técnicas farmacológicas e não farmacológicas de gestão da dor na pessoa em situação crítica;
- Aplicação de estratégias facilitadoras de comunicação de notícias e relação terapêuticas com a pessoa e família.

Período temporal: Ao longo do Estágio.

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

Tendo em conta o Regulamento nº 429/2018, o Enfermeiro Especialista em EMC – PSC deve saber atuar de forma eficiente em situações consideradas como especiais, nomeadamente episódios de emergência ou situações de multivítimas (OE, 2018).

Resultados de aprendizagem:

- Conhecer os procedimentos de situação de emergência, exceção e catástrofe.

Atividades de aprendizagem:

- Aquisição de conhecimentos sobre os protocolos e normas de atuação existentes na UCI para situações de emergência, exceção e catástrofe em cenário multivítimas;
- Participação ativa nesse tipo de situações, caso haja ocorrência das mesmas durante o Estágio.

Período temporal: Ao longo do Estágio.

1.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

Tendo em conta o Regulamento nº 429/2018, o Enfermeiro Especialista em EMC – PSC deve atuar em todas as situações tendo em conta sempre a importância da prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde (OE, 2018).

Resultados de aprendizagem:

- Conhecer e cumprir o plano de prevenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos da UCI.

Atividades de aprendizagem:

- Aquisição de conhecimento sobre os procedimentos do serviço face à diminuição do risco de infeção associada ao cuidados;
- Aquisição de conhecimentos relativamente às *bundles* para a prevenção das infeções associadas à ventilação, à corrente sanguínea, ao local de ferida cirúrgica e ao catéter vesical;
- Desenvolvimento de conhecimentos acerca dos diversos tipos de microrganismos multirresistentes com maior taxa no serviço;
- Planeamento e processamento das precauções básicas de controlo de infeção;
- Identificação das estratégias de minimização da incidência de infeção cruzada e nasocomial;

Projeto de Estágio – Unidade de Cuidados Intensivos

- Reconhecimento dos circuitos no serviço para a prevenção e controlo de infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica.

Período temporal: Ao longo do Estágio.

2. Conclusão

A vida profissional do Enfermeiro é rica em experiências e desafios que permitem o desenvolvimento das suas capacidades de forma a melhorar a sua prestação de cuidados. A realização do Estágio na área da Pessoa em Situação Clínica deve conduzir à aquisição de competências especializadas e ao desenvolvimento de profissionais críticos e reflexivos que baseiam a sua prática na melhor e mais recente evidência científica.

Em contexto de estágio em Cuidados Intensivos, a realização deste Projeto permite identificar as necessidades formativas, fornecendo ao orientador pedagógico e enfermeiro orientador ferramentas de sustentação e avaliação do percurso desenvolvido ao longo do mesmo. A imprevisibilidade e instabilidade do doente crítico, neste caso, são fatores influenciadores que podem ditar a aquisição de conhecimentos e competências como futuro enfermeiro especialista, pelo que este projeto é suscetível de sofrer alterações no decorrer do Estágio.

A nível pessoal e profissional este Projeto de Estágio será fundamental tanto para o encaminhamento das atividades e aprendizagens obtidas ao longo do estágio como para a auto-avaliação e reflexão do meu percurso enquanto enfermeiro especialista que se irá traduzir posteriormente na minha prestação de cuidados ao doente crítico.

Projeto de Estágio – Unidade de Cuidados Intensivos

Bibliografia

- Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde. (2023). Ficha de Unidade Curricular de Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Portalegre, Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135 de 16 de julho de 2018. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26 de 6 de fevereiro de 2019. Portugal.

APÊNDICE 2 – Formação em Serviço: “Cuidados Pós-Reanimação”

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
Mestrado em Enfermagem

INSTITUTO DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE
I3S

Faculdade Superior de Saúde
IPS

Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

CUIDADOS PÓS-REANIMAÇÃO

UC: Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Enfº Gonçalo Pires (22745)

Orientador pedagógico: Profª Drª Alice Ruivo
Orientadores clínicos: [REDACTED]

junho 2023

Objetivos

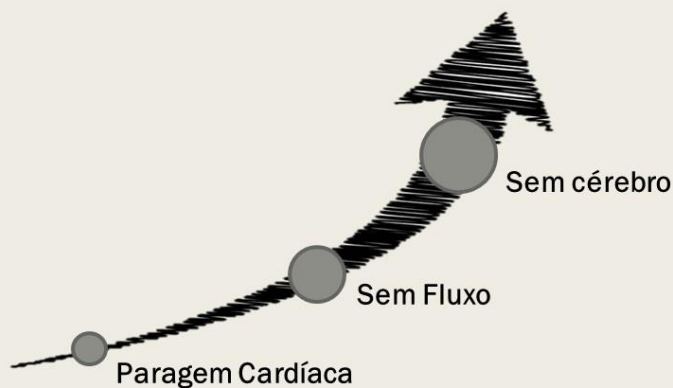
Objetivo Geral: Os Enfermeiros devem refletir sobre uma prática de qualidade na área dos Cuidados Pós-Reanimação

Objetivos Específicos:

- Definir o conceito de Paragem Cardiorrespiratória
- Conceitualizar a Cadeia de Sobrevivência
- Conhecer o Síndrome Pós-PCR
- Compreender a importância dos Cuidados Pós-Reanimação

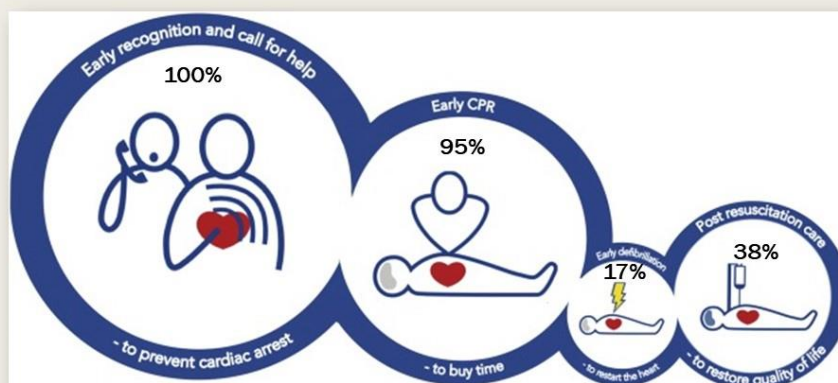
Paragem Cardiorrespiratória

Ocorre uma falha da bomba cardíaca levando a uma interrupção do fluxo sanguíneo, associando-se à ausência da função respiratória



Santos & Marques, 2021

Cadeia de Sobrevivência



Deakin, 2018

Síndrome Pós-PCR



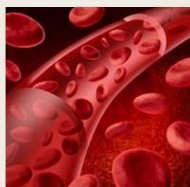
Disfunção do miocárdio

- Hipocinésia global;
- Diminuição da FEVE.



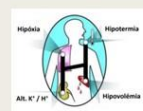
Lesão cerebral hipóxica isquêmica

- Diminuição do fluxo sanguíneo cerebral.



Resposta Sistêmica Isquêmica

- Hipovolêmia;
- Vasoplegia;
- Alterações da coagulação;
- Translocação bacteriana.

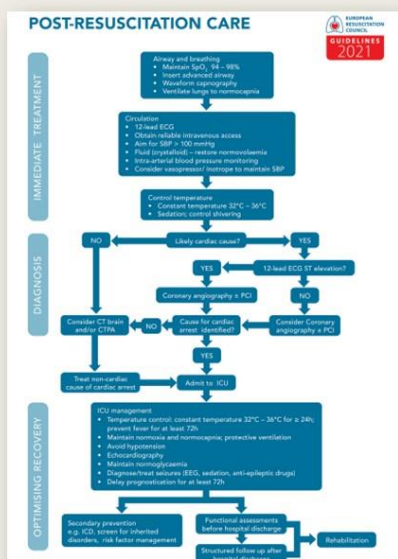


Patologia Precipitante/ Persistente

- Causa da PCR.

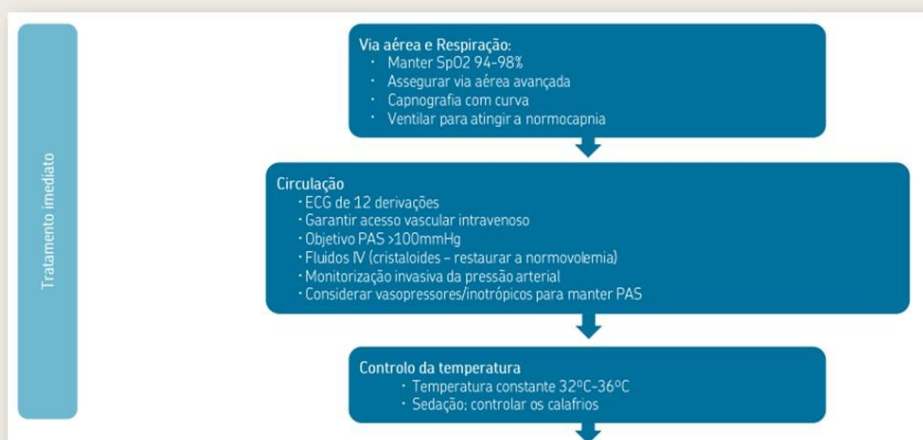
Fasolino et al., 2022; Henriques, 2019

Cuidados Pós-Reanimação



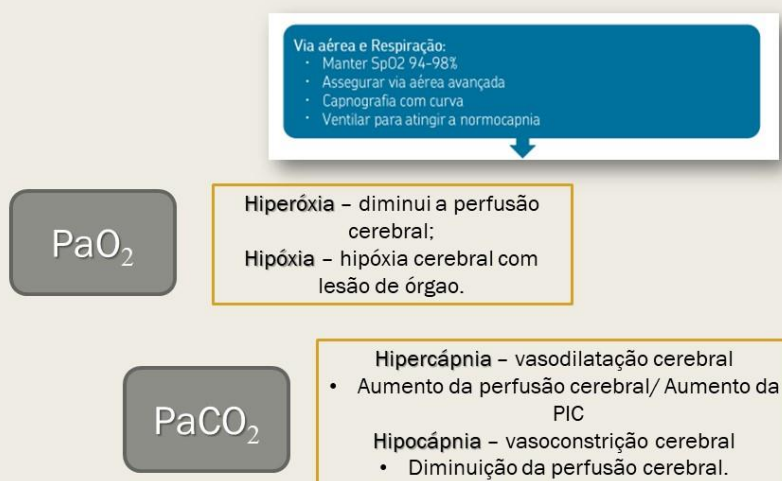
Nolan et al., 2021

Cuidados Pós-Reanimação



Nolan et al., 2021

Cuidados Pós-Reanimação



Henriques, 2019; Holmberg et al., 2020; Kjaerdgaard et al., 2022; Nolan et al., 2021

Cuidados Pós-Reanimação

Via aérea e Respiração:

- Manter SpO₂ 94-98%
- Assegurar via aérea avançada
- Capnografia com curva
- Ventilar para atingir a normocapnia

Via Aérea Avançada

- Curva de EtCO₂

SpO₂ 94 – 98%

- Oximetria de Pulso

Normocápnia (35-45 mmHg)

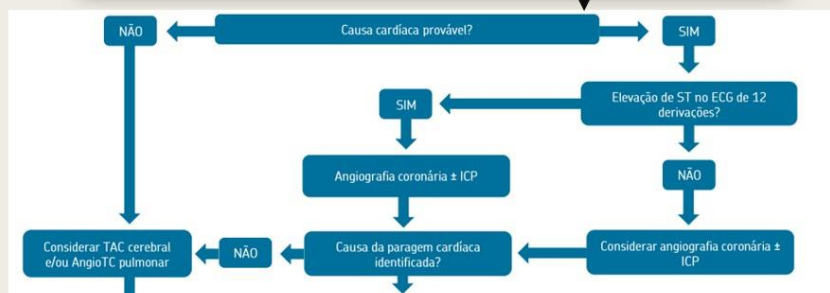
- Gasimetria arterial;
- EtCO₂;
- Ventilação protetora
 - VC: 6-8ml/kg;
 - FR: 10-20 cc/min;
 - PEEP: 4-8 cmH₂O.

Henriques, 2019; Holmberg et al., 2020; Kjaerdaard et al., 2022; Nolan et al., 2021

Cuidados Pós-Reanimação

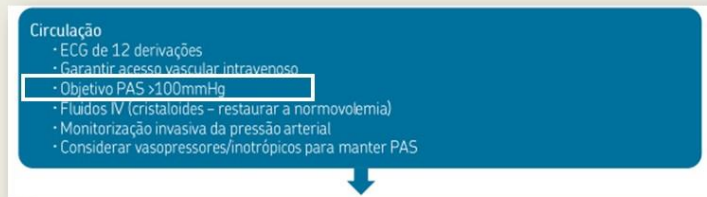
Circulação

- ECG de 12 derivações
- Garantir acesso vascular intravenoso
- Objetivo PAS >100mmHg
- Fluidos IV (cristaloides – restaurar a normovolemia)
- Monitorização invasiva da pressão arterial
- Considerar vasopressores/inotrópicos para manter PAS



Nolan et al., 2021

Cuidados Pós-Reanimação



Otimização da Pressão Arterial?

Choque Pós-Ressuscitação

Origina a presença de uma hipoperfusão e de uma hipotensão arterial.

Disfunção do Miocárdio

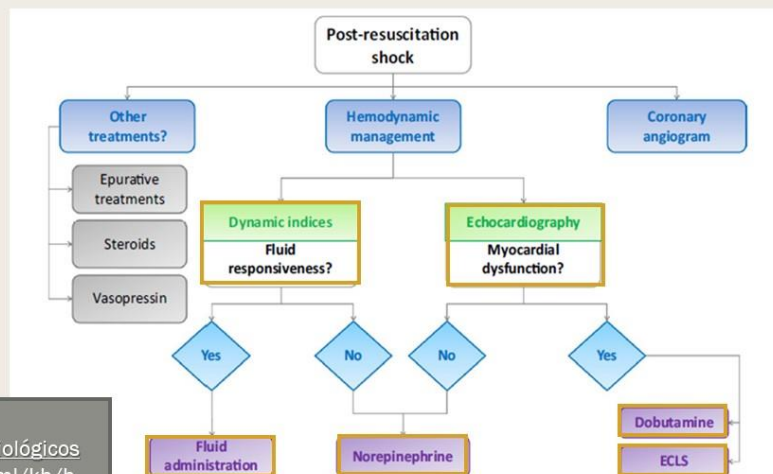
Vasoplegia

Hipovolémia

A
B
C
D
E

Jozwiak *et al.*, 2020; Nolan *et al.*, 2021

Cuidados Pós-Reanimação



Objetivos Fisiológicos

- DU > 0,5ml/kg/h
- Correção de Lactatos

Jozwiak *et al.*, 2020

Cuidados Pós-Reanimação

Circulação

- ECG de 12 derivações
- Garantir acesso vascular intravenoso
- Objetivo PAS >100mmHg
- Fluidos IV (cristalóides – restaurar a normovolemia)
- Monitorização invasiva da pressão arterial
- Considerar vasopressores/inotrópicos para manter PAS

Perfusão

- PAS > 100 mmHg
- PAM > 65 mmHg
- Débito Urinário > 0,5ml/kh/h
- Correção de Lactatos

Monitorização

- Linha arterial
- Débito cardíaco
- Gasimetria

Tratamento

- Cristalóides
- Noradrenalina
- Dobutamina
- ICP
- ECMO-VA

A
B
C
D
E

Nolan et al., 2021

Cuidados Pós-Reanimação

Controlo da temperatura

- Temperatura constante 32°C-36°C
- Sedação; controlar os calafrios

Controlo Direcionado da Temperatura

- Temperatura entre 33 – 36°C
- Escolher uma temperatura alvo
- Monitorizar a temperatura central
- Prevenir hipertermia até 72h
- Tratar os tremores

A
B
C
D
E

Nolan et al., 2021

Cuidados Pós-Reanimação

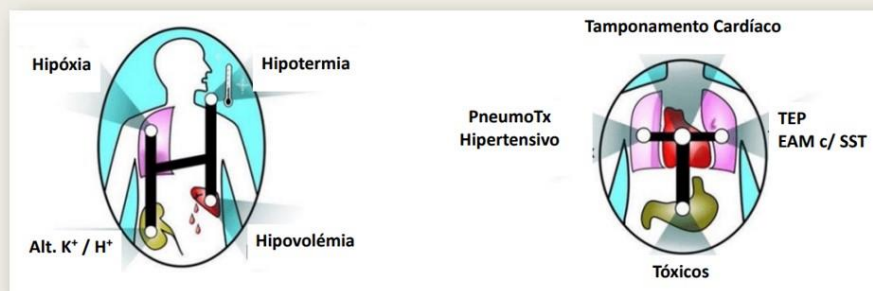
- Temperatura constante 32°C-36°C
- Sedação: controlar os calafrios

Sedação

- Fármacos de curta duração
 - Diminuição da repercussão hemodinâmica
- Eletroencefalograma
 - Tratar atividade epiléptica (Levetiracetam ou Valproato de sódio)

Nolan et al., 2021

Patologia Precipitante ou Persistente



TAC Crânio
Encefálico

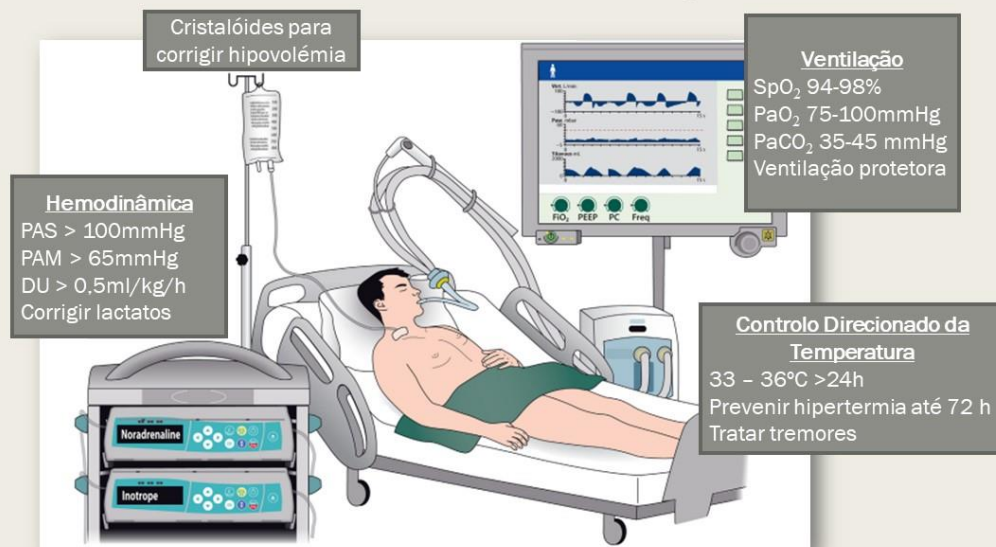
Angio TAC pulmonar

Análises sanguíneas

Ecografia

INEM, 2021; Nolan et al., 2021

Cuidados Pós-Reanimação



Pontos-Chave

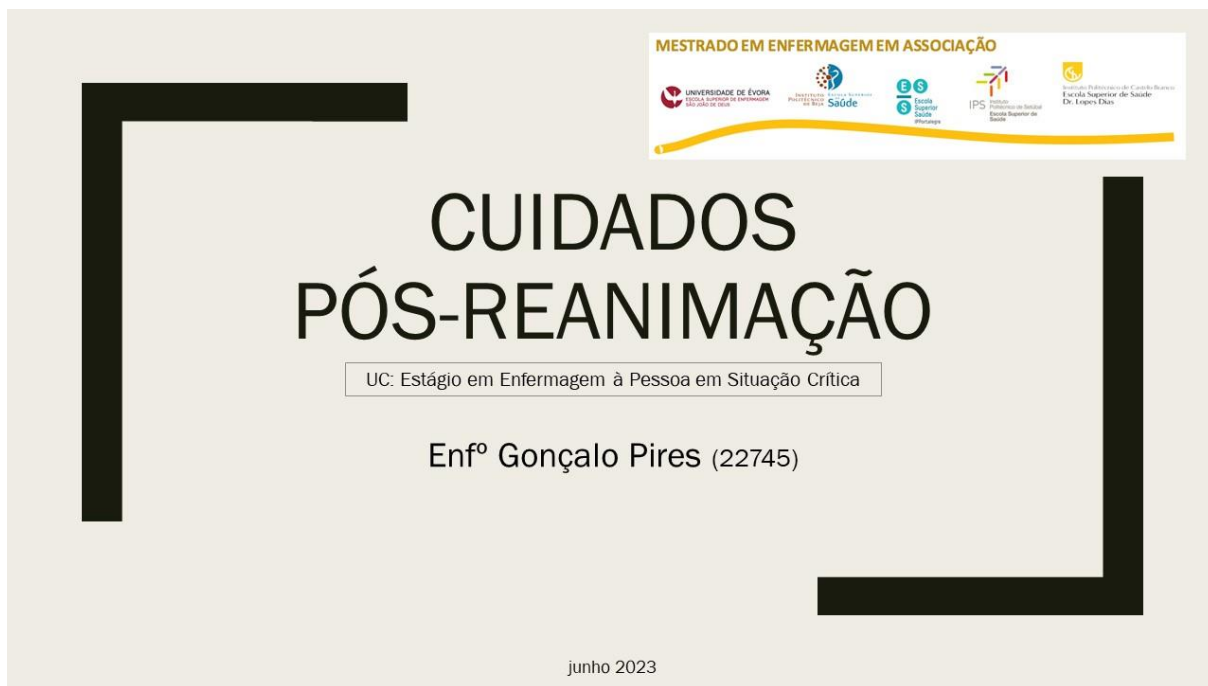
- Abordagem Pós-PCR – ABCE
 - Via aérea avançada
 - Ventilação Protetora + EtCO₂ + SpO₂ + Gasometria
 - ECG 12 derivações + ICP/ PAS > 100 mmHg + PAM > 65mmHg + DU > 0,5ml/kg/h
 - Controle Direcionado da Temperatura 33-36°C > 24 h + Prevenir hipertermia até 72 h
 - EEG + TAC CE
- ICP imediata se ECG com SST ou instabilidade hemodinâmica
- Temperatura a 33 – 36°C em todos os doentes com pós-PCR
- Identificar e tratar causas persistentes ou percipitante

Bibliografia



Questões





APÊNDICE 3 – Projeto de Estágio – Serviço de Urgência

Projeto de Estágio – Serviço de Urgência

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



7º CURSO DE MESTRADO EM
ENFERMAGEM

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente orientador da Unidade Curricular:

Profª. Dra. Maria Alice Góis Ruivo

Projeto de Estágio – Serviço de Urgência

Gonçalo Jorge Santos Antunes Pires, nº 22745

setembro
2023

Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre

2

Projeto de Estágio – Serviço de Urgência

Índice

1. Projeto de Aprendizagem	4
1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	4
1.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	5
1.1.2. Melhoria contínua da qualidade	6
1.1.3. Gestão dos cuidados	7
1.1.4. Desenvolvimento das atividades profissionais	7
1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC – PSC	8
1.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	8
1.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	9
1.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	10
Bibliografia	11

Projeto de Estágio – Serviço de Urgência

1. Projeto de Aprendizagem

O presente Estágio está a ser desenvolvido num Serviço de Urgência [SU] de um Hospital Central. Este estágio teve início no dia 11 de setembro de 2023, estendendo-se num período de 18 semanas, isto é, até dia 26 de janeiro de 2024, perfazendo um total de 336 horas presenciais. O percurso deste Estágio será realizado sob tutoria da Professora Doutora Alice Ruivo e de dois Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica deste serviço.

Com base no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, mais especificamente no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista deve apoiar a sua prática clínica na mais recente evidência científica, desenvolvendo desse modo o seu autoconhecimento e a sua assertividade. Assim sendo, o meu principal objetivo com o desenvolvimento deste trabalho passa por assegurar a minha contínua atualização e aperfeiçoamento para o meu desenvolvimento profissional enquanto futuro Enfermeiro Especialista.

Com base no exposto, a minha prática clínica sempre se baseou na aquisição de novas aprendizagens, tentando sempre atualizar novos conhecimentos e saberes científicos. Assume-se assim que o futuro da profissão se pautará pela diferenciação e pelo aumento da qualidade e complexidade dos cuidados prestados, necessitando assim de uma evolução mais especializada dos mesmos dentro de uma equipa multidisciplinar.

Sendo objetivo para esta Unidade Curricular a obtenção das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica [EMC-PSC], foi proposto ao estudante a elaboração de um projeto de estágio onde deverão ser projetados os resultados de aprendizagem a atingir, assim como as atividades propostas de forma a adquirir essas mesmas competências. Este documento deverá ainda servir como guia orientador ao estudante, supervisores clínicos e docente durante o percurso de aprendizagem, assumindo-se como ferramenta construtiva e elucidativa de evolução e aquisição das competências do enfermeiro especialista. Deste modo segue-se para cada uma delas os objetivos, resultados e atividades de aprendizagem a realizar ao longo do Estágio Final

1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A Ordem dos Enfermeiros definiu que, independentemente da área especializada em Enfermagem, há várias competências que são transversais a todas as especialidades, demonstrando-se através da “capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados e, ainda

Projeto de Estágio – Serviço de Urgência

através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e acessoria” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019, p. 4745).

Dentro deste grupo de competências que pretendo adquirir durante este Estágio reúne a responsabilidade ética, profissional e legal, a gestão de cuidados, a melhoria contínua da qualidade e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

1.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

Tendo em conta o Regulamento nº 140/2019, o Enfermeiro Especialista deve saber manifestar um exercício seguro, profissional e ético, aplicando habilidades de tomada de decisão tendo sempre em conta os valores e princípios da profissão, respeitando os direitos humanos de cada pessoa (OE, 2019).

Resultados de aprendizagem:

- Desenvolver o processo de tomada de decisão com base em valores e princípios éticos e deontológicos;
- Desenvolver uma prática profissional, ética e legal no campo de intervenção;
- Promover uma prática de cuidados tendo em conta os direitos, proteção, dignidade e privacidade da pessoa e da sua família.

Atividades de aprendizagem:

- Participação ativa no desenvolvimento de capacidades de tomada de decisão em equipa nos cuidados de saúde;
- Tomada de decisão sustentada em conhecimento científico e experiência profissional dos intervenientes, junto com a equipa multidisciplinar;
- Reflexão em conjunto com o enfermeiro orientador, doente (quando possível) e restantes intervenientes (família ou restante equipa multidisciplinar) no processo de cuidar acerca das decisões tomadas;
- Utilização, como guia da prática de Enfermagem, do Regulamento Profissional dos Enfermeiros e do seu Código Deontológico, defendendo os direitos, crenças e valores da pessoa enquanto ser humano;
- Promoção da individualidade, do sigilo e da privacidade de cada pessoa, atuando sempre de forma antecipada;
- Auxílio à pessoa e à sua família nos processos de tomada de decisões relativamente à escolha dos cuidados especializados a prestar.

Período temporal: Ao longo do Estágio.

Projeto de Estágio – Serviço de Urgência

1.1.2. Melhoria contínua da qualidade

Tendo em conta o Regulamento nº 140/2019, o Enfermeiro Especialista deve colaborar na realização de projetos dentro da área da qualidade contínua tendo sempre em consideração a gestão do ambiente centrado na pessoa, atuando de forma proativa gerindo o bem-estar da pessoa e minimizando o risco (OE, 2019).

Resultados de aprendizagem:

- Conhecer os protocolos, normas e projetos de melhoria da qualidade existentes no serviço;
- Identificar áreas de melhoria do serviço e atuar sobre as mesmas;
- Realizar um projeto de intervenção no serviço tendo em conta as necessidades de melhoria do mesmo.
- Garantir um ambiente seguro e terapêutico para a pessoa e família.

Atividades de aprendizagem:

- Leitura crítica dos protocolos existentes no SU;
- Realização de um projeto de intervenção no serviço considerando as necessidades formativas encontradas no mesmo;
- Estabelecimento de estratégias de melhoria durante a prestação de cuidados;
- Colaboração em auditorias realizadas no serviço;
- Prestação de cuidados baseados em guias orientadores de boas práticas clínica, evidência científica recente e normas de avaliação da qualidade;
- Conhecimento dos indicadores de qualidade do serviço e das suas metas, implementando os instrumentos adequados para a concretização dos mesmos;
- Cumprimento do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026;
- Cooperação na organização do trabalho e definição de recursos de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro, promovendo uma prestação de cuidados segura;
- Promoção de um ambiente que fortaleça a individualidade e necessidades da pessoa e família, permitindo uma envolvimento ativo no processo de cuidar.

Período temporal: Ao longo do Estágio.

Projeto de Estágio – Serviço de Urgência

1.1.3. Gestão dos cuidados

Tendo em conta o Regulamento nº 140/2019, o Enfermeiro Especialista deve gerir os cuidados tendo sempre em conta a segurança e a qualidade das tarefas que delega, adequando sempre os recursos disponíveis às necessidades dos cuidados prestados (OE, 2019).

Resultados de aprendizagem:

- Articular a qualidade dos cuidados da equipa de enfermagem com a gestão de recursos disponíveis, tendo em conta a necessidade do serviço.

Atividade de aprendizagem:

- Conhecimento de protocolos e normas de gestão utilizados no SU;
- Aquisição de competências de liderança, gestão e priorização através da realização de um turno de coordenação com a enfermeira gestora do serviço, adaptando o estilo de liderança e gestão à realidade do momento;
- Colaboração com o coordenador de turno na gestão de recursos, quer humanos quer materiais, ao longo do turno.

Período temporal: Ao longo do Estágio.

1.1.4. Desenvolvimento das atividades profissionais

Tendo em conta o Regulamento nº 140/2019, o Enfermeiro Especialista deve desenvolver o seu autoconhecimento, tendo em consideração uma prática reflexiva baseada na mais recente evidência científica (OE, 2019).

Resultados de aprendizagem:

- Desenvolver a assertividade, o autoconhecimento e a prática clínica especializada em evidência científica.

Atividades de aprendizagem:

- Desenvolvimento de competências comunicacionais ao doente crítico;
- Otimização do autoconhecimento e reconhecimento de fatores e limites pessoais e profissionais;
- Gestão de emoções e stresse durante a atuação em situação de pressão extrema, nomeadamente situações de emergências;
- Aprendizagem e consolidação de competências inerentes à profissão;
- Identificação de necessidades formativas e implementação de um projeto de intervenção no serviço (como já foi referido no domínio da “Melhoria contínua da qualidade”);

Projeto de Estágio – Serviço de Urgência

- Colaboração em estudos de investigação e divulgação de resultados que contribuem para melhorar a prestação de cuidados especializados.

Período temporal: Ao longo do Estágio.

1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC – PSC

As competências específicas do Enfermeiro Especialista são aquelas que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos processos de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade” (OE, 2019, p.4745). Desse modo, o Enfermeiro Especialista em EMC – PSC deve ter adquiridas competências como o cuidar da pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e falência orgânica, dar resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe e ainda ter um papel importante na intervenção da prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

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

Tendo em conta o Regulamento nº 429/2018, o Enfermeiro Especialista em EMC – PSC deve possuir conhecimentos e habilidades de forma a dar resposta em tempo útil, devendo até ter a capacidade de antecipar possíveis situações de instabilidade e de risco de falência orgânica (OE, 2018).

Resultados de aprendizagem:

- Prestar cuidados à pessoa em situação crítica e colocar em prática os protocolos complexos terapêuticos existentes;
- Potenciar a identificação e antecipação de situações de instabilidade na pessoa em situação crítica;
- Conhecer os procedimentos das respetivas Vias Verdes e respetivos circuitos;
- Gerir e consolidar técnicas de comunicação e relação terapêutica com a pessoa e com a sua família, tendo em conta a situação de instabilidade;
- Conhecer os procedimentos do gabinete de apoio à família e o seu funcionamento.

Atividades de aprendizagem:

- Obtenção de conhecimento dos protocolos terapêuticos complexos existentes e a implementação dos mesmos à pessoa em situação de urgência e emergência;

Projeto de Estágio – Serviço de Urgência

- Participação em procedimentos de urgência e emergência, conhecendo os diversos protocolos existentes no serviço (abordagem à vítima de trauma, à vítima em choque, em situações de ritmos periparagem e paragem cardiorrespiratória, preservação para doação de órgãos, situações de utilização do dispositivo mecânico de compressões torácicas);
- Observação de técnicas e procedimentos anexos ao serviço de urgência, nomeadamente angiografias ou trombectomias;
- Participação na realização de Triagem de Manchester com a finalidade de compreender os circuitos em situações de Vias Verdes.
- Admissão e acolhimento integral do doente crítico na sala de emergência, desenvolvendo uma avaliação constante e um registo dos dados obtidos;
- Planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem ao doente em situação de urgência e emergência, determinando prioridades e estratégias de intervenção;
- Participação no acompanhamento do doente crítico na realização de exames complementares de diagnóstico ou na transferência para um serviço de internamento;
- Participação na execução de técnicas invasivas de suporte, monitorização e manutenção de vida;
- Conhecimento do funcionamento do gabinete de apoio à família, os procedimentos, fluxogramas e guiões disponíveis.

Período temporal: Ao longo do Estágio.

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

Tendo em conta o Regulamento n.º 429/2018, o Enfermeiro Especialista em EMC – PSC deve saber atuar de forma eficiente em situações consideradas como especiais, nomeadamente episódios de emergência ou situações de multivítimas (OE, 2018).

Resultados de aprendizagem:

- Conhecer os procedimentos de situação de emergência, exceção e catástrofe.

Atividades de aprendizagem:

- Aquisição de conhecimentos sobre os protocolos e normas de atuação existentes no Serviço de Urgência para situações de emergência, exceção e catástrofe em cenário multivítimas;

Projeto de Estágio – Serviço de Urgência

- Participação ativa nesse tipo de situações, caso haja ocorrência das mesmas durante o Estágio;
- Identificação do *team leader* nas situações de emergência, exceção e catástrofe em cenário multivítimas;
- Compreensão e identificação da conexão de informação entre o pré e o intra-hospitalar em situação de emergência, exceção e catástrofe.

Período temporal: Ao longo do Estágio.

1.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

Tendo em conta o Regulamento nº 429/2018, o Enfermeiro Especialista em EMC – PSC deve atuar em todas as situações tendo em conta sempre a importância da prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde (OE, 2018).

Resultados de aprendizagem:

- Conhecer e cumprir o plano de prevenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos do Serviço de Urgência.

Atividades de aprendizagem:

- Aquisição de conhecimento sobre os procedimentos do serviço face à diminuição do risco de infeção associada aos cuidados à pessoa em situação de urgência e emergência;
- Aquisição de conhecimentos relativamente às *bundles* para a prevenção das infeções associadas à ventilação, à corrente sanguínea, ao local de ferida cirúrgica e ao catéter vesical;
- Aquisição de competências profissionais na gestão do risco de infeção e prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde, conhecendo os circuitos de manutenção de limpos e sujos assim como os protocolos de colheita de espécimes (zaragatoas, hemoculturas, uroculturas, secreções e exsudados).

Período temporal: Ao longo do Estágio.

Projeto de Estágio – Serviço de Urgência

Bibliografia

- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135 de 16 de julho de 2018. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26 de 6 de fevereiro de 2019. Portugal.

APÊNDICE 4 – Cronograma de atividades

Atividades a desenvolver	2023				2024			
	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr
Pesquisa bibliográfica e elaboração da revisão sistemática								
Elaboração do protótipo <i>checklist</i> de segurança para o transporte de doente crítico no intra-hospitalar								
Elaboração da proposta do procedimento interno sobre a temática								
Divulgação dos documentos realizados através da formação em serviço								
Entrega proposta do procedimento interno								
Implementação dos documentos realizados								
Avaliação da utilização da <i>checklist</i> por parte dos enfermeiros								
Divulgação dos resultados								
Elaboração do artigo científico								

APÊNDICE 5 – Artigo Científico: “A Segurança da Pessoa em Situação Crítica no Transporte Intra-hospitalar – uma *scoping review*”

Resumo:

Introdução: O transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica tem vindo a ser uma problemática cada vez mais trabalhada devido a toda a sua complexidade. A ocorrência de eventos adversos no mesmo tem vindo a aumentar a sua prevalência havendo a necessidade de se criarem estratégias de forma a preveni-los e a minimizá-los. **Objetivo:** Identificar estratégias para os enfermeiros de forma a melhorar a segurança da pessoa em situação crítica no transporte intra-hospitalar. **Metodologia:** Foi realizada uma *scoping review*, tendo sido realizada uma pesquisa nas plataformas B-On e EBSCOhost considerando artigos com espaço temporal de 2019 a 2023. Foi utilizados os termos “*intra-hospital transport*”, “*critically ill*” e “*nurse*”. **Resultados:** Após a realização da pesquisa foram selecionados sete estudos primários das mais variadas nacionalidades, tendo sido considerados todos com qualidade metodológica de forma a serem inseridos neste estudo. Após a sua análise identificaram-se duas estratégias pertinentes de forma a melhorar a segurança do transporte intrahospitalar: a formação contínua e a utilização de listas de verificação. **Conclusão:** A utilização destas estratégias melhoram substancialmente a qualidade e a segurança do transporte intra-hospitalar, devendo as mesmas complementarem-se.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Doente crítico; Transporte Intra-hospitalar; Segurança.

Abstract:

Introduction: The intra-hospital transport of critically ill individuals has become an increasingly addressed issue due to its complexity. The occurrence of adverse events during this process has been on the rise, highlighting the need to develop strategies to prevent and minimize them. **Objective:** To identify strategies for nurses to enhance the safety of critically ill individuals during intra-hospital transport. **Methodology:** A *scoping review* was conducted, with a search on the B-On and EBSCOhost platforms, considering articles from 2019 to 2023. The terms “*intra-hospital transport*,” “*critically ill*,” and “*nurse*” were used. **Results:** Following the research, seven primary studies from various nationalities were selected, all meeting methodological quality criteria for inclusion in this study. Two relevant strategies were identified after analysis to improve the safety of intra-hospital transport: continuous education and the use of checklists. **Conclusion:** The implementation of these strategies substantially improves the quality and safety of intra-hospital transport, with the recommendation that they complement each other.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Critically Ill Patient; Intra-hospital Transport; Safety.

Resumen:

Introducción: El transporte intrahospitalario de personas en situación crítica se ha convertido en un problema cada vez más abordado debido a su complejidad. La ocurrencia de eventos adversos durante este proceso ha ido en aumento, destacando la necesidad de desarrollar estrategias para prevenirlos y minimizarlos. **Objetivo:** Identificar estrategias para los enfermeros con el fin de mejorar la seguridad de las personas en situación crítica durante el transporte intrahospitalario. **Metodología:** Se realizó una revisión exploratoria, llevando a cabo una búsqueda en las plataformas B-On y EBSCOhost, considerando artículos desde 2019 hasta 2023. Se utilizaron los términos "intra-hospital transport," "critically ill" y "nurse". **Resultados:** Tras la investigación, se seleccionaron siete estudios primarios de diversas nacionalidades, todos cumpliendo con criterios de calidad metodológica para su inclusión en este estudio. Tras su análisis, se identificaron dos estrategias relevantes para mejorar la seguridad del transporte intrahospitalario: la educación continua y el uso de listas de verificación. **Conclusión:** La implementación de estas estrategias mejora sustancialmente la calidad y seguridad del transporte intrahospitalario, recomendando que se complementen entre sí.

Palabras clave: Enfermería Médico-Quirúrgica; Paciente crítico; Transporte Intrahospitalario; Seguridad.

APÊNDICE 6 – Lista de verificação para o Transporte Intra-hospitalar



Guião para Transporte Intra-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica

Situação Geral	
Identificação do Doente	Data: _____ Hora: _____
	Serviço/ Balcão de Origem: _____
	Serviço de Destino: _____
	Score para o transporte: _____
Motivo de internamento: _____	
Resumo da história clínica: _____	
Alergias: _____ Antecedentes pessoais: _____	

A – Via Aérea	
Patente: ☐	Básica (oro ou nasofaríngeo): _____
	Tamanho: _____
Coluna cervical protegida ☐	Avançado (TOT ou infraglottico): _____
	Tamanho: _____ Nível: _____
	Fita do nastro/ dispositivo protetor verificado ☐

B - Ventilação	
Ventilação espontânea: ☐	Dispositivo: _____ L/min: _____ FiO2: _____
Ventilação não invasiva: ☐	FiO2: _____
Ventilação invasiva: ☐	FiO2: _____
Bala de O ₂ cheia ☐	Aspirador de secreções verificado e funcional ☐
Ventilador com bateria ☐	Ambu com máscara de tamanho adequado ☐
Material de via aérea (mala de transporte intra-hospitalar) ☐	

C – Circulação	
Linha arterial ☐	Pelo menos 2 acessos venosos ☐
	CVP ☐ CVC ☐
Desfibrilhador e pás verificadas ☐	Monitor portátil com bateria e funcional ☐
Bombas/ seringas infusoras com bateria ☐	Prolongamento com tamanho suficiente para a TAC/RM ☐
Fármacos/ fluidos/ perfusões suficientes para o transporte ☐	

D – Disfunção Neurológica/ Outros		
Sedativos/ opióides/ drogas vasoativas extra ☐	Serviço de destino avisado ☐	Consentimento informado ☐
Processo do doente ☐	Mala de transporte confirmada ☐	Familiares avisados ☐

Notas relevantes durante o transporte:
Eventos adversos durante o transporte a documentar:

APÊNDICE 7 – Procedimento interno: “Transporte Intra-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica”

Procedimento Interno: Transporte Intra-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica

Introdução:

Atualmente existe uma grande preocupação por parte dos profissionais de saúde relativamente à segurança da pessoa e à qualidade dos cuidados que lhe são prestados. Desse modo, o enfermeiro deve atuar de forma responsável tendo em consideração as suas competências adquiridas e reconhecidas. O transporte da pessoa em situação crítica é uma das situações em que a segurança da mesma está constantemente ameaçada devido aos riscos inerentes que possam ocorrer durante as diversas fases do transporte, potenciando o agravamento da clínica, acarretando assim complicações graves para o mesmo (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Segundo a Ordem dos Médicos em conjunto com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, o enfermeiro que acompanha a pessoa durante o transporte intra-hospitalar deverá ser aquele que está responsável pela mesma, sendo que o ideal será possuir formação específica e treino em transporte de doente crítico e em Suporte Avançado de Vida. Complementando esta ideia, a Ordem dos Enfermeiros vem reforçar que as equipas de enfermagem para o transporte de doente crítico tanto a nível intra com inter-hospitalar deve ser composta, preferencialmente, por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017; Ordem dos Enfermeiros, 2019; Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023).

O transporte da pessoa em situação crítica, independentemente da sua tipologia, é composto por três fases: a decisão, o planeamento e a efetivação. A primeira fase cabe essencialmente à equipa médica, devendo ser uma tomada de decisão conjunta entre o médico assistente, o chefe de equipa, o diretor clínico e a equipa médica que aceita o doente em determinado hospital ou serviço. A fase do planeamento, sendo considerada talvez como a mais importante neste processo, é da responsabilidade tanto da equipa de enfermagem como médica. É nesta etapa que se deve definir o grupo de profissionais que acompanhará a pessoa durante o transporte, o trajeto e o tempo do mesmo, a escolha dos aparelhos de monitorização que deverão acompanhar a pessoa tendo em consideração os objetivos fisiológicos a manter, e por fim, a previsão de prováveis eventos adversos que possa ocorrer durante o transporte. Por último, a efetivação, de total responsabilidade da equipa de transporte, tem como foco o momento da passagem de ocorrências aos profissionais do serviço de destino, cessando assim este processo (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023).

Os estudos mais atuais apontam que a incidência de eventos adversos no transporte intra-hospitalar é de cerca de 79%, sendo os mais recorrentes associados a alterações fisiológicas da pessoa como a hipotensão grave, a diminuição do estado de consciência, o aumento da pressão intracraniana e a paragem cardiorrespiratória. De seguida encontram-se aqueles relacionados com a falha de equipamentos ou de dispositivos médicos, destacando-se a exteriorização de sondas nasogástricas e de tubos orotraqueais, seguindo-se do esgotamento da fonte de oxigénio e da falha dos monitores de transporte (An *et al.*, 2022; Hu *et al.*, 2021).

No entanto, a maioria destes eventos adversos são evitáveis com a realização de uma avaliação e preparação adequada antes de se iniciar o transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica. Assim sendo, a literatura mais recente aponta para diversas medidas que possam diminuir a incidência de eventos adversos nomeadamente, a existência de medicação básica de emergência durante o transporte e ainda o desenvolvimento de protocolos internos e de listas de verificação ou *checklists* de segurança (Hu *et al.*, 2021; Zhang *et al.*, 2022).

A criação de *checklists* de segurança considera-se uma das opções para reduzir a taxa de incidentes de eventos adversos na realização deste transporte uma vez que são de pouco custo monetário, devem ser o mais simplificadas possíveis e com facilidade na sua utilização. As mesmas devem ser determinantes tanto para a segurança de todo o transporte como para a redução de incidentes críticos durante o mesmo. De forma a comprovar-se a sua eficácia, um estudo de 2019 determinou que a utilização de uma lista de verificação reduziu a taxa de eventos adversos de 36,8% para 22,1% (Williams *et al.*, 2019; Zhang *et al.*, 2022).

Assim sendo, este procedimento incidirá na criação de um guião de segurança de modo a reduzir ou evitar possíveis eventos adversos que possam ocorrer durante o transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica.

Objetivos:

- Normalizar o procedimento no transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica no Serviço de Urgência;
- Melhorar a qualidade dos cuidados no âmbito da segurança da pessoa em situação crítica no processo do transporte intra-hospitalar;
- Minimizar a ocorrência de eventos adversos durante o transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica.

Âmbito:

Aplica-se ao contexto de prestação de cuidados no Serviço de Urgência nas situações em que haja necessidade de transportar a pessoa em situação crítica dentro do hospital, nomeadamente para os Serviços de Medicina Intensiva, Bloco Operatório, salas de imagiologia, entre outros.

Conceitos:

Transporte intra-hospitalar: É caracterizado como sendo “o transporte do doente crítico dentro da instituição de saúde” (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023, p.11) com o intuito da pessoa em situação crítica ser sujeita à realização de exames complementares de diagnóstico ou transferida para um serviço/ unidade específica para manutenção de cuidados, como por exemplo, Unidades de Cuidados Intensivos ou Bloco Operatório (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023).

Pessoa em situação crítica: Descreve-se como sendo “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19362).

Quem executa:

Antes da realização do transporte deve ser realizada a determinação da equipa que o executará. Para tal deverão ser considerados os critérios objetivos para a avaliação do transporte intra-hospitalar (Anexo 1). Assim sendo, o transporte intra-hospitalar pode ser realizado pelo assistente operacional, pelo enfermeiro e pelo médico e enfermeiro (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023).

Médico responsável: O médico assistente é responsável pela decisão da realização do transporte da pessoa em situação crítica, devendo colocar em questão os benefícios deste tendo em conta “os riscos inerentes ao doente e ao processo de transporte” (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023, p.12). No entanto, esta decisão não deverá ser apenas do médico assistente, mas também do chefe de equipa, do diretor de serviço e de toda a equipa médica que receberá o doente numa determinada unidade. Assim sendo, o ideal será que quem efetuará o transporte deverá ser o médico responsável pela pessoa, idealmente formado em Suporte Avançado de Vida, Suporte Avançado de Trauma e Transporte de Doente Crítico, visto que é ele o

“responsável pelos cuidados ministrados até à sua entrega no serviço/ instituição de destino” (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023, p.14).

Enfermeiro responsável: À semelhança da equipa médica, também o enfermeiro responsável pelo transporte da pessoa em situação crítica deverá ter formação específica em Transporte de Doente Crítico e em Suporte Avançado de Vida, sendo idealmente especialista em Enfermagem Médico-Cirurgia – Pessoa em Situação Crítica. O enfermeiro é responsável por agilizar todo o transporte desde a confirmação do serviço de destino, à preparação da pessoa e do material que seja necessário para o transporte, devendo ter sempre em conta os possíveis eventos adversos que possam acontecer tentando minimizar a sua probabilidade de ocorrência (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017; Ordem dos Enfermeiros, 2019; Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023).

Gestão do Transporte Intra-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência

O transporte intra-hospitalar deverá ser executado tendo em conta todas as fases de transporte de doente crítico: decisão, planeamento e efetivação.

Decisão:

A decisão da realização do transporte intra-hospitalar cabe na sua inteira responsabilidade à equipa médica, devendo ser inserido nesta equipa o médico responsável pela pessoa, o chefe de equipa e o diretor de serviço. O médico deverá ter em consideração todos os riscos inerente ao transporte e à pessoa, fazendo um balanço de prós e contras para a sua realização (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023).

Planeamento:

O planeamento do transporte intra-hospitalar é da inteira responsabilidade do médico e do enfermeiro responsáveis pela pessoa. Desse modo a fase do planeamento deverá ser realizada da seguinte forma:

1. Confirmar inicialmente, através de contacto telefónico, com o serviço de destino se o mesmo está pronto para receber a pessoa. Desse modo será permitido a diminuição de tempo de realização do transporte, evitando momentos desnecessários de espera.

O contacto prévio com o serviço de destino insere-se na boa conduta ética clínica, sendo que permite reunir cuidados idênticos à que a pessoa em situação crítica estava a receber no serviço de origem. Neste contacto deverá ainda perceber-se se o serviço de destino tem os meios adequados

para o tratamento da pessoa, sendo que a transmissão de informação detalhada sobre o estado clínico do mesmo deve ser transmitido aos profissionais de saúde do serviço de destino. No caso de ocorrer um atraso no transporte, seja pelo agravamento do estado clínico da pessoa ou pelo mau funcionamento do material, o ideal será realizar-se um novo contacto (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023).

2. Definir a equipa de transporte que acompanhará a pessoa, através do preenchimento de “Avaliação para o transporte intra-hospitalar” (Anexo 1), proposto pelas novas recomendações de 2023 da Ordem dos Médicos e da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.

O preenchimento adequado desta tabela determina um *score* que irá determinar a necessidade de recursos humanos que acompanharão a pessoa durante o transporte intra-hospitalar. O seu preenchimento deverá ser realizado pelo médico e pelo enfermeiro responsáveis pela pessoa em situação crítica (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023).

3. Preenchimento do guião de segurança proposta em Apêndice 1, de forma a minimizar-se os erros e os eventos adversos durante o transporte.

Este guião tem como fundamento diminuir a incidência de eventos adversos durante o transporte intra-hospitalar, servindo também como uma folha de registo que permite a facilitação da transmissão de informação aquando a transferência do doente para o serviço de destino. Desse modo, a mesma divide-se em quatro partes: A primeira corresponde à situação atual da pessoa, onde se colocará uma etiqueta de identificação, a data e hora de início de transporte, o serviço de destino e o motivo de internamento (caso seja aplicável), o *score* para o seu acompanhamento, um breve resumo da história clínica e ainda se existem alergias ou antecedentes pessoais relevantes. De seguida segue-se a lista de verificação propriamente dita, que se organiza segundo a mnemónica ABCDE. Ainda neste ponto deverá confirmar-se se os processos burocráticos estão efetivados, como por exemplo, se o serviço de destino foi avisado, se o processo clínico acompanha a pessoa (caso seja aplicável) ou se a família foi informada.

Na terceira parte deste guião será realizada uma avaliação da pessoa antes, durante e após o transporte, havendo um espaço para registo dos sinais vitais no início e no término do transporte, assim como o registo de fármacos em perfusão ou administrados durante o mesmo.

Por fim, o documento tem um campo onde poderá ser possível registar notas relevantes sobre o transporte intra-hospitalar, e ainda descrever se existiram ocorrências de eventos adversos.

Efetivação

Após a verificação de todas as recomendações na fase do planeamento, o transporte deverá ser realizado de forma segura e responsável, terminando apenas após a ocorrência da passagem de informação da pessoa à equipa do serviço de destino. No caso da realização de transportes intra-hospitalares a serviços de realização de meios complementares de diagnóstico, o mesmo só termina quando regressar ao seu serviço de origem (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023).

A transmissão de ocorrência deverá também ser realizada entre pares, nomeadamente de médico para médico e de enfermeiro para enfermeiro, utilizando sempre modelos de transmissão de comunicação, como por exemplo a técnica ISBAR (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023).

A Direção Geral da Saúde preconiza a utilização da técnica ISBAR para a transmissão de uma comunicação eficaz entre as equipas, independentemente da área de atuação. O uso desta ferramenta permite a promoção da segurança da pessoa no processo de transição de cuidados. Assim sendo, o “I” corresponde à Identificação da pessoa, o “S” à Situação Atual, o “B” ao Background ou Antecedentes Pessoais que a pessoa tenha, o “A” à Avaliação da pessoa no momento do transporte, neste caso, e o “R” às Recomendações ou ao plano de cuidados a ser realizado (Direção Geral da Saúde, 2017).

Assim sendo, como é possível verificar-se, o guião de segurança do transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica também se baseia nesta mnemónica, sendo *a posteriori* um documento facilitador para a transição de cuidados.

Bibliografia

- An, Y., Tian, Z.-R., Li, F., Lu, Q., Guan, Y.-M., Ma, Z.-F., . . . Li, Y. (2022). Establishment of a simplified score for predicting risk during intrahospital transport of critical patients: A prospective cohort study. *Journal of Critical Nursing*, 32, pp. 1125-1134. <https://doi.org/10.1111/jocn.16337>
- Direção Geral da Saúde. (2017). Norma nº 001/2017 de 08/02/217 - Comunicação eficaz na transmissão de cuidados de saúde. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.
- Hu, Y., Shi, D., You, L., & Li, W. (2021). Intrahospital transport of critically ill patients: A survey of emergency nurses. *Nursing in Critical Care*, pp. 1-7. <https://doi.org/10.1111/nicc.12601>

- Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017). Parecer nº09/2017. *Transporte da Pessoa em Situação Crítica*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República, 2ª série, nº 135 de 16 de julho de 2018*. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº 743/2019: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República, 2ª série, de 25 de setembro de 2019*. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). Parecer do Conselho de Enfermagem nº07/2020. *Transporte intra-hospitalar de pessoas em situação crítica*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de Doentes Críticos Adultos: Recomendações 2023*. Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.
- Williams, P., Karuppiyah, S., Greentree, K., & Darvall, J. (2019). A checklist for intrahospital transport of critically ill patients improves compliance with transportation safety guidelines. *Australian Critical Care, 33(1)*, pp. 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.02.004>
- Zhang, W., Lv, J., Zhao, J., Ma, X., Li, X., Gu, H., . . . Zhou, R. (2022). Proactive risk assessment of intrahospital transport of critically ill patients from emergency department to intensive care unit in a teaching hospital and its implications. *Journal of Clinical Nursing, 31*, pp. 2539-2552. 10.1111/jocn.16072

APÊNDICE 8 – Formação em Serviço: “Segurança da Pessoa em Situação Crítica para o Transporte Intra-hospitalar”



SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

Enfº Gonçalo Pires

Enfermeiros Orientadores:

Orientadora Pedagógica:
Profª Drª Alice Ruivo

Dezembro 2023



OBJETIVO GERAL

Refletir sobre uma prática de qualidade na área da segurança da pessoa em situação crítica no transporte intra-hospitalar

OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Definir o conceito de transporte intra-hospitalar
- Conhecer as diferentes fases do transporte intra-hospitalar
- Conhecer os eventos adversos mais frequentes durante o transporte intra-hospitalar
- Divulgar o procedimento interno e o guião de segurança para o transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica

PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

"aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica" (OE, 2018, p. 19632)

TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

"transporte do doente crítico dentro da instituição de saúde" (OM & SPCI, 2023)

Transporte de doentes de uma área para outra dentro de uma unidade hospitalar para fins diagnósticos ou de terapêutica (Zhang et. al, 2021)

Objetivo

Garantir o mesmo nível de cuidados, monitorização e intervenção àqueles que estavam a ser prestados no serviço de origem (Hu et. al, 2021)

RISCOS DO TRANSPORTE

Em cerca de 79% dos transportes intra-hospitalares ocorreram eventos adversos

Alterações Fisiológicas

Falha de Oxigénio

Falha de equipamentos ou dispositivos médicos

Falha nos monitores de transporte

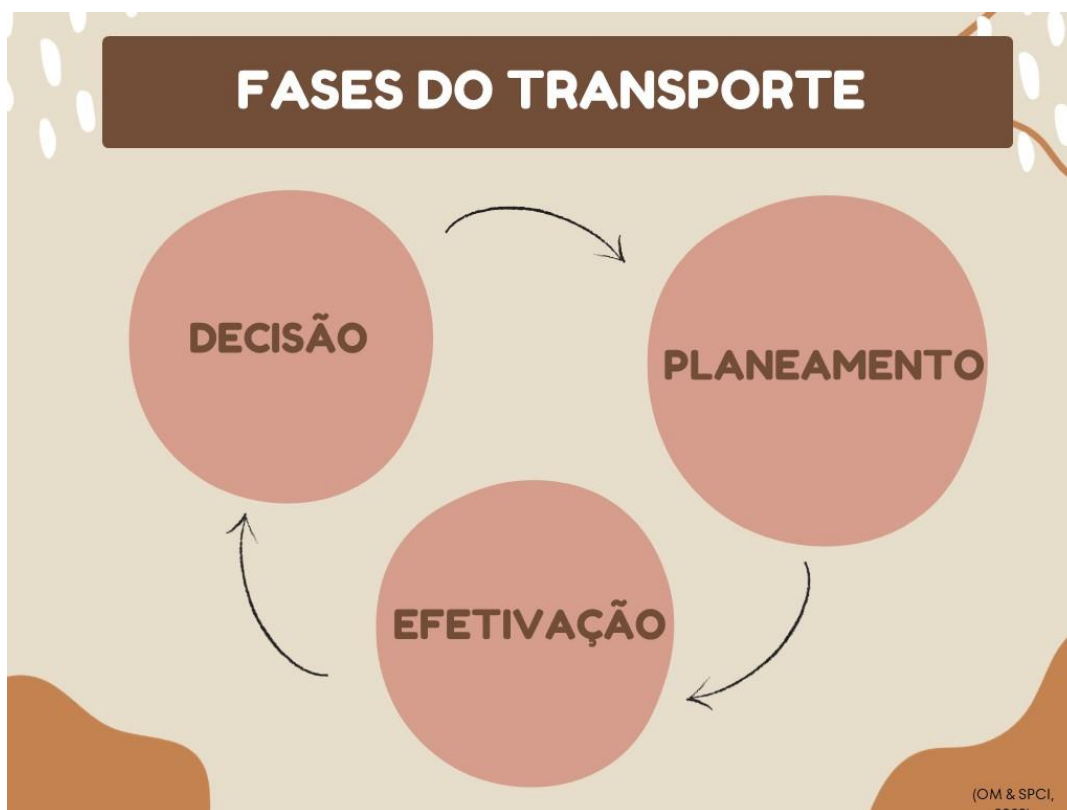
A maioria dos eventos adversos são evitáveis

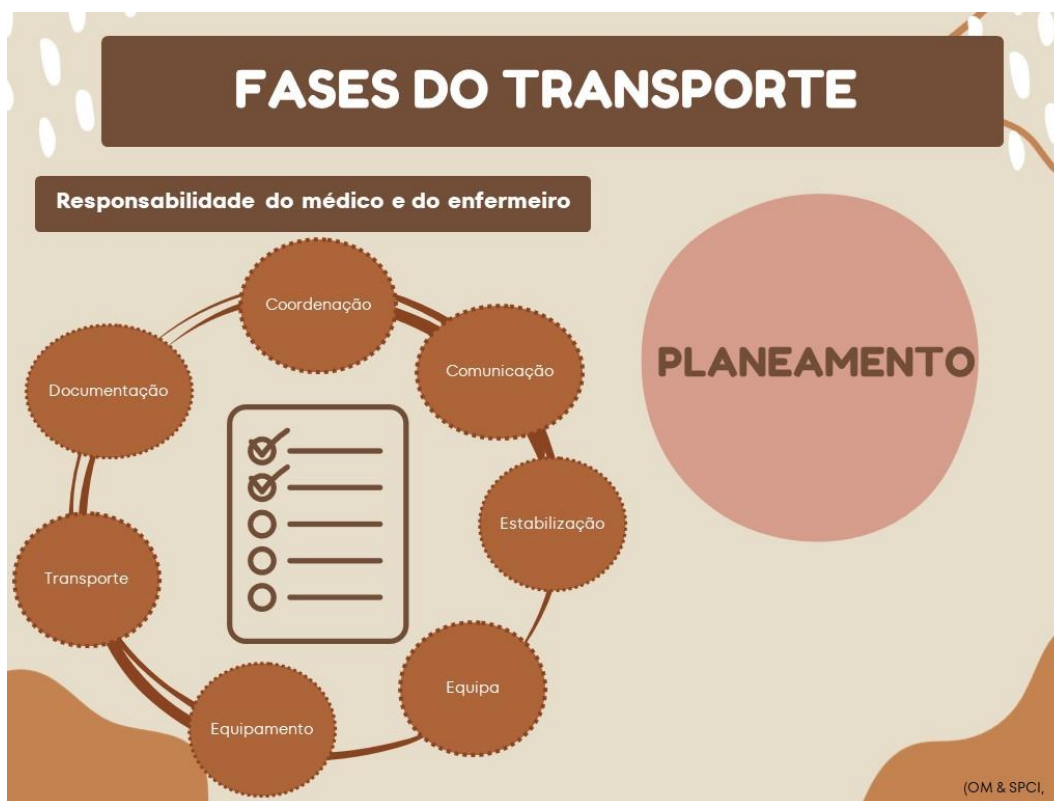
Medicação básica de emergência

Procedimentos internos

Listas de verificação

(An et al., 2022; Hu et al., 2021; Williams et al., 2019; Zhang et al., 2022)





PROCEDIMENTO INTERNO

TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Normalizar o procedimento no transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica no Serviço de Urgência

Melhorar a qualidade dos cuidados no âmbito da segurança da pessoa em situação crítica no processo do transporte intra-hospitalar

Minimizar a ocorrência de eventos adversos durante o transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica

PROCEDIMENTO INTERNO

TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

DECISÃO

PLANEAMENTO

EFETIVAÇÃO

PLANEAMENTO

Confirmar com o serviço de destino, através de contacto telefónico, se o mesmo está pronto para receber a pessoa

Conduta ética

Diminuir o tempo de transporte

Diminuir a probabilidade de ocorrência de eventos adversos

Compreender se o serviço de destino tem os meios adequados



(OM & SPCI, 2023)

PLANEAMENTO

Definir a equipa de transporte intra-hospitalar

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

(OM & SPCI, 2023)

PLANEAMENTO

Definir a equipa de transporte intra-hospitalar

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

Responsável pela PSC

ENFERMEIRO

Enfermeiro Perito

Enfermeiro Especialista em EMC-PSC

(OE, 2017; OE, 2019; OM & SPCI, 2023)

PLANEAMENTO

Definir a equipa de transporte intra-hospitalar

Confirmação com o serviço de destino

Preparação da PSC e de todo o material necessário

Prever a ocorrência de eventos adversos

Responsável pela PSC

ENFERMEIRO

Enfermeiro Perito

Enfermeiro Especialista em EMC-PSC

(OE, 2017; OE, 2019; OM & SPCI, 2023)

PLANEAMENTO

Preenchimento do guião de segurança

Objetivo

Diminuir a ocorrência de erros e minimizar os eventos adversos durante o transporte intra-hospitalar

Facilitar a transmissão de informação no momento da transferência da PSC

REGISTOS



CHECKLIST

PLANEAMENTO

Preenchimento do guião de segurança

Situação Atual		
Identificação do Doente	Data:	Hora:
	Serviço/ Balcão de Origem:	
	Serviço de Destino:	
	Score para o transporte:	
Motivo de internamento:		
Resumo da história clínica:		
Alergias:		Antecedentes pessoais:
A - Via Aérea		
Patente: ☐	Básica (oro ou nasofaríngeo):	Avançada (TOT/infraglótico):
	Tamanho:	Tamanho: Nivel:
Coluna cervical protegida ☐	Fita de nastro/ dispositivo protetor verificado ☐	

PLANEAMENTO

Preenchimento do guião de segurança

B - Ventilação	
Ventilação espontânea: ☐	Dispositivo: _____ L/min: _____ FiO2: _____
Ventilação não invasiva: ☐	FiO2: _____
Ventilação invasiva: ☐	FiO2: _____
Bala de O ₂ cheia ☐	Aspirador de secreções verificado e funcional ☐
Ventilador com bateria ☐	Ambu com máscara de tamanho adequado ☐
Material de via aérea (mala de transporte intra-hospitalar) ☐	

C - Circulação	
Linha arterial ☐	Pelo menos 2 acessos venosos ☐
Desfibrilhador e pás verificadas ☐	CVP ☐ CVC ☐
Bombas/ seringas infusoras com bateria ☐	Monitor portátil com bateria e funcional ☐
Fármacos/ fluidos/ perfusões suficientes para o transporte ☐	Prolongamento com tamanho suficiente para a TAC/RM ☐

PLANEAMENTO

Preenchimento do guião de segurança

D - Disfunção Neurológica/Outros		
Sedativos/ opióides/ drogas vasoativas extra ☐	Serviço de destino avisado ☐	Consentimento informado ☐
Processo do doente ☐	Mala de transporte confirmada ☐	Familiares avisados ☐

Sinais Vitais							
	TA/PA (mmHg)	FC (bpm)	FR (cc/min)	Tp (°C)	SpO2 (%)	Dor	Glicémia (mg/dl)
Antes do transporte							
Chegada ao destino							

PLANEAMENTO

Preenchimento do guião de segurança

Perfusões durante o transporte

Fármacos administrados em SOS durante o transporte

Notas relevantes durante o transporte:

Eventos adversos durante o transporte a documentar:

EFETIVAÇÃO

Deverá ser realizada entre pares

Enfermeiro - Enfermeiro

Médico - Médico

Técnica
ISBAR

I

Identificação

S

Situação Atual

B

Background

A

Avaliação

R

Recomendações

(DGS, 2017; OM & SPCI, 2023)

CONCLUSÃO

A percentagem de ocorrência de eventos adversos durante o transporte intra-hospitalar da PSC ainda é muito alta, no entanto os mesmos são evitáveis através da criação de diversas medidas.

A criação de procedimentos internos e a utilização de listas de verificação diminui cerca de 15% a probabilidade de ocorrência de eventos críticos.

ESPAÇO PARA QUESTÕES



QUESTIONÁRIO



BIBLIOGRAFIA





APÊNDICE 9 – Plano de Sessão para a Formação em Serviço “Segurança da Pessoa em Situação Crítica para o Transporte Intra-hospitalar”

Plano de Sessão de Formação – Segurança da Pessoa em Situação Crítica no Transporte Intra-hospitalar				
Formador: Enfº Gonçalo Pires		Destinatários: Todos os Enfermeiros do SUP		Data: 20/12/2023 Duração: 25 minutos
Objetivo Geral: No final da sessão pretende-se que os Enfermeiros reflitam sobre uma prática de qualidade na área da segurança da pessoa em situao crítica no transporte intra-hospitalar				
Objetivos Específicos	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Materiais e Equipamentos	Duração
Definir o conceito de Transporte Intra-hospitalar	- Definir o que é o transporte Intra-hospitalar da pessoa em situao crítica	Expositivo: explicao teórica e realizao de síntese	Computador; Plataforma digital <i>Canva</i> ; Grupo de <i>Whatsapp</i> da equipa de Enfermagem do SUP.	5 minutos
Conhecer as diferentes fases do transporte intra-hospitalar	- Apresentao das diferentes fases do transporte Intra-hospitalar - Importância do Enfermeiro em cada fase	Expositivo: explicao teórica e realizao de síntese	Computador; Plataforma digital <i>Canva</i> ; Grupo de <i>Whatsapp</i> da equipa de Enfermagem do SUP.	5 minutos
Conhecer os eventos adversos mais frequentes durante o transporte intra-hospitalar	- Apresentao dos eventos adversos mais frequentes no transporte Intra-hospitalar	Expositivo: explicao teórica e realizao de síntese	Computador; Plataforma digital <i>Canva</i> ; Grupo de <i>Whatsapp</i> da equipa de Enfermagem do SUP.	5 minutos
Divulgar o procedimento interno e o guião de segurança para o transporte intra-hospitalar da pessoa em situao crítica	- Apresentao do procedimento interno e do guião de segurança para o transporte Intra-hospitalar. - Divulgao de um <i>QRCode</i> para espaço de questões	Expositivo: explicao teórica e realizao de síntese;	Computador; Plataforma digital <i>Canva</i> ; Grupo de <i>Whatsapp</i> da equipa de Enfermagem do SUP; <i>GoogleForms</i>	10 minutos

APÊNDICE 10 – Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

Olá. O meu nome é Gonçalo Pires e sou aluno do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde de Portalegre.

Após assistirem à sessão formativa com a temática "Segurança da Pessoa em Situação Crítica no Transporte Intra-hospitalar", e considerando que a sua opinião relativamente à mesma é muito importante para mim, de forma a permitir uma melhoria contínua e um adaptação dos conteúdos e da metodologia para futuras sessões, solicito o preenchimento deste questionário sobre a avaliação da mesma.

Agradeço a vossa atenção e colaboração.

Avaliação Global da Sessão de Formação

As primeiras questões deste formulário dizem respeito à organização da sessão de formação apresentada.

Considera os objetivos definidos para a sessão de formação bem claros e definidos? *

☐ Sim

☐ Não

Considera os conteúdos adequados aos objetivos definidos para a sessão de formação? *

☐ Sim

☐ Não

Considera que o tema da sessão de formação é útil para o exercício das suas funções profissionais? *

☐ Sim

☐ Não

O formador revelou dominar a temática apresentada? *

☐ Sim

☐ Não

Considera que a exposição dos temas apresentados foi clara? *

☐ Sim

☐ Não

Considera a duração da sessão de formação apropriada? *

☐ Sim

☐ Não

Considera a metodologia de apresentação (sessão de formação em vídeo) adequada? *

☐ Sim

☐ Não

A sessão de formação permitiu a aquisição de novos conhecimentos? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Avaliação sobre o desenvolvimento do Procedimento Interno

As próximas questões relacionam-se com a temática e com o desenvolvimento do Procedimento Interno.

Considera o Procedimento Interno válido para o seu serviço? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Talvez

Considera o Guião de Segurança de fácil preenchimento? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Considera que o preenchimento do Guião irá melhorar a segurança da pessoa em situação crítica? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Talvez

Considera que o Guião de Segurança irá diminuir a incidência de eventos adversos? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Talvez

Na sua opinião o desenvolvimento do Procedimento Interno no transporte intra-hospitalar do doente crítico é essencial á manutenção de (assinalar todas as que considerar aplicáveis): *

- ☐ Segurança do Doente
- ☐ Segurança da Equipa de Transporte
- ☐ Estabilidade Hemodinâmica
- ☐ Qualidade dos Cuidados
- ☐ Gestão de Recursos Humanos
- ☐ Gestão de Recursos Materiais

Tem sugestões para a melhoria do Procedimento Interno ou para o Guião de Segurança? *

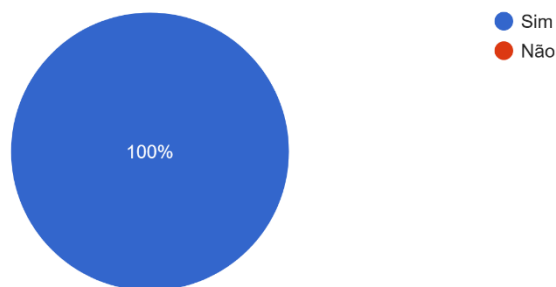
- ☐ Sim
- ☐ Não

Se sim, quais?

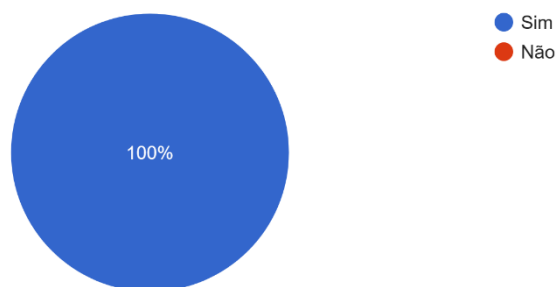
A sua resposta

APÊNDICE 11 – Resultado da aplicação do questionário de Avaliação da Sessão de Formação

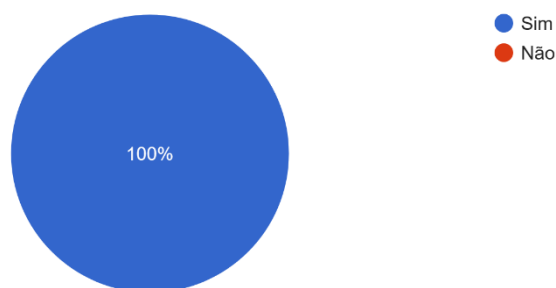
Considera os objetivos definidos para a sessão de formação bem claros e definidos?



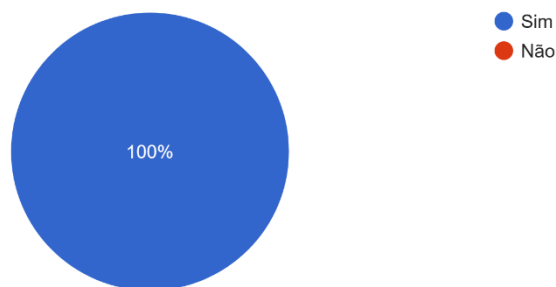
Considera os conteúdos adequados aos objetivos definidos para a sessão de formação?



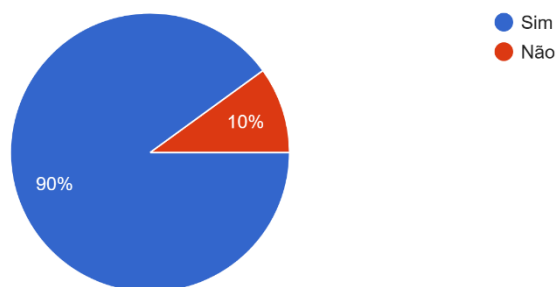
Considera a duração da sessão de formação apropriada?



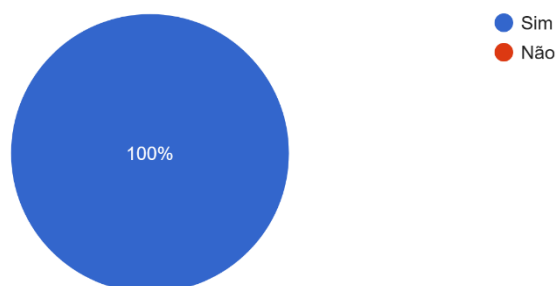
Considera a metodologia de apresentação (sessão de formação em vídeo) adequada?



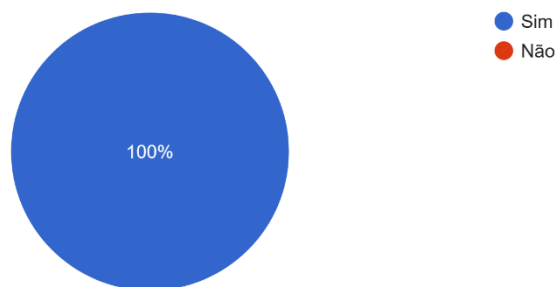
A sessão de formação permitiu a aquisição de novos conhecimentos?



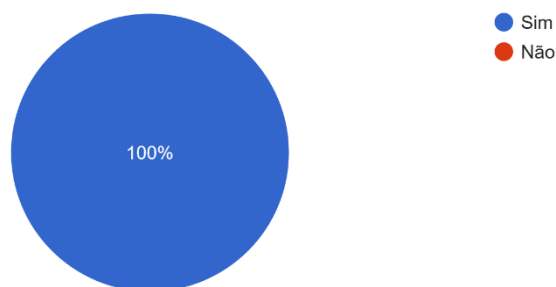
Considera que o tema da sessão de formação é útil para o exercício das suas funções profissionais?



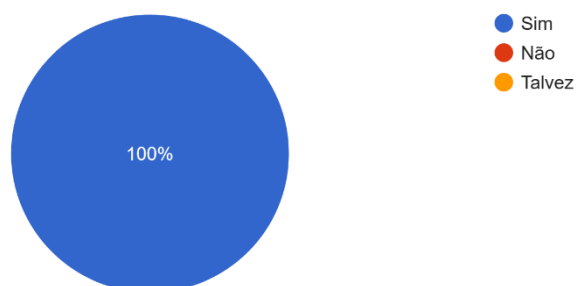
O formador revelou dominar a temática apresentada?



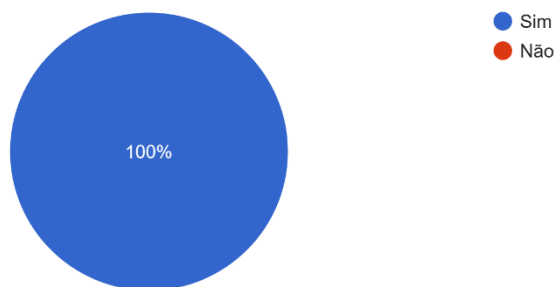
Considera que a exposição dos temas apresentados foi clara?



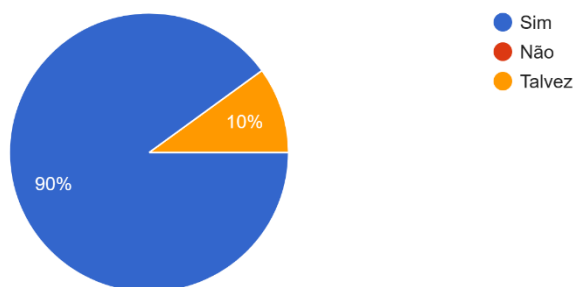
Considera o Procedimento Interno válido para o seu serviço?



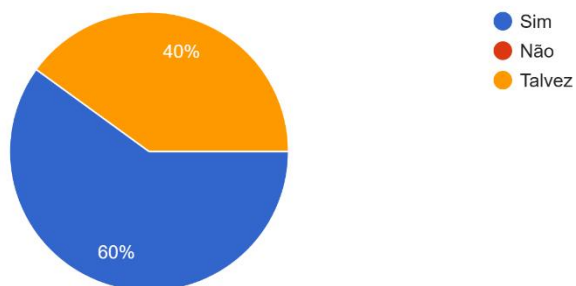
Considera o Guião de Segurança de fácil preenchimento?



Considera que o preenchimento do Guião irá melhorar a segurança da pessoa em situação crítica?



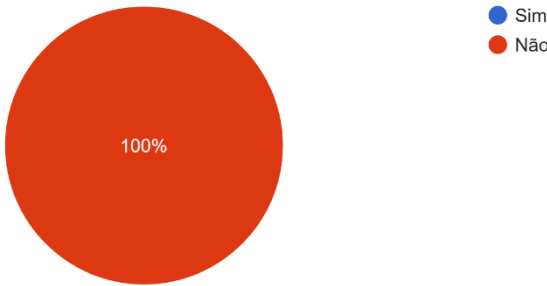
Considera que o Guião de Segurança irá diminuir a incidência de eventos adversos?



Na sua opinião o desenvolvimento do Procedimento Interno no transporte intra-hospitalar do doente crítico é essencial á manutenção de (assinalar todas as que considerar aplicáveis):



Tem sugestões para a melhoria do Procedimento Interno ou para o Guião de Segurança?



APÊNDICE 12 – Folha de passagem de turno

Passagem de Turno – Serviço de Urgência

Nº de Maca	Identificação	Queixa	Plano/vigilância	Observações

Nº de Maca	Identificação	Queixa	Plano/vigilância	Observações

ANEXOS

ANEXO 1 – Avaliação para o transporte intra-hospitalar

Avaliação para o transporte intra-hospitalar*

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

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

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

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

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

Nos locais com transportes frequentes, o material clínico de transporte deve estar previamente organizado, segundo o definido pela instituição, armazenado em contentores/malas portáteis e com avaliação/ controlo periódico, de acordo com procedimento de auditoria institucional, com registo e arquivo para posterior avaliação.

Fonte: Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023

ANEXO 2 – Declaração de Aceitação de Orientação

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JÃO DE DEUS



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Para os devidos efeitos, declaro aceitar a orientação do trabalho proposto no Projeto de Estágio do(a) estudante Gonçalo Jorge Santos Antunes Pires, nº 22745, do curso de **Mestrado em Enfermagem**.

Trata-se de um trabalho que se enquadra no âmbito da Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – área da Pessoa em Situação Crítica, que versa sobre a temática “**A Segurança do Doente Crítico no Transporte Intra-hospitalar**”.

Por se afigurar um trabalho credível, adequado e pertinente e porque reconheço no(a) mestrando(a) adequada capacidade de trabalho, sentido crítico e dedicação, assumo com interesse científico a sua orientação.

Portalegre, 23 de Outubro de 2023

O Orientador

(Maria Alice Gols Ruivo)

ANEXO 3 – Certificado “Webinar Conexões seguras”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

GONÇALO JORGE SANTOS ANTUNES PIRES

membro nº **92593** desta Ordem, participou no(a) **"Webinar Conexões seguras"**, realizado no dia **28 de Junho de 2023**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 28 de Junho de 2023

P¹ A Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo¹

¹ Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 156/2015, de 18 de Setembro.

ANEXO 4 – Certificado “Enfermagem às Quintas: Comunicação e Transição de Cuidados em Cuidados Intensivos”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

GONÇALO JORGE SANTOS ANTUNES PIRES

membro nº 92593 desta Ordem, participou no(a) **"Enfermagem às Quintas: Comunicação e Transição de Cuidados em Cuidados Intensivos"**, realizado no dia **29 de Junho de 2023**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Porto, 29 de Junho de 2023

O Presidente do Conselho Directivo Regional do Norte

João Paulo Marques de Carvalho

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO 5 – Certificado “Webinar Como realizar Revisões Sistemáticas da Literatura”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

GONÇALO JORGE SANTOS ANTUNES PIRES

membro n^o 92593 desta Ordem, participou no(a) **"Webinar Como realizar Revisões Sistemáticas da Literatura"**, realizado no dia 28 de Junho de 2023, com duração total de 2 horas, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Coimbra, 28 de Junho de 2023

Presidente do Conselho Directivo Regional

Ricardo Correia de Matos

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO 6 – Certificado “O Caminho para a Afirmação do Enfermeiro Especialista”

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
Núcleo de Enfermagem Médico-Cirúrgica

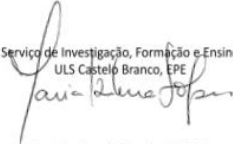
Webinar

Certifica-se que: Gonçalo Pires

Participou no 2º webinar 2023 "O Caminho para a Afirmação do Enfermeiro Especialista" promovido pelo Núcleo de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, no dia 6 de junho de 2023, com a duração de 2 horas:

2º webinar 2023 "O Caminho para a Afirmação do Enfermeiro Especialista"

- A Idoneidade Formativa
- Dotações Seguras em Enfermeiros Especialistas
- Competências Específicas do Enfermeiro EEMC


Serviço de Investigação, Formação e Ensino
ULS Castelo Branco, EPE

Assinatura Diretor SIFE

Castelo Branco | 7 de junho de 2023


Unidade Local de Saúde
Castelo Branco, EPE


NEMC - Núcleo de Enfermagem
Médico-Cirúrgica


SIFE
Serviço de Investigação,
Formação e Ensino

ANEXO 7 – Certificado “Internacional Congress on Emergency”



ICE

14 abril 2023



INTERNATIONAL
CONGRESS ON
EMERGENCY

Auditório da Faculdade de Medicina
Dentária da Universidade de Lisboa

www.apemerg.pt

CERTIFICADO

Certifica-se que **Gonçalo Pires**

participou como **Congressista no ICE 2023 (Internacional Congress on Emergency)**,

realizado no Auditório da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de

Lisboa, no dia 14 de abril de 2023.



ANEXO 8 – Certificado “Congresso Internacional do Doente Crítico 2023”



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ENFERMEIROS

CERTIFICADO

Certifica-se que

Gonçalo Pires

esteve presente no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023,
que decorreu a 24 e 25 de Novembro de 2023, com a duração de 16
horas, no Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde.

Lisboa, 25 de Novembro de 2023

Pel' A Comissão Organizadora

Ana Raquel Filipe Pimentel
Ana Raquel Filipe Pimentel

O Presidente da APE

João José Santos Fernandes
João José Santos Fernandes

ANEXO 9 – Certificado de autor do póster: “A utilização do *Cell Saver* no Doente em Choque Hipovolémico Hemorrágico: um estudo de caso”



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ENFERMEIROS

CERTIFICADO

Gonçalo Pires

participou como autor no póster

A utilização do Cell Saver no Doente em Choque Hipovolémico Hemorrágico: um estudo de caso

apresentado no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023 que
decorreu a 24 e 25 de Novembro de 2023, no Instituto Politécnico de Setúbal –
Escola Superior de Saúde.

Lisboa, 25 de Novembro de 2023

Pel'A Comissão Organizadora

Ana Raquel Filipe Pimentel

Ana Raquel Filipe Pimentel

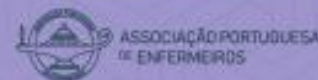
Pel'A Comissão Científica

Paulo J. Marques Monteiro

Paulo J. Marques Monteiro

ANEXO 10 – Póster: “A utilização do *Cell Saver* no Doente em Choque Hipovolémico Hemorrágico: um estudo de caso”

A utilização do Cell Saver no Doente em Choque Hipovolémico Hemorrágico: um estudo de caso



Tommaso, Ana - Enfermeira no Serviço de Medicina Interna da ULSCB
Pires, Gonçalo - Enfermeiro no Serviço de Urgência da ULSCB

Enquadramento conceptual

- O **choque hipovolémico** caracteriza-se pela diminuição do volume sanguíneo circulante, levando a uma diminuição do retorno venoso ao coração e, consequentemente, à diminuição da pré-carga cardíaca, comprometendo a perfusão dos órgãos nobres. As principais causas são as hemorragias, queimaduras e desidratação. O seu tratamento assenta em ações prioritárias com a identificação da causa e a reposição do volume intravascular através da administração de fluidos. O choque hipovolémico é assim uma emergência médica que reque uma intervenção rápida.^[1,2]
- O **papel do enfermeiro** na abordagem ao doente em choque hipovolémico hemorrágico assenta no reconhecimento precoce de sinais e sintomas. Após a sua identificação, o enfermeiro orienta a sua abordagem com o objetivo de controlar a hemorragia, utilizando métodos de correção de volémia.^[4]
- A Sociedade de Anestésias, em 2018, emitiu diretrizes orientadoras para a recuperação sanguínea de doentes em choque hipovolémico através da utilização do **sistema de autotransusão - Cell Saver**. O sistema permite a aspiração, centrifugação e lavagem do sangue, atingindo um hematócrito máximo de 70%, semelhante a uma UCE alogénico, garantindo as propriedades de transporte de oxigénio. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, é da responsabilidade do enfermeiro o seu manuseio dentro de um ambiente controlado, com técnica assética, devendo estar desperto para os riscos associados, obtendo sempre o melhor benefício para o doente.^[3]

Metodologia

Foi realizado o desenvolvimento de um estudo de caso, tendo sido vivenciado pelos autores do documento, sendo que o tratamento de dados foi realizado por análise de conteúdo.

O objetivo deste estudo é refletir sobre um plano de intervenção ao doente cardíaco espelhando o trabalho realizado pelos enfermeiros.

Estudo de Caso e Discussão

Doente do sexo masculino, 77 anos, com FRCV, submetido a correção endovascular da artéria aorta torácica por aneurisma justa subclávio, com implantação de prótese para troncos supra aórticos (TEVAR). No processo de construção dos acessos vasculares, inicia quadro de hipotensão severa associada a perda hemorrágica, com instabilidade hemodinâmica. Com uma estimativa de hemorragia superior a 500ml, surgiu a necessidade de utilização do sistema de autotransusão Cell-Saver para correção da volémia.



Conclusão

Com a realização deste estudo de caso, destaca-se a importância do desenvolvimento do plano de cuidados naquilo que é a identificação de diagnósticos comprometidos e na implementação de intervenções para prevenir ou resolver os mesmos. A existência de recursos humanos com competências específicas garante a segurança e idoneidade do processo. Ressalta-se assim a necessidade de formação e atualização contínua do conhecimento científico que, agregados ao desafio da implementação e melhoria de estratégias durante a prestação de cuidados de enfermagem, mobilizem respostas e satisfaçam as necessidades do doente crítico.

Bibliografia



ANEXO 11 – Certificado “5º Evento Científico da VMER/SU da ULSCB”



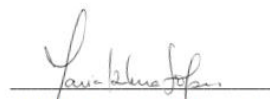
CERTIFICADO

Certifica-se a presença de
Gonçalo Jorge Santos Antunes Pires
no **5º Evento Científico da VMER / SU da ULSCB**,
decorrido no dia 26 de maio de 2023, com duração total de 7 horas.


A Vogal Executiva – Diretora Clínica
da Área Hospitalar da ULSCB
(Drª Maria Eugénia André)


O Vogal Executivo - Enfermeiro Diretor da ULSCB
(Doutor Carlos Almeida)


A Comissão Organizadora
(Enfª Paula Mendes)


O Serviço de Investigação, Formação e Ensino
(Drª Helena Lopes)

ANEXO 12 – Certificado de autor de póster “Preservação de vestígios no serviço de urgência na vítima de agressão traumática”

5º EVENTO CIENTÍFICO DA VMER/SU DA ULSCB

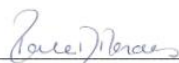
Emergência Pré-hospitalar **VE** Urgência Hospitalar

CERTIFICADO

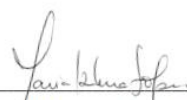
O trabalho intitulado como “**Preservação de vestígios no serviço de urgência na vítima de agressão traumática**”,
referente aos autores: **Gonçalo Pires; Ana Paulo; Andreia Magno**,
foi apresentado como e-poster, no 5º Evento Científico da VMER / SU da ULSCB,
decorrido nos dias 26 e 27 de maio de 2023.



O vogal executivo - Enfermeiro Diretor da ULSCB
(Doutor Carlos Almeida)



A Comissão Organizadora e Júri de trabalhos
(Enfª Paula Mendes)



O Serviço de Investigação, Formação e Ensino
(Drª Helena Lopes)

ANEXO 13 – Póster “Preservação de vestígios no serviço de urgência na vítima de agressão traumática”

PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA NA VÍTIMA DE AGRESSÃO TRAUMÁTICA

Pires, Gonçalo¹; Paulo, Ana²; Magno, Andreia²

¹ Enfermeiro no Serviço de Urgência do Hospital Santa Catarina (HSC)

² Enfermeiras no Serviço de Medicina Interna do Hospital José Maria Gouveia

recebido: 09/14/2023

Palavras-chave: Enfermagem Forense; Urgência; Agressão; Trauma Histórico

INTRODUÇÃO

O enfermeiro a exercer funções no Serviço de Urgência [SU] deve ter conhecimentos relativamente à recolha e preservação de vestígios em situações de agressões e maus tratos¹. Existem 24 categorias de violência e maus tratos a pessoas que recorrem a estes serviços, destacando a agressão pessoal, o assalto e agressão, as mortes suspeitas e os ferimentos por armas de fogo². Assim, o enfermeiro deve avaliar esta vítima, considerando o evento traumático que esta experienciou de forma a conseguir identificar necessidades físicas, psíquicas e legais, respeitando sempre os princípios clínicos e a preservação de vestígios^{3,4}.

OBJETIVO

Identificar as intervenções necessárias na preservação de vestígios na vítima de agressão traumática.

METODOLOGIA

Realizada revisão integrativa da literatura com recurso a base de dados e motores de busca como a B-on e o Google académico. A pesquisa foi efetuada com o espaço temporal de 2018-2023, tendo sido selecionados dois artigos.



BIBLIOGRAFIA



RESULTADOS E DISCUSSÃO

O enfermeiro ou qualquer outro profissional de saúde preserva apenas vestígios, visto que, vestígios é qualquer objeto obtido num local de forma a ser posteriormente analisado pelas ordens criminais (Gomes, 2022). Assim sendo, este vestígio pode ser utilizado como indício, podendo ser considerado como evidência, transformando-se assim o vestígio em prova (Gomes, 2022).

Intervenções na preservação de vestígios na vítima de agressão traumática

- Sinalizar a necessidade de colheita e preservação de vestígios, quando um episódio de urgência tem caráter criminoso^{2,4};
- Realizar registo fotográfico da vítima, tendo sempre em conta primeiramente a estabilização da mesma^{2,4};
- Observar o corpo da vítima de forma a identificar lesões^{2,4};
- Evitar contaminação dos vestígios, utilizando EPI's^{2,4};
- Cada peça de roupa seca deve ser colocada num saco de papel, e a molhada em sacos de plástico abertos^{2,4};
- Identificar cada saco com toda a informação básica da vítima, colocando sempre o local onde foi recolhido, a data e a hora e a rubrica do profissional de saúde, selando-os de seguida^{2,4};
- Os vestígios que foram colocados em envelopes, pelo seu pequeno tamanho, deverão ser colocado num segundo invólucro^{2,4};
- Recolher os restantes valores da vítima e armazená-los da mesma forma^{2,4};
- No caso de projéteis, manuseá-los com pinças e colocá-los num copo de plástico com gases^{2,4};
- Sempre que seja necessário cortar a roupa, deve evitar-se o corte nos rasgões ou orifícios, dando sempre prioridade ao registo fotográfico tanto da roupa como dos artefactos identificados, como manchas de sangue^{2,4};
- Realizar registos de enfermagem e passar informação às autoridades^{2,4}.

CONCLUSÃO

O enfermeiro assume um contacto direto com a vítima de trauma por agressão no SU devendo prestar cuidados tendo em conta a preservação de vestígios. Este tema enquadra-se numa prática segura e de qualidade do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área da Pessoa em Situação Crítica onde "Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime"⁵ (p. 19364).



ANEXO 14 – Certificado de autor de pôster “A importância da formação em suporte básico de vida no curso de licenciatura em enfermagem”



CERTIFICADO

O trabalho intitulado como **“A importância da formação em suporte básico de vida no curso de licenciatura em enfermagem”**,
referente aos autores: **Cristiana Cruz; Mariana Domingues; Gonçalo Pires; Miguel Ribeiro**,
foi apresentado como e-poster, no 5º Evento Científico da VMER / SU da ULSCB,
decorrido nos dias 26 e 27 de maio de 2023.

O vogal executivo - Enfermeiro Diretor da ULSCB
(Doutor Carlos Almeida)

A Comissão Organizadora e Júri de trabalhos
(Enfª Paula Mendes)

O Serviço de Investigação, Formação e Ensino
(Drª Helena Lopes)

ANEXO 15 – Póster “A importância da formação em suporte básico de vida no curso de licenciatura em enfermagem”

A IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA NO CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

AUTORES: CROZ, CRISTIANA¹; DOMINGUES, MARIANA¹; PIRES, GONÇALO²; RIBEIRO, MIGUEL².

¹ ALUNA DO 4º ANO DO CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO SUDOESTE DO PARANÁ
² ENFERMEIRO EM ORÇÃO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL ALBERTO LUIZ

INTRODUÇÃO

Atualmente, a paragem cardiopulmonar (PCR) súbita é considerada um problema de saúde pública, devido à sua alta taxa de incidência, sendo uma das principais causas de morte em todo o mundo.

Desta forma, torna-se importante a formação o mais precocemente possível em Suporte Básico de Vida (SBV) por parte dos estudantes de Enfermagem de forma a reverter a situação (Duarte & Dixe, 2020; Preto *et al.*, 2021).

PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA

A PCR é uma situação de emergência que corresponde à falência súbita das funções cardíacas e respiratórias, nomeadamente, caracterizada pela ausência da contratilidade cardíaca e de ventilação espontânea (Duarte & Dixe, 2020).

CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA



Fonte: Instituto Nacional de Emergência Médica, 2022

CONCLUSÃO

A formação em SBV é fundamental em todos os cidadãos. No entanto, ganha um principal destaque nos estudantes de Enfermagem, uma vez que como futuros profissionais de saúde estes têm o dever de ter conhecimentos que permitam identificar uma PCR e atuar em tempo útil com manobras de SBV. Assim, podemos concluir que ainda existe um longo caminho a percorrer no tema em questão, havendo necessidade de investimento formativo em SBV nos alunos do CLE.

RESULTADOS

A população alvo nos estudos selecionados foram alunos de Enfermagem e alunos de cursos de ciências da saúde. Foi possível concluir que mais de um quarto dos alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) não teve formação em SBV no âmbito do CLE (Duarte & Dixe, 2020).

Nos estudos utilizados verificou-se uma correlação positiva entre o grau de conhecimento dos alunos sobre SBV tendo em conta a sua idade e o ano escolar frequentado. Compreendeu-se ainda que o nível de conhecimentos aumentava com a realização de estágios em contexto clínico e a certificação prévia em SBV (Duarte & Dixe, 2020; Preto *et al.*, 2021).

	% de estudantes que responderam à questão	Média	Valor do teste	Valor estatístico (p)
Formação em SBV alguma vez na vida?	Sim	57%	14,29	t= 29,63
	Não	43%	8,48	
A Licenciatura que frequenta disponibiliza formação em SBV?	Sim	67,2%	12,98	t= 12,97
	Não	32,8%	9,34	
Ano escolar frequentado?	1º ano	30,6%	9,88	F= 79,22
	2º ano	32,1%	11,04	
	3º ano	26,9%	13,14	
	4º ano	10,4%	71	

Fonte: Preto *et al.*, 2021

Interpretação de resultados:

p < 0,05 diferença estatisticamente significativa.

	Respostas à questão	Média	Valor estatístico (p)
Formação em SBV certificada?	Sim	31,63	0,003
	Não	30,79	
Ensino clínico	Sim	31,66	0,000
	Não	30,39	

Fonte: Duarte & Dixe, 2020

Interpretação de resultados:

p < 0,01: diferença estatisticamente muito significativa;

Quando o p é < 0,05 existe diferença estatisticamente significativa.

BIBLIOGRAFIA :



ANEXO 16 – Póster “Caso Clínico – Cuidar a Pessoa com AVC Hemorrágico e Ventilação Mecânica Invasiva

6º EVENTO CIENTÍFICO DA VMER/SU DA ULSCB

Emergência Pré-hospitalar Urgência Hospitalar

CASO CLÍNICO – CUIDAR A PESSOA COM AVC HEMORRÁGICO E VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA

Cardoso, Patrícia ; Pires, Gonçalo

¹Enfermeiros do Serviço de Urgência da ULSCB

INTRODUÇÃO

Um **Acidente Vascular Cerebral (AVC)** pode ocorrer pela interrupção da corrente sanguínea cerebral devido a duas possíveis causas: a oclusão devido à presença de um trombo nos vasos sanguíneos - **isquémico**, ou a ruptura de um vaso sanguíneo cerebral - **hemorrágico**. O tratamento do AVC Hemorrágico quando indicado é cirúrgico e consiste na realização de uma craniectomia descompressiva, onde é drenado o hematoma presente levando à diminuição da hipertensão intracraniana. Quando este tipo de tratamento é contra-indicado opta-se por tratamento conservador controlando-se apenas possíveis complicações como a HTA.

A **National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)** é a escala que permite avaliar a gravidade do AVC quanto aos défices neurológicos apresentados e onde são tidos em conta onze critérios relacionados ao nível de consciência, ao desvio ocular, às funções motoras e sensitivas dos membros e ataxia.

O **Caso Clínico** que se apresenta assenta sobre qual o papel do enfermeiro na prestação de cuidados ao doente neurológico complexo, e mais concretamente neste Caso para lá das intervenções instrumentais e técnicas às quais muitas vezes se dá especial foco, realça-se também a importância das intervenções que nos permitem aumentar o conforto da pessoa, garantindo a estabilidade hemodinâmica da mesma.

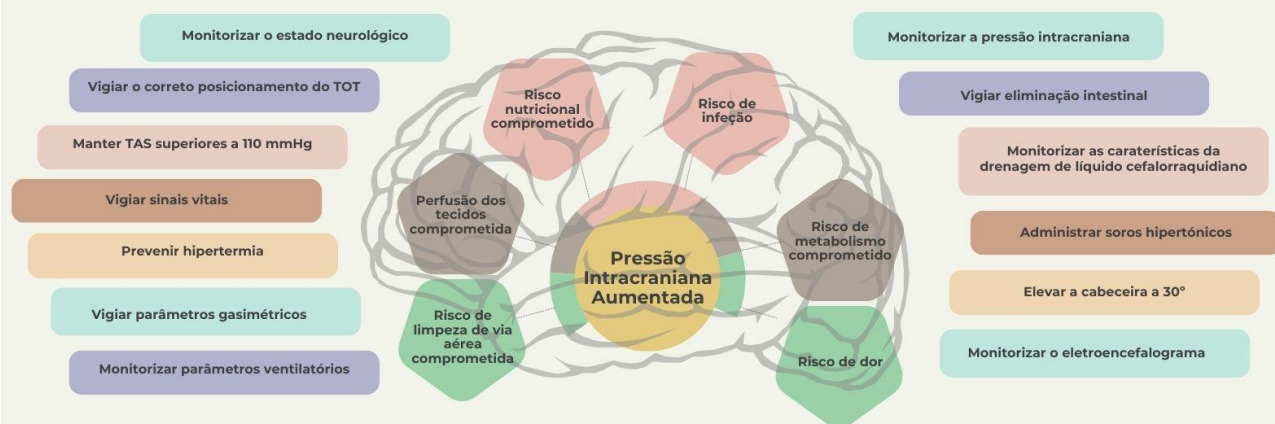
Objetivo: Refletir sobre um plano de intervenção à pessoa com AVC hemorrágico e Ventilação Mecânica Invasiva.

CASO CLÍNICO

Doente do **sexo masculino**, de cinquenta e três anos, com antecedentes pessoais de: Hipertensão Arterial, Fibrilhação Auricular, dislipidemia, obesidade e status pós- perfuração de úlcera duodenal há 7 anos; é admitido na Sala de Reanimação do Serviço de Urgência trazido pela Veículo Médico de Emergência e Reanimação após ter apresentado alteração do estado de consciência em casa que evoluiu para **Paragem Cardiorrespiratória**. No pré-hospitalar foram iniciadas manobras de Suporte Avançado de Vida com recurso a **Ventilação Mecânica Invasiva**, tendo a PCR sido revertida.

Após a realização de exames complementares no SU, mais concretamente através do TAC-CE, foi possível constatar extenso **hematoma subaracnóideu** com efeito de massa por possível ruptura de aneurisma sacular, verificando-se assim o diagnóstico de **AVC hemorrágico** extenso. Sendo que na escala de NIHSS apresentava um score de 22 (mau prognóstico) contactou-se Neurocirurgia do Hospital Central de referência que aceitou doente para **doação de órgãos**.

RESULTADOS E DISCUSSÃO



Enquanto enfermeiros, pretende-se que perante as pessoas que são colocadas ao nosso cuidado, consigamos, dentro do tempo disponível, garantir o que é considerado a melhor intervenção para cada situação, de forma individualizada, não só para a pessoa crítica, como também para a sua família quando o desenvolvimento do plano de cuidados.

Existem no entanto circunstâncias que, pelo infortúnio próprio da vida, por mais qualidade administrada no cuidado, por mais técnicas e apoio fornecidos, a situação crítica não é passível de ser revertida, sendo que a certeza de que tudo o que foi possível ser feito, de certa forma confere não apenas ao enfermeiro mas também aos elementos significativos da pessoa uma sensação de alento.



ANEXO 17 – Certificado “*Advanced Cardiovascular Life Support*”



Certifica-se que **Gonçalo Pires**, nascido(a) em 06/12/1996, com o número de identificação civil ****5312, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 22/04/2023 a 23/04/2023, com a duração de 16 horas e 5 anos de validade.

Porto Salvo, 23 de abril de 2023

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



Certificado nº 23034410

Verifique autenticidade em www.ocean-medical.com/certificado ou digitalize o código QR

ANEXO 18 – Certificado “*International Trauma Life Support*”



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Gonçalo Jorge Santos Antunes Pires, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date

5/21/2023

course site

Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre, INTL
(International)

course director

course coordinator

Luis Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).

Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 21-ITLS-#2-0202 CEH Type: Advanced

CAPCE represents that this program has met standards for accreditation and does not endorse the opinions or content presented. For more information, or to register a concern go to:
<https://www.capce.org/CertificateTrouble/index>

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
2001 Butterfield Road, Suite 320
Downers Grove, IL 60515

www.itrauma.org



ITLS 370158-51506
International
Trauma Life Support

Gonçalo Jorge Santos Antunes Pires, RN

has successfully completed the cognitive skills
evaluation in accordance with the standards of
International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider Course

Card Issue Date 5/21/2023 Expiration Date 05/2026

Course Number 51506

Course Location

Instituto Politécnico de
Portalegre, Portalegre, INTL
(International)

ANEXO 19 – Certificado de Formação de Formadores SBV-DAE



Departamento de Formação em Emergência Médica

Certificado de Formação Profissional

De acordo com o Decreto-Lei n.º 396/2007 de 31 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 14/2017 de 26 de janeiro

Formação de Formadores SBV-DAE

Certifica-se que Gonçalo Pires natural de de nacionalidade Portuguesa, nascido/a em titular do número de identificação 15125312 concluiu com aproveitamento o curso de Formação Formação de Formadores SBV-DAE em 18-11-2023, com a duração de 8,00 horas, tendo obtido a classificação final de 17,5 valores, numa escala de 0 a 20.

Departamento de Formação em Emergência Médica, 30-11-2023

O Departamento de Formação
em Emergência Médica


(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Certificado nº / 062-I.4-0122/57506/03247/2023
Válido até

MED/INEM 454.1



ANEXO 20 – Certificado “Curso de Identificação e Manutenção do Dador em Morte Cerebral

CERTIFICADO PRESENÇA

Certifica-se que:

**Gonçalo Jorge Santos
Antunes Pires**

participou na ação de formação -
**Curso de Identificação e
Manutenção do Dador em Morte
Cerebral** - que decorreu no dia 15
de fevereiro de 2023 na sala de
Sessões do Hal com duração total
de 7 horas.



Serviço de Investigação, Formação e Ensino
ULS de C. Branco, EPE

João Paulo Sousa

 Unidade Local de Saúde
Centro Branco, EPE

 SIEE