



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

**A Intervenção Especializada de Enfermagem na
Continuidade de Cuidados no Transporte da Pessoa
em Situação Crítica**

Carla Sofia Alves Vaz

**Lisboa
2022**



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

**A Intervenção Especializada de Enfermagem na
Continuidade de Cuidados no Transporte da Pessoa
em Situação Crítica**

Carla Sofia Alves Vaz

Orientadora: Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá

**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

Gostaria de fazer o meu agradecimento a todas as pessoas que me acompanharam neste meu percurso e que contribuíram para o sucesso desta etapa que se tornou num caminho difícil, mas que com o vosso apoio incondicional me foi permitido chegar ao fim.

Em particular quero agradecer à minha Mãe, pela motivação constante, apoio e incentivo, todos os dias da minha vida.

À Professora Florinda Galinha de Sá, que me motivou em tempos difíceis, que me orientou de modo coerente promoveu o meu crescimento pessoal e profissional, mas acima de tudo nunca me permitiu desistir.

Aos meus Amigos: Marisa Ventura, Célia Martins, Miriam Rodrigues, Paulo Faustino e Eduardo Guerra, porque sempre estiveram lá por mim e acreditaram sempre. Obrigado.

Ao César Martins Gomes, meu colega de trabalho que me encorajou e me mostrou que por caminhos difíceis as vitórias são mais sentidas.

Foi difícil, mas consegui.

LISTA DE ABREVIATURAS:

ADR - Atendimento de Doentes Respiratórios

APA - *American Psychological Association 7th Edition*

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

CC - Continuidade de Cuidados

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

ECLS - *Extracorporeal Life Support*

ECMO - *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

ENA - *Emergency Nurses Association*

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR – *Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OM - Ordem dos Médicos

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RSMM - Revisão Sistemática de Métodos Mistos

SO - Serviço de Observação

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU - Serviço de Urgência

SUMC - Serviço de Urgência Médico Cirúrgica

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

TAC - Tomografia Axial Computorizada

UC - Unidade Curricular

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIMC - Unidade de Cuidados Intensivos Médico Cirúrgico

RESUMO

O transporte da pessoa em situação crítica é uma realidade nos serviços de saúde em Portugal e resulta da necessidade de prestação de cuidados no momento imediato, devido a realização de exames complementares de diagnóstico ou para tratamento definitivo. Transversal aos diversos tipos de transporte e contextos, desde o pré-hospitalar, o intra-hospitalar e o inter-hospitalar está a necessidade de assegurar a continuidade de cuidados.

A continuidade de cuidados é assegurada através do estabelecimento de uma relação interpessoal, não inviabilizada pela dimensão temporal que caracteriza o contexto da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, suportada pelo quadro teórico *Nursing as Caring*. Este descreve o cuidado de enfermagem como autêntico e intencional adaptado às necessidades no momento em complementaridade com o quadro teórico do *College and Association of Registered Nurses of Alberta* de continuidade de cuidados, definida por três dimensões: a informativa, gestão e a relacional, assumido como um fator diretamente relacionado com a promoção da segurança e aumento da qualidade dos cuidados prestados.

O presente relatório descreve o percurso realizado norteado pelo tema da intervenção especializada de enfermagem na continuidade de cuidados no transporte da pessoa em situação crítica, que se desenvolveu em dois contextos, um serviço de urgência e uma unidade de cuidados intensivo, espelhando a forma como me foi possível alcançar as competências de perito, baseado no modelo de Dreyfus adaptado por Patrícia Benner (2001), através de um processo reflexivo da prestação de cuidados suportado pela evidência.

Palavras-Chave: Continuidade de cuidados; transporte; pessoa em situação crítica; cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Critical patient transport is a reality in health services in Portugal and is necessary in order to provide immediately care for patients who need complementary diagnostic tests or even treatment. Therefore, it is important to ensure continuity of care in pre-hospital, intra-hospital and inter-hospital transport.

Continuity of care is ensured through the establishment of an interpersonal relationship, not limited by the temporal dimension that characterizes the context of providing care to the person in a critical situation and supported by the theoretical framework *Nursing as Caring*. This describes nursing care as authentic and intentional, adapted to the moment needs, in complementarity with the theoretical framework of the *College and Association of Registered Nurses of Alberta* of continuity of care, defined by three dimensions: informational, management and relational, assumed as a factor directly related to the promotion of safety and increase in the quality of care provided.

This report describes the course carried out guided by the theme of specialized nursing intervention in the continuity of care in critical patients transport, which was developed in two contexts, an emergency service and an intensive care unit, mirroring the way it was possible to achieve expert skills, based on the Dreyfus model adapted by Patrícia Benner (2001), through a reflective process of deliver care supported by evidence.

Key words: Continuity of care; transport; critical patient, nursing care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1.1. Transporte da Pessoa em Situação Crítica	12
1.2. Intervenção Especializada de Enfermagem no Transporte da Pessoa em Situação Crítica	16
2. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	24
2.1. Processo de aquisição de competências no Serviço de Urgência	27
2.2. Processo de aquisição de competências na Unidade de Cuidados Intensivos	40
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	56

ANEXOS

Anexo I - Certificado do Curso Abordagem, Transporte e segurança do doente crítico

Anexo II - *Webinar* transporte do doente crítico em tempos de COVID-19

Anexo III - *Webinar* transporte do doente crítico

Anexo IV - Certificado de presença *Webinar* Saber + 2.0: Doente com suporte de vida extracorporal

Anexo V - Certificado de presença *Webinar* Segurança nos cuidados

APÊNDICES

Apêndice I - Revisão Sistemática de Métodos Mistos

Apêndice II - Cronograma do 3º Semestre

Apêndice III - Objetivos específicos para o estágio de Serviço de Urgência

Apêndice IV - Objetivos específicos para o estágio de Unidade de Cuidados Intensivos

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório, inserida no 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), surge o presente relatório de estágio que tem como objetivo descrever, analisar e refletir acerca do percurso realizado na UC Estágio com Relatório. Este contribuiu para o desenvolvimento de competências de mestre, com o intuito de cumprir o 2º ciclo de estudos conducente ao grau de mestre, para a aquisição das competências determinadas pela Escola ESEL para o CMEPSC, tendo por base o Decreto-Lei n.º 65/2018, assim como para a aquisição de competências comuns de enfermeiro especialista (Regulamento n.º140/2019, 2019) e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º429/2018, 2018).

Como linha orientadora deste percurso defini o tema: **A Intervenção Especializada de Enfermagem na Continuidade de Cuidados no Transporte da Pessoa em Situação Crítica**, dado que o transporte da Pessoa em Situação Crítica (PSC), é um processo inerente à prática de cuidados de enfermagem nos diversos contextos de prestação de cuidados a doentes críticos. O planeamento deste percurso contemplou a elaboração de um projeto onde foram definidos objetivos, atividades e indicadores de resultados. A escolha do tema para delinear este percurso surgiu em prol de uma ambição pessoal, desenvolvida ao longo da minha atividade profissional, dado que exerço funções como enfermeira generalista há 12 anos, com funções de coordenação de equipa de enfermagem num Serviço de Urgência Polivalente (SUP) urbano. Neste contexto, o transporte da PSC é uma realidade diária, ao nível intra-hospitalar e inter-hospitalar e concomitantemente existe um posto de trabalho denominado de “Enfermeiro de Transferências”, responsável por realizar todos os transportes da PSC que necessita desta intervenção específica de enfermagem. Esta função é atribuída aleatoriamente dentro da equipa onde a rotatividade de elementos é elevada, conferindo às equipas alguma instabilidade na dinâmica e sustentabilidade, sendo frequente a contratação de elementos recém-licenciados ou com períodos de experiência profissional reduzido.

Benner (2001) na sua obra de Iniciado a Perito, define que os elementos com reduzida experiência prática, são profissionais que se encontram no estágio de iniciado, onde não têm experiência perante as situações com o qual são confrontados,

onde os conhecimentos e princípios de atuação se reportam apenas ao percurso académico, o que lhes confere, dificuldade em integrar e estabelecer prioridades, onde desta forma determina um agir de modo pouco ajustado ao contexto. Perante esta realidade procurei neste percurso adquirir competências ao nível de perito, dominando um conhecimento percetivo, fundamentado e aprofundado, à luz do referencial teórico de Benner (2001), contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional na área do transporte da PSC, como forma de promover junto da equipa multidisciplinar com a qual coopero diariamente, uma sensibilização para uma prática baseada na evidência, propagando a sua disseminação e tornando-me uma referência nesta área para os meus pares.

O transporte da PSC é uma realidade em todos os serviços de saúde em Portugal, dado que a sua necessidade se prende com a inevitabilidade de prestar os cuidados à pessoa num momento imediato, e que podem não se encontrar disponíveis no local em que a pessoa se encontra (Ordem dos Médicos [OM] e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI], 2008). Esta situação surge em diversas condições, no pré-hospitalar, quando a pessoa necessita de cuidados diferenciados após uma lesão ou condição *major* que provoque risco de vida, no intra-hospitalar e inter-hospitalar, com a necessidade de assegurar a continuidade de cuidados (CC) nomeadamente na realização de exames complementares de diagnóstico ou transferências para outros serviços, como uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), um bloco operatório, entre outros, que não disponível no contexto em que a PSC e sua família se encontram.

Desta forma perante a problemática identificada e indo ao encontro da minha necessidade profissional, surgiu este projeto que contribuiu para enriquecer a prática de cuidados no que respeita a promoção da segurança, em que o objetivo geral definido foi: **Desenvolver competências especializadas na promoção da continuidade de cuidados de enfermagem no transporte da PSC e a sua família.** Considerando este objetivo geral, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Aprofundar conhecimentos de enfermagem especializados na área do transporte da PSC e sua família;
- Prestar cuidados especializados de enfermagem à PSC e sua família, no contexto de SUP e UCI, assim como durante o transporte intra-hospitalar e inter-hospitalar;

- Refletir criticamente sobre a CC na promoção da segurança da PSC e sua família.

Explorar o tema da CC no transporte da PSC, foi a forma de contribuir para a divulgação de conhecimentos teóricos e práticos no contexto e futuramente contribuir para a capacitação do serviço no estabelecimento de uma metodologia uniformizada na realização do transporte da PSC. Assim, importa conferir acessibilidade a toda a equipa de enfermagem, dando o meu contributo para uma cultura que permita assegurar a CC de enfermagem no transporte da PSC, com resultado no aumento da qualidade e segurança. Poucos estudos são encontrados nesta área, contudo verifica-se que se revela de extrema importância na prevenção e minimização de riscos, uma vez que contribui para a segurança e qualidade na realização do transporte da PSC, pois os profissionais de saúde que realizam o transporte da PSC são a base para a tomada de decisão no que respeita a antecipação e previsão de intercorrências durante a transferência, através da garantia da CC (Graça et al., 2017).

A CC encontra-se mencionada no Código Deontológico dos Enfermeiros, “Do direito ao cuidado, o enfermeiro assume o dever de (...) d) “Assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas;” (Decreto-Lei n.º156/2015, artigo 104º). Torna-se indispensável o desenvolvimento da perícia do enfermeiro na prestação de cuidados de enfermagem especializados de modo a assegurar a CC para a identificação de problemas precocemente, melhorando os resultados, onde os enfermeiros possuem julgamento clínico e pensamento crítico, baseados em evidência científica e na pessoa de um modo holístico (Lee et al., 2006; Reid et al., 2002; Rosser & Schultz, 2007; Servellen et al., 2006, citados por CARNA, 2008). Considerando que o processo de cuidar em enfermagem assenta numa vertente holística, que é atingida através da CC, encontramos uma relação quase direta com os pressupostos da teoria *Nursing as Caring* de Anne Boykin e Savina Schoenhofer (2001) na medida em que é criada uma relação entre a PSC sujeita a transporte e o enfermeiro, onde os cuidados prestados são individualizados e adaptados às necessidades da pessoa no momento.

O enfermeiro perito é o profissional que possui competências para avaliar a PSC, e reconhecer mudanças fisiológicas que impliquem uma intervenção rápida, o que se aplica, ao transporte de uma pessoa com instabilidade hemodinâmica (Benner, 2001, p.34), desta forma o processo de aquisição de competências abordado neste relatório terá também como referencial teórico, o modelo de Dreyfus para a aquisição de

competências adaptado para a enfermagem de Patricia Benner (2001). O foco principal deste relatório prendeu-se numa análise crítica e reflexiva de documentos obtidos através da pesquisa bibliográfica acerca da temática em estudo, e na sua utilização para a fundamentação teórica da prática exercida em estágio, num percurso de desenvolvimento de competências que contemplou dois locais distintos, um Serviço de Urgência Médico Cirúrgica (SUMC) de um hospital localizado na periferia de Lisboa periférico e uma UCI de um Centro Hospitalar da zona de Lisboa.

De modo a dar visibilidade ao percurso de desenvolvimento de competências encetado foi elaborado o presente relatório que se encontra estruturado em dois capítulos, iniciando-se com uma contextualização teórica acerca da pertinência do tema onde é exposto o enquadramento teórico e se procura evidência para a sustentação da intervenção especializada de enfermagem no transporte da PSC, integrando os resultados da pesquisa bibliográfica da literatura realizada. Um segundo capítulo que procura retratar o percurso realizado que originou o desenvolvimento e aquisição de competências dos cuidados especializados de enfermagem prestados à PSC no contexto de Serviço de Urgência (SU) e UCI. No final deste documento surgem as considerações finais onde se realiza uma síntese da temática em estudo, uma análise dos ganhos e dificuldades sentidas, bem como estratégias a utilizar em situações futuras e implicações para a prática.

Este trabalho foi elaborado de acordo com o guia de elaboração de trabalhos escritos da ESEL, as normas da APA (*American Psychological Association 7th Edition*) e o novo acordo ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo procura a fundamentação teórica do quadro concetual que sustenta a escolha do tema deste projeto, é composto por três subcapítulos. O primeiro subcapítulo que aborda o transporte da PSC, onde são apresentadas as definições dos conceitos inerentes ao transporte da PSC. Um segundo subcapítulo que se intitula, a intervenção especializada de enfermagem no transporte da PSC, onde são abordadas as competências do enfermeiro especialista em enfermagem à PSC, imprescindíveis ao desenvolvimento e reconhecimento da prática de perito, segundo a teoria de Benner (2001). Como terceiro subcapítulo, este denominado de cuidados de enfermagem e CC no transporte da PSC, é exposta a relevância da CC fundamentada por conceções teóricas, nomeadamente pela *College and Association of Registered Nurses of Alberta* (CARNA, 2008) na prática da disciplina da enfermagem, fundamentado pela teoria *Nursing as Caring* de Anne Boykin e Savina Schoenhofer (2001) e integrando os resultados da RSMM (Apêndice I). A RSMM surgiu perante a necessidade de investigar a evidência científica mais recente, sobre o tema da CC no transporte da PSC, no que se refere à intervenção especializada de enfermagem, intitulada: A Continuidade de Cuidados no Transporte da Pessoa em Situação Crítica: um protocolo de Revisão Sistemática de Métodos Mistos, com o objetivo, identificar as intervenções de enfermagem que garantem a CC no transporte da PSC.

1.1. Transporte da Pessoa em Situação Crítica

O transporte de pessoas feridas conquistou a sua importância durante o período da grande guerra revolucionária francesa entre os anos 1792 e 1802, onde foi reconhecido que o transporte de doentes deveria ser melhorado, dado que a sua realização era realizada de modo lento e com consequências graves para os feridos que culminavam por vezes em morte (Nestor, 2013). Desta forma dois cirurgiões do exército francês desenvolveram um projeto que denominaram de *Flying Ambulance*, uma carruagem conduzida por cavalos, que tinha a capacidade de transportar dois feridos em simultâneo ou um modelo de quatro rodas que transportava quatro vítimas deitadas. Foi na Guerra da Crimeia (1854-1855) que se deu particular importância a evacuação de feridos organizada com o sistema de ambulâncias, mas foi no final da mesma que este se expandiu para um sistema nacional de transporte de doentes, promovendo uma evacuação médica (Manring et al., 2009). Foi após a Primeira

Guerra Mundial que se criou o primeiro transporte motorizado, o que veio aumentar a velocidade na evacuação de vítimas, levando à diminuição das dificuldades no acesso a cuidados médicos em tempo útil e foram estas ambulâncias voadoras as precursoras da ambulância moderna (Chan & Denomme, 2012). A primeira ambulância foi utilizada em 1899 pelo Hospital Michael Reese em Chicago, e a primeira referência ao transporte organizado de doentes teve lugar na cidade de Nova York, referindo-se ao transporte de pessoas entre hospitais privados para hospitais públicos, resultando numa taxa de mortalidade elevada, onde conseqüentemente surge uma ação para a sua diminuição com o pagamento de multas em caso de óbitos durante o transporte (Abel, 2011).

A evolução do transporte na área da saúde sofreu mudanças tal como a profissão de enfermagem, Florence Nightingale, demonstrou durante a guerra da Crimeia que a enfermagem desempenha um papel fundamental no cuidado aos doentes, sendo que o seu transporte comporta uma variedade de desafios para a equipa de enfermagem, onde esta se emerge com um papel importante, multifacetado que alia a prática, a educação, a gestão, a consultadoria e a pesquisa (Holleran, 2002).

Nos dias de hoje o transporte de doentes é definido consoante o seu local de origem, primário, se for entre o local de um acidente ou incidente para uma unidade de saúde, ou secundário, quando é realizado entre duas unidades de saúde, ou entre serviços na mesma instituição (Nunes, 2009). Em Portugal, o transporte de doentes encontra-se contemplado no Decreto-Lei n.º 38/92 de 28 de Março (1992), 2ª Lei de Bases da Saúde, que definiu os tipos, características e equipamento das ambulâncias, bem como os requisitos dos seus tripulantes. A questão do transporte da PSC, envolve aspetos ético-legais, que reportam ao princípio ético - o princípio da beneficência - onde se deve ponderar o transporte, tendo em conta os riscos inerentes em prol do melhor contributo do mesmo para a pessoa.

A Portaria n.º1147/2001, Capítulo II, Secção I, define os tipos de ambulância existentes tendo em conta as suas características, tal como os profissionais e o equipamento a utilizar, desta forma obtemos três tipologias de ambulâncias: Tipo A, ambulância de transporte de doentes que se subdivide em A1 transporte individual e A2 transporte múltiplo; Tipo B, ambulância de socorro no qual se inserem veículos que disponibilizam recursos materiais e humanos, para manobras de suporte básico, estabilização e transporte de doentes; Tipo C, ambulância de cuidados

intensivos, que disponibiliza tripulação e equipamento para a aplicação de medidas de suporte avançado de vida, estabilização e transporte de doentes (Portaria n.º1147/2001, 2001).

O transporte de doentes tem vindo a ser alvo de alguns estudos demonstrativos de que os profissionais de saúde têm vindo a reconhecer a importância em aprofundar conhecimentos que promovam a realização de um transporte em segurança, tendo em conta que esta realidade é recorrente pela necessidade de encaminhamento diferenciado que responda às necessidades do doente (Kulshrestha & Singh, 2016; Powell et al., 2020). No que respeita à definição de PSC, temos: “Patients who (...) are either no longer able to independently maintain physiological stability or are at high risk for rapidly developing physiological instability (...). These patients are typically life-dependent on continuous intensive care and the supporting technology.” (Benner et al., 2011, p.74). A sua transferência pode induzir alterações fisiológicas que interfiram com o resultado esperado para a situação clínica, pelo que deve ser realizada de forma sistemática e de acordo com diretrizes baseadas na evidência com o intuito de prevenir e minimizar quaisquer eventos adversos (Kulshrestha & Singh, 2016). O transporte da PSC resulta numa responsabilidade profissional de uma equipa multidisciplinar, definida como responsabilidade clínica, uma transferência de compromisso profissional e responsabilização pela prestação de cuidados à pessoa por um grupo profissional, numa base temporária ou permanente, resultando numa interação entre seres humanos que envolve a permuta de informações entre profissionais de saúde, contemplando interações pessoais e organizacionais (Powell et al., 2020). A *Emergency Nurses Association* (ENA, 2019), através do *American College of Emergency Physicians*, define que o principal objetivo da transferência da PSC deverá ser a saúde, o bem-estar ideal da pessoa, e a decisão da transferência deve ponderar os riscos *versus* benefícios.

O transporte de doentes pode surgir num contexto inter-hospitalar e intra-hospitalar, com o fim único de proporcionar à pessoa os cuidados mais adequados ao seu estado de saúde no encontro das suas necessidades, em tempo útil, para que seja possível a estabilização ou manutenção da condição da vida. O transporte inter-hospitalar é definido como a deslocação física de uma pessoa, de uma instituição para outra, por necessidade de recursos superiores aos existentes no local, ou por necessidade de internamento definitivo (ENA, 2019). O transporte intra-hospitalar é definido como a transferência de PSC dentro de uma mesma instituição com fins

diagnósticos, terapêuticos ou transferência para unidades especializadas, envolvendo a circulação da pessoa entre áreas fisicamente distintas na mesma instituição (Alamanou & Brokalaki, 2014).

Sendo o transporte da PSC uma ocorrência complexa que envolve eventos de alto risco, para a melhoria da qualidade e eficácia da transferência devem ser usados métodos de transferência sistemáticos e padronizados, incluindo o uso de ferramentas, listas de verificação e mnemónicas de comunicação, como por exemplo o (ISBAR)¹, com o objetivo de aumentar a fiabilidade das informações transmitidas e a segurança (Powell et al., 2020).

As recomendações emanadas para o transporte da PSC (OM & SPCI, 2008) atribuem importância à sistematização para a promoção da segurança do doente e dos profissionais, assim como atribuem responsabilização institucional no que respeita a implementação de programas e protocolos para a operacionalização do procedimento. Desta forma entidades competentes em Portugal como o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e a OM e SPCI, definem que o transporte da PSC é composto por 3 fases: Decisão, Planeamento e Efetivação (INEM, 2012; OM & SPCI, 2008). A fase de Decisão, atribui a responsabilidade a um médico, onde este deve equacionar os riscos inerentes ao processo de transporte, contemplando a equipa da unidade de destino, para a tomada de decisão, tendo em conta o potencial benefício do transporte, contemplando os potenciais riscos envolventes. A fase de planeamento é executada pela equipa médica e de enfermagem tendo em conta os seguintes aspetos: “Coordenação, Comunicação, Estabilização, Equipa, Equipamento, Transporte e Documentação.” (OM & SPCI, 2008, p.9), onde se ressalva a importância de fornecer informação ao doente e à família sobre a transferência (INEM, 2012, p.29). Na fase de efetivação é necessário assegurar que o nível de cuidados prestados não deve ser inferior ao que se encontrava disponível à PSC no serviço de origem, dado que a prestação de cuidados num espaço ambulatorio limitado proporciona riscos não existentes previamente, o que exige competências profissionais que englobam a experiência e a formação de ambos os profissionais de saúde, (médico e enfermeiro) e que se atinge com treino e uma comunicação adequada (OM & SPCI, 2008; INEM, 2012). É nas duas últimas fases, planeamento e efetivação, que se destaca a relevância do papel do enfermeiro, num planeamento seguro e programado do transporte da PSC, que contemplam:

¹ ISBAR (*Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation*)

“Avaliação do estado geral da vítima; Avaliação da vantagem expetável com a transferência; Início e manutenção dos cuidados de suporte necessários, garantindo a ressuscitação e estabilização; Confirmação/garantia da operacionalidade do equipamento de transporte.” (INEM, 2012, p.13), obtém-se uma forma segura de minimizar os riscos associados e o zelo por um transporte seguro. A elaboração de um protocolo de transporte com a participação efetiva do enfermeiro, surge como ferramenta para minimizar ou até evitar os riscos inerentes ao transporte da PSC, dado que transportar uma PSC cria um ambiente desafiador e altamente estressante, mesmo para profissionais experientes (Eiding et al., 2019). Para garantir o nível certo de competência e segurança para cada situação de transporte, é imperativo padronizá-los, com base no consenso de profissionais peritos, sendo o enfermeiro o profissional que tem o dever de participar em todas as etapas do transporte com responsabilidades diversas inerentes à prestação de cuidados holísticos, sendo o seu papel multifatorial (Eiding et al., 2019).

Para a determinação do nível de cuidados necessários durante o transporte da PSC é recomendada uma grelha de avaliação que permita apurar um *score* de risco de modo a definir as necessidades de recursos humanos e tipologia de transporte para assegurá-lo em segurança, com vista a minimização dos riscos (OM & SPCI 2008).

1.2. Intervenção Especializada de Enfermagem no Transporte da Pessoa em Situação Crítica

O enfermeiro é o profissional de saúde que mais frequentemente realiza o transporte da PSC tendo em conta as características das suas competências específicas, segundo o parecer dado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2017), acerca dos profissionais que realizam o transporte da PSC, “...verificamos que o profissional com melhor formação para integrar Equipas de transportes de doente crítico ou Equipas de Emergência Intra-Hospitalar é preferencialmente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica.” (Parecer n.º09/2017, 2017, p.2). Este parecer é apoiado pela OM e SPCI, afirmando através das suas recomendações para o transporte da PSC, “Idealmente, um dos acompanhantes deve ser o enfermeiro responsável pelo doente, com experiência em reanimação e com treino em transporte de doentes críticos;” (OM & SPCI, 2008, p.14). A característica definida anteriormente remete-nos para a

necessidade desta ação ser realizada por um enfermeiro especialista em PSC dado que as competências adquiridas pelo profissional conferem a segurança latente ao transporte da PSC. Esta necessidade é também alegada pela OE “...a evidência demonstra que o período de transporte não é isento de probabilidade de ocorrência de eventos que podem agravar o seu estado clínico e inclusivamente provocar a sua morte.” (Lopes & Frias, 2014, *as cited in* Parecer n.º09/2017, 2017, p.1). Tendo em conta as competências exigidas ao enfermeiro especialista na PSC bem como as recomendações das entidades que regulam o transporte da PSC em Portugal, é possível afirmar que o enfermeiro especialista em enfermagem na PSC é o profissional de saúde mais habilitado para assumir a responsabilidade deste procedimento, tornando-se imprescindível o desenvolvimento de competências especializadas e qualificadas inerentes ao enfermeiro especialista na medida em que os cuidados de enfermagem à PSC se definem pela OE como:

...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, tendo em vista a sua recuperação total. (Regulamento n.º429/2018, p.19362).

No transporte da PSC é necessário manter a CC onde a tripulação responsável pelo transporte deve ser treinada e qualificada para que seja possível a antecipação de contingências técnicas e clínicas que surjam durante o transporte, constatando-se que o enfermeiro especialista em PSC possui as competências necessárias para assumir esta função (Graça et al., 2017). A ENA define as suas políticas no que respeita ao transporte da PSC e atribui ao enfermeiro o papel de elemento facilitador para os *Outcomes*, referindo que “Emergency nurses advocate for and facilitate patient transfers where they promote patient well-being and optimal patient outcomes.” (ENA, 2019, p.1)

Os cuidados de enfermagem são fulcrais para assegurar a CC no transporte da PSC, para tal é necessário que o enfermeiro seja detentor de conhecimentos que permitam fundamentar a sua prática dado que requerem cuidados de continuidade para que seja possível a manutenção da prestação de cuidados, especialmente no que se refere à comunicação de dados e à prestação de cuidados, “...o nível de cuidados, durante o transporte, não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de o elevar.” (Parecer

n.º09/2017, p.2). A formação e a prática baseada na evidência empírica, são determinantes para a promoção da segurança do transporte da PSC, tal como é defendido pelas entidades portuguesas que emanam recomendação para a efetivação do mesmo.

A qualificação técnica, aspecto intimamente relacionado com a formação e a experiência clínica, constitui um dos aspectos mais importantes para a promoção e para a garantia da segurança durante o transporte. Para todos, mesmo para os profissionais que, habitualmente cuidam de doentes críticos, deve-se promover a formação específica no transporte e no cuidado da pessoa em situação crítica. (OM & SPCI, 2018, p.11).

O enfermeiro especialista na PSC, é detentor das competências necessárias para assegurar o suporte avançado de vida adequado à doença súbita ou traumática, tendo a responsabilidade de manter os seus conhecimentos atualizados e adequados ao contexto onde desenvolve a sua atividade profissional.

Perante a necessidade de aquisição de competências especializadas neste contexto é mandatário a abordagem do modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem, no qual são estabelecidos cinco níveis hierárquicos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito, onde a envolvimento do profissional, se vai adaptando e modificando passando de observador a praticante envolvido no contexto prático (Benner, 2001).

O enfermeiro perito é definido como um enfermeiro que se encontra no estágio que possui experiência, entende de forma intuitiva a situação num todo e de modo global, não se rege apenas por protocolos, mas focaliza-se nos problemas reais, sendo um profissional flexível e com adaptabilidade às circunstâncias, dado que articula os conhecimentos teóricos com a sua experiência prática (Benner, 2001). Os enfermeiros que integram as equipas de transporte da PSC têm o dever de prestar cuidados de saúde de qualidade, com um contínuo de vigilância para o despiste de ocorrência de complicações durante o transporte, paralelamente a uma atenção holística e contínua à PSC durante o período em que se encontram ausentes de um ambiente seguro (Alamanou & Brokalaki, 2014).

Deste modo a intervenção especializada de enfermagem à PSC durante o transporte tem como finalidade a qualidade e segurança com base numa tomada de decisão e no julgamento clínico, fundamentado nos princípios ético-deontológicos da

profissão. A intervenção do enfermeiro especialista no processo de planejamento do transporte da PSC, permite o aumento da segurança, na medida em que possui competências de perito, onde é capaz de produzir novo conhecimento e desenvolver uma prática baseada na evidência, promovendo a qualidade dos cuidados prestados, com influência na mudança da prática de cuidados.

As condições para um transporte seguro incluem pré-requisitos organizacionais e competências da equipa multiprofissional que se traduzem em comportamentos que permitam realizar em segurança o transporte da PSC, onde a responsabilidade se prende com a monitorização constante e uma atuação rápida na prevenção dos danos, dando ênfase à necessidade de uma abordagem multifacetada, nomeadamente no trabalho em equipa e a uma consciência situacional para o desempenho (Bergman et al., 2020). O cuidado à PSC no transporte requer que o enfermeiro perito tenha presente as suas intervenções diretamente relacionadas com as teorias que suportam a enfermagem, na medida em que estas se interliguem de forma harmoniosa com a dimensão ética, clínica e relacional, os requisitos para a garantir a CC e promovendo uma prática de excelência no cuidar, incluindo o julgamento clínico, as intervenções de enfermagem e a tomada de decisão sustentada (Benner, 2001).

No que se reporta à família, confere-se num grande desafio para o enfermeiro, dado que pode ser particularmente difícil e desafiador. Contudo a interação junto da família torna-se importante para o desenvolvimento favorável da situação clínica da PSC, devendo ser uma meta no decorrer do processo de transporte. A presença da família possui alguns benefícios no que respeita ao apoio emocional e na obtenção de informação clínica pertinente para a situação de cuidados (Sá & Velez, 2021).

Em suma as intervenções especializadas de enfermagem garantem a CC, dado que é estabelecida uma relação terapêutica com a pessoa, uma transmissão de informação eficaz e metódica e o estabelecimento de uma relação entre os cuidados prestados pelas diferentes equipas e contextos, assim como através de todas as intervenções que promovam o acesso a um tratamento adequado e em tempo útil, na agilização de processos, e na deteção de sinais precoces de instabilidade hemodinâmica. Dando a função de gestão dos cuidados ao enfermeiro especializado e perito na área da PSC causando impacto em todas as dimensões da CC, informativa, de gestão e relacional.

1.3. Cuidado de Enfermagem e Continuidade de Cuidados no Transporte da Pessoa em Situação Crítica

Cuidar é um processo complexo que resulta de intervenções adaptadas a cada pessoa e a cada situação, a arte de cuidar centra-se no conhecimento e na capacidade de adaptação a cada momento (Hesbeen, 2000). Os cuidados de enfermagem enquadram-se no cuidar, dado que contribuem para o bem-estar do outro e é onde o enfermeiro utiliza as suas competências e características próprias para o exercício da profissão.

Os pressupostos da teoria *Nursing as Caring* de Anne Boykin e Savina Schoenhofer (2001), definem a enfermagem como um processo de cuidar em que as pessoas cuidam em virtude da sua humanidade, são atenciosas, de momento a momento, inteiras e completas no momento; a pessoalidade é um processo baseado na vivência do cuidar, é aprimorada pela promoção de relações de cuidados com outras pessoas, a enfermagem é uma disciplina e uma profissão. Estas autoras descrevem o cuidado como autêntico e intencional, onde a pessoa é vista como completa no momento, tendo uma perspetiva holística dentro da complexidade do ser humano. A visão da teoria *Nursing as Caring* reporta uma individualização dos cuidados, característica inerente à CC, assim como um conceito de relação interpessoal. No Código Deontológico dos Enfermeiros, o pilar para a prática dos Enfermeiros Portugueses, anunciam-se os deveres profissionais perante a comunidade, encontra-se a CC como um dever do enfermeiro, no “direito ao cuidado, o enfermeiro assume o dever de: d) Assegurar a continuidade dos cuidados (...)” (Decreto-Lei n.º156/2015, Artigo 104º, 2015), como uma responsabilidade que a profissão assume perante o cidadão.

Como quadro teórico de referência para a definição de CC (CARNA, 2008) surge o conceito que assenta em dois elementos fundamentais: a CC ao longo do tempo (passado, presente e futuro) e a CC individualizados às necessidades da pessoa na sua situação pessoal, que depende do contexto em que se insere a prestação de cuidados. Define ainda três dimensões: a informativa que se reporta à transferência do conhecimento possuído acerca da pessoa, relacionando eventos de cuidados; a de gestão, à complementaridade de cuidados asseguradas pela equipa multiprofissional em tempo útil; e a relacional, referindo-se a uma relação terapêutica contínua entre a pessoa e o profissional englobando os cuidados presentes e futuros (CARNA, 2008). Integrando a CC na prática de enfermagem no que respeita a

realização do transporte da PSC, assume-se esta, como um fator diretamente relacionado com a promoção da segurança e aumento da qualidade dos cuidados prestados.

A *Joint Commission* (2017) emitiu um parecer de boas práticas onde define que a transferência da pessoa se refere a uma aceitação da responsabilidade obtida através de uma comunicação eficaz, e que consiste num processo de transmissão de informações específicas de uma equipa para outra, com o intuito de garantir a continuidade e segurança do cuidado. A nível nacional, encontramos no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2015-20), as metas a alcançar no final de 2020 que se referem à comunicação como um pilar fundamental para promoção da segurança do doente no momento em que ocorre a transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, nomeadamente no momento da transferência do doente. A comunicação precisa e atempada entre profissionais assegura a CC, minimizando possíveis danos para o doente (Despacho n.º1400-A/2015, 2015, p. 3882-4). A CC torna-se assim num elemento-chave para a promoção da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

A CC relaciona-se de uma forma direta com as intenções da teoria *Nursing as Caring*, dado que a relação interpessoal do enfermeiro e da PSC cresce a cada momento do cuidado (Boykin & Schoenhofer, 2001), conferindo uma noção de CC, pois os cuidados de enfermagem prestados à pessoa, são individualizados e adaptados às necessidades da mesma naquele momento, tendo em conta o que a pessoa é um todo. Esta dimensão de continuidade interpessoal é descrita como um dos tipos de continuidade definidos pela CARNA (2008), ou seja, uma relação terapêutica contínua entre a pessoa e o profissional de saúde, ligando os cuidados passados aos presentes e aos futuros. Os registos de alta e transferência constituem um instrumento que promove a CC à PSC que CARNA (2008) denomina de informativa, assim como a transmissão de informação sobre o conhecimento existente da pessoa entre os profissionais, é determinante para a prestação de cuidados especializados. Na dimensão de gestão é assegurada a CC quando é garantida a transmissão do conhecimento que se tem da pessoa a um profissional de saúde do local de destino da transferência da PSC.

Importa o foco no estabelecimento de uma relação entre o enfermeiro e a PSC, na medida em que os cuidados prestados devem ser adaptados à situação clínica e individualizados com base no conhecimento da pessoa após o estabelecimento de

uma relação entre ambos. Na teoria de *Nursing as Caring* de Boykin e Schoenhofer (2001) a dimensão temporal que caracteriza o contexto de prestação de cuidados à PSC e no transporte, não é impeditivo do estabelecimento de uma relação com o outro, o cuidado é caracterizado, independentemente do tempo de contacto com a pessoa, como uma relação que é estabelecida no momento, tendo em conta a atitude e o envolvimento, por isso nesta teoria a pessoa é vista numa perspetiva holística característica inerente à prática do enfermeiro. A CC deve ser um objetivo comum dos intervenientes no processo de transporte tanto da equipa de profissionais como das instituições, dado que uma transferência com déficit na sua organização e planeamento pode contribuir significativamente para a morbilidade e mortalidade da PSC (Kulshrestha & Singh, 2016).

Perante a necessidade de aprofundar conhecimentos e realizar uma análise da literatura existente acerca do tema da CC no transporte da PSC foi realizada uma RSMM (Apêndice I), para dar resposta à questão de investigação: **Quais as intervenções de enfermagem que garantem a continuidade de cuidados no transporte da pessoa em situação crítica?** cujas conclusões da mesma vieram corroborar o presente enquadramento teórico. A RSMM permitiu identificar o método ISBAR como o ideal para orientar a comunicação dos profissionais, onde 25% dos artigos utilizados afirmam que este método de norteamento do pensamento contribui para a segurança dos doentes, diminuindo o erro e assegurando a CC (Marshall et al., 2018; Bost et al., 2011; Delupis et al., 2014; Sujan et al., 2014). A necessidade de construção de instrumentos como ferramentas para orientação de procedimentos relacionados com a transferência de doentes foi encontrada em 31,25% dos estudos, o que remete para uma preocupação efetiva dos profissionais de saúde na necessidade de uniformização de procedimentos, que assegurem a segurança (Marshall et al., 2018; Boyd et al., 2018; Ehrentraut et al., 2019; Johnston et al., 2016; Tupper et al., 2015). A necessidade de implementação de protocolos simplificados, para que seja possível a diminuição do erro e a inibição de informação pertinente é mandatária para assegurar a CC no tratamento da PSC. A comunicação multimodal, revela-se como um elemento facilitador para a transferência de cuidados e aumenta consequentemente a qualidade assim como a segurança da prestação de cuidados, assegurando a CC (Boyd et al., 2018). A inclusão da pessoa e a sua família através de um envolvimento conjunto de partilha de informações durante todo o processo de transporte, são identificados por autores como componentes elegíveis para a satisfação dos intervenientes no processo, que conferem um aumento da qualidade

desta prática com o fim de promover o cuidado centrado na pessoa/família (Boyd et al., 2018).

A formação de profissionais de saúde através do treino relacionado com a prática de transporte e transferência de uma PSC, melhora a satisfação e confiança dos profissionais, assim como aumenta a segurança do transporte (Walt & Joubert, 2014), assim como as listas de verificação, que se assumem como uma ferramenta que procura a padronização de ações, diminuição de erros e omissão de informações, como um ideal para uma transferência individualizada (Zakrison et al., 2015; Delupis et al., 2014; Sujan et al., 2014; Ehrentraut et al., 2019). Em alguns estudos analisados o transporte da PSC é assegurado apenas por enfermeiros especialistas em cuidados intensivos, que se revelam elementos com competências acrescidas em vigilância e deteção de situações críticas atempadas evitando assim o agravamento da situação clínica da PSC (Ringdal et al., 2015; Tu, 2014).

A transferência do doente é um processo complexo e que confere vulnerabilidade à pessoa submetida ao transporte onde a qualidade e segurança do mesmo aumenta através da formação e treino dos profissionais de saúde, conferindo a estes elementos um aumento da destreza clínica no processo de transferência (Zakrison et al., 2015; Mukhopadhyay et al., 2014). Existe assim, necessidade de treino na identificação das principais necessidades do doente, onde a aquisição destas competências são mandatórias para a identificação de riscos e prevenção de incidentes, assim como a seleção da monitorização adequada a cada situação, centrando o cuidado na PSC (Johnston et al., 2016). Desta forma verifica-se que o planeamento do processo de transporte com base em instrumentos elaborados e validados suportados em estudos e na formação profissional constituem-se numa ferramenta fiável e que transmite segurança à prática dos profissionais, sendo um adjuvante para a promoção da diminuição do erro e consequentemente na diminuição da ocorrência de eventos adversos nocivos ao doente.

2. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Para o CMEPSC e de acordo com o Decreto-Lei nº 65/2018, emanado pela Agência Nacional de Acreditação do Ensino Superior, existe um perfil de competências a desenvolver tendo em vista a obtenção do grau de mestre. Este capítulo ilustra o percurso realizado ao longo desde 2º ciclo de estudos tendo por base o processo de desenvolvimento dessas competências. O objetivo principal deste ciclo de estudo é, a formação de peritos na área de especialização em enfermagem na PSC, com a capacidade de desenvolver uma prática baseada na evidência para o aumento da qualidade dos cuidados prestados, e encontram-se em conformidade direta com as competências comuns de enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019), e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, (Regulamento n.º429/2018, 2018).

Os cuidados de enfermagem à PSC e família requerem observação, colheita de dados e uma procura constante e sistematizada da pessoa como um todo, com o intuito de reconhecer a pessoa/família e situação continuamente para que seja exequível a deteção precoce de complicações e assim assegurar uma intervenção eficaz em tempo útil (Regulamento n.º429/2018, 2018). Numa primeira fase deste percurso foi desenvolvido um projeto de estágio, que se principiou com a identificação de uma problemática da prática de cuidados, onde após a exploração da evidência existente acerca do tema, surgiu o objetivo geral que norteou todo o caminho realizado: **Desenvolver competências especializadas na promoção da CC de enfermagem no transporte da PSC e a sua família.** Onde se seguiu a definição de objetivos específicos:

- Aprofundar conhecimentos de enfermagem especializados na área do transporte da PSC e sua família;
- Prestar cuidados especializados de enfermagem à PSC e sua família, no contexto de SU e UCI, assim como durante o transporte intra-hospitalar e inter-hospitalar;
- Promover a CC de enfermagem no transporte da PSC, em diferentes contextos;
- Refletir criticamente sobre a CC na promoção da segurança da PSC e sua família.

O projeto desenvolvido teve foco assente na CC definida por CARNA (2008), um conceito que assenta nos cuidados individualizados de acordo com as necessidades da pessoa e que depende do contexto em que se insere a prestação de cuidados, numa perspetiva do cuidado centrado na pessoa, tendo por base a visão da teoria *Nursing as Caring* que alcança uma individualização dos cuidados, característica inerente à CC numa relação interpessoal (Boykin & Schoenhofer, 2001).

O caminho traçado teve como ponto de partida o estabelecimento de objetivos específicos, onde primariamente recorri a um processo de autoapreciação quanto ao nível de perícia com recurso ao Modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem proposto por Benner (2001), que contemplou uma preparação e fundamentação que contribuiu para a escolha dos locais de estágio. A realização de uma reflexão crítica sobre as situações do cuidar, a realização de uma RSMM acerca do tema em estudo, o contacto com peritos através de sessões realizadas no contexto da UC de Ensino Clínico, revelou-se de extrema importância para o reconhecimento do percurso como o ideal para a aquisição das competências a que me propus com o intuito da aquisição de mestria na área da prestação de cuidados à PSC e sua família.

A elaboração do projeto que sustentou este percurso procurou delinear a metodologia mais adequada para atingir os objetivos propostos, responder às necessidades de aprendizagem e desenvolver competências de mestre. Desta forma, foram escolhidos dois contextos distintos de estágio desenvolvidos ao longo da UC de Estágio com Relatório no decorrer do 3º semestre do CMEPSC, um SUMC de um hospital localizado na periferia de Lisboa e uma UCI de um Centro Hospitalar da zona de Lisboa, que foram desenvolvidos durante um período de tempo de cinco meses, decorrentes entre 23 de novembro de 2020 e 6 de abril de 2021, num total de 500 horas (Apêndice II). Esta escolha teve como intuito, encontrar o melhor contexto suscetível de fornecer ferramentas práticas pela experiência e diversidades de situações que permitam dar corpo ao caminho planeado. Após a definição de locais de estágio foram definidos objetivos, um geral comum a ambos os locais de estágio que se refletiu em desenvolver competências especializadas na promoção da CC de enfermagem no transporte da PSC e sua família, e específicos adequados a cada contexto de estágio, tal como um plano de atividades com indicadores de resultados, (Apêndice III e IV).

A escolha de um contexto de SU prendeu-se com a necessidade de conhecer uma realidade diferente da que encontro no meu contexto profissional do dia-a-dia,

dado que desempenho funções laborais num SUP, numa área urbana, que se enquadra num contexto de instituição de referência nas mais diversas especialidades médicas e cirúrgicas, e disponibiliza a maior parte dos meios de recursos materiais e humanos, capacitados para dar resposta a todas as necessidades inerentes à estabilização e recuperação da PSC. Desta forma, reconheci nas instituições periféricas a resposta mandatória às situações específicas, que sem a existência de todos os recursos de saúde disponíveis, tem uma necessidade acrescida na realização do transporte da PSC. Assim, ao encontro do objetivo definido o desenvolvimento de um estágio num serviço de urgência que se encontre na periferia de uma zona urbana, permitiu-me observar o modo como é assegurada a CC no transporte inter-hospitalar à PSC, dado que esta realidade é mais frequente num contexto destas características do que na minha realidade profissional.

A segunda fase do estágio foi desenvolvida no contexto de UCI, onde se encontra a PSC suportada por complexidade tecnológica e sensibilidade humana, onde o enfermeiro deve ser capaz de gerir cuidados, otimizar a resposta da equipa multidisciplinar, assim como refletir sobre as representações sociais de um contexto dinâmico e ainda analisar as questões de um modo sistemático, reflexivo e inovador.

As escolhas realizadas, procuraram dar resposta aos objetivos do ciclo de estudos da ESEL para o CMEPSC nos diferentes contextos da prática de cuidados e influenciar a mudança na área da saúde e dos cuidados de enfermagem na medida em que me permitiram: Cuidar da PSC em processos complexos de doença crítica; Adquirir conhecimentos acerca da dinâmica das respostas em situações de catástrofe nos diversos contextos; Intervir na prevenção e controlo da infeção na PSC; Gerir os cuidados a PSC com articulação direta com a equipa multidisciplinar; Procurar ativamente fontes fidedignas e o mais atualizado possível de informação científica que sustentem a prática e consequentemente a tomada de decisão; Refletir sobre os conhecimentos adquiridos e as suas representações para a profissão; Promover o raciocínio clínico (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010).

Foram estes objetivos que se assumiram como linha condutora para a procura do desenvolvimento e aquisição das competências de enfermeiro especialista e mestre, através de atividades previamente planeadas tal como os seus indicadores de resultados. O desenvolvimento deste estágio num período pandémico (pandemia de COVID-19), que o País enfrenta, tornou este percurso numa complexidade desafiante para mim como mestranda, dado o seu desenvolvimento em ambos os

contextos de prestação e cuidados diretos a pessoas com suspeita de infeção com SARS-CoV-2, em paralelo com a minha prática profissional, também ela em contexto de prestação de cuidados à pessoa com suspeita/confirmação de infeção respiratória com SARS-CoV-2.

Pretendo neste capítulo demonstrar a satisfação dos objetivos definidos no projeto de estágio, ele encontra-se estruturado por contextos, onde procuro demonstrar o nível aprofundado de conhecimentos que atingi numa área específica da Enfermagem, de um modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador, com uma análise crítica à dimensão ética.

2.1. Processo de aquisição de competências no Serviço de Urgência

O primeiro estágio teve a duração de 8 semanas compreendidas entre o dia 23 de novembro de 2020 até ao dia 30 de janeiro de 2021, e desenvolveu-se num contexto de prestação de cuidados à PSC num SUMC, de um hospital localizado na periferia de Lisboa, onde foram desenvolvidos objetivos específicos para este local de estágio, mencionados anteriormente.

Reportando a teoria de Benner (2001) e analisando a minha realidade laboral, considero que me encontro no estágio cinco, enfermeira perita com enorme experiência, que compreende de modo intuitivo a situação e possui a capacidade de apreensão direta do problema sem divagar entre opções de soluções e diagnósticos desnecessários, contudo neste contexto de aprendizagem e perante a mudança de realidade reporte-me a um nível de iniciante avançada, estágio dois (Benner, 2001), que foi o ponto de partida para o meu processo de aquisição de competências.

O SUMC onde desenvolvi a primeira fase do meu estágio é constituído por cinco áreas de acolhimento de doentes distintas, destinadas à especificidade de situações clínicas como forma de operacionalizar o acolhimento de doentes: urgência de ambulatório, balcão de medicina, balcão de cirurgia, balcão de ortopedia e serviço de observação e recentemente face à pandemia atual, uma área de prestação de cuidados a doentes portadores de SARS-CoV-2. Este é um serviço que se encontra acreditado pela *Joint Commission* e que se rege por protocolos que visam sustentar a prática clínica, assumindo uma cultura de responsabilidade e um compromisso com a segurança, ética e competências técnicas, sendo assegurado por sistemas de informação de registos como a *Glantt*, *Supply Point*, *B-Trac* e *Pharma-Trac*, que

permitem melhorar a segurança relativamente a administração de medicação e hemoderivados, assim como registos de enfermagem junto do doente, através de PDA's.

Este serviço é caracterizado por uma infraestrutura dividida por secções localizadas num mesmo piso, na entrada principal localiza-se um posto de triagem com dois locais operacionais para a realização da triagem de Manchester e um espaço físico amplo para a passagem física de doentes acompanhados por equipas de emergência pré-hospitalares. Num espaço físico com alguma proximidade encontra-se a sala de reanimação, que é composta por uma unidade com capacidade de acolhimento para uma pessoa onde os recursos materiais disponíveis permitem a estabilização de doentes em fase de doença aguda ou trauma. Posteriormente encontram-se salas de espera para atendimento de doentes triados com a prioridade amarelo, verdes ou azuis, que sejam autónomos na mobilização, são chamados para especialidades de cirurgia geral, ortopedia e medicina. Existe também uma sala de permanência de doentes triados com a prioridade laranja e dependentes, onde se aloca uma sala de trabalho de enfermagem num espaço aberto com visibilidade total destes doentes. Esta divisão infraestrutural tem em conta o nível de gravidade clínica e permite uma monitorização contínua pela equipa de enfermagem.

Perante a atual pandemia foi adaptado um espaço físico isolado, onde são encaminhados todos os doentes com queixas do foro respiratório, independentemente da prioridade estabelecida na triagem, a que se denominou Atendimento de Doentes Respiratórios (ADR), espaço que foi convertido em unidades com capacidade para adaptação de doente a ventilação não invasiva e contemplou a transformação de uma das salas em sala de reanimação com capacidade para intervenção imediata a pessoas portadoras de infeção com SARS-CoV-2 instáveis. E como último espaço físico pertencente ao SU, o Serviço de Observação (SO), com uma capacidade de 16 unidades com monitorização contínua não invasiva e uma sala de isolamento.

A dinâmica de funcionamento deste serviço no que respeita ao circuito da PSC, compreende a entrada da pessoa que é feita através do posto de triagem onde se opera a Triagem de Manchester, que classifica a gravidade do doente consoante os tempos de atendimentos recomendados, e posteriormente em caso de PSC encaminhados para a sala de reanimação normal ou de doentes respiratórios, com acompanhamento de enfermagem, de acordo com o protocolo em vigor na instituição.

Em relação ao cuidado à PSC, neste contexto pude atuar perante situações agudas com instabilidade hemodinâmica, este estágio permitiu-me vivenciar situações diversificadas como pessoas com dor torácica que revelaram síndromes coronárias agudas, trauma ligeiro, intoxicação medicamentosa voluntária e vítima de queimadura, este último um grande queimado, o qual careceu de uma reflexão acerca da operacionalidade dos protocolos de CC.

Tendo em conta que a minha orientação de enfermagem no contexto foi um profissional que exerce funções de coordenação da equipa, foi-me possível a apreensão da dinâmica de equipa no que respeita a formas de atuação, onde a troca de experiências, com base no meu contexto e exercício de funções de coordenação de um serviço de urgência, se tornou uma aprendizagem e foco de reflexão sobre as dinâmicas de situações vivenciadas. Tornou deste modo possível a aquisição de competências estipuladas pela ESEL para o CMEPSC para a aquisição do grau de mestre que tem por base o Decreto-Lei n.º65/2018, no que respeita à utilização do julgamento profissional, à gestão de cuidados com o intuito de otimizar a resposta da equipa multidisciplinar, demonstrando a mobilização de conhecimentos na intervenção clínica.

No que respeita aos objetivos específicos a que me propus para o desenvolvimento deste estágio e perante as atividades propostas (Apêndice III) procurei encontrar respostas ao tema que foi delineado para a sua concretização e consequentemente a aquisição de competências enquanto enfermeiro perito. Desta forma e perante o primeiro objetivo, **aprofundar conhecimentos de enfermagem especializados na área do transporte da PSC e sua família**, desenvolvi uma RSMM, intitulada: A continuidade de cuidados no transporte da PSC: um protocolo de revisão sistemática de métodos mistos (Apêndice I). Propus-me a realizar contacto com peritos na área do SU e Pré-Hospitalar no transporte da PSC, que se efetivou através da realização de um curso intitulado de “Abordagem, transporte e segurança do doente crítico” da *Ocean Medical* (Anexo I), assim como dois *webinars*, o primeiro intitulado de “Transporte do doente crítico em tempos de COVID-19 realizado pela Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (Anexo II) e o segundo intitulado de “Transporte do doente crítico” realizado pela Bwizer onde o preletor foi o Enfermeiro João Meireles (Anexo III), ambos com conteúdos pertinentes para o tema do transporte da PSC, onde me foi possível um contacto posterior para esclarecimento de questões relacionadas com a apresentação e discussão sobre os assuntos

debatidos, e obter documentos atuais sobre o transporte da PSC facultados pelos peritos que operacionalizaram estas conferências online. Os conteúdos abordados em ambos os *webinars* funcionaram como elementos facilitadores para a assimilação dos conteúdos teóricos já apreendidos por mim num momento de pesquisa prévia, adequando-os a uma realidade atual de pandemia, onde a importância da estabilização hemodinâmica prévia à realização de um transporte se remeteu como um dos procedimentos mais importantes para assegurar a segurança do transporte, minimizando eventos adversos. O curso realizado contemplou uma dinâmica pedagógica útil perante a aplicação dos conteúdos teóricos que consultei anteriormente, fornecendo-me ferramentas de suporte que aumentaram a minha confiança na realização do transporte da PSC, permitindo-me mobilizar conteúdos em momentos de partilha informais no meu contexto laboral junto dos meus pares e no contexto formativo, junto do meu enfermeiro orientador e restante equipa.

A consulta de normas e procedimentos existentes na instituição onde realizei este estágio, através da análise dos seus protocolos internos, acerca do transporte de PSC permitiu-me constatar que elegem a CC como uma prioridade para a garantia da segurança da pessoa que usufrui dos serviços prestados nesta instituição. Desta forma, foi-me possível verificar uma concordância ímpar entre o referencial teórico que elegi para o meu percurso e os princípios desta instituição, que integram as três dimensões inerentes à operacionalização do processo de garantia de CC imprescindíveis ao processo (CARNA, 2008). A dimensão informativa é demonstrada pelo processo da pessoa, este informatizado, completado por todos os profissionais de saúde que o utilizam, tornando-o disponível para consulta por qualquer profissional que preste cuidados à pessoa, permitindo o conhecimento de um todo da pessoa submetida a prestação de cuidados. A dimensão de gestão é ilustrada através da complementaridade de cuidados pela equipa multidisciplinar, contemplando a área clínica que se articula com todos os recursos disponíveis na instituição como por exemplo a área dietética acessível em qualquer hora do dia para a supressão das necessidades nutricionais dos doentes. A dimensão relacional é alcançada através dos princípios de atuação da instituição e dos princípios inerentes a profissão de enfermagem através do código deontológico dos enfermeiros, que se completam, onde a relação terapêutica entre a pessoa e os profissionais de saúde engloba uma adequação individualizada e adaptada à condição atual, interagindo diretamente com a visão da teoria de *Nursing as Caring*, numa individualização dos cuidados através da relação interpessoal (Boykin & Schoenhofer, 2001).

O segundo objetivo específico delineado para este contexto: **Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e sua família, no contexto de SU**, contou com a mobilização teórica para a prestação de cuidados dos pressupostos da teoria de cuidados *Nursing as Caring*, através da intencionalidade em conhecer o outro como um todo englobando-o na situação de cuidados de forma a responder precocemente às suas necessidades atuais (Boykin & Schoenhofer, 2001). O reforço positivo que adveio da minha orientação neste local de estágio, foi um dos alicerces que contribuiu para a satisfação da minha prestação de cuidados, a parceria criada entre nós tal como a partilha de experiências e de apreciações constantes conferiu-me a sensação de segurança e confiança no desenvolvimento deste estágio, dado que me encontrava num local onde a prestação de cuidados é semelhante à minha realidade profissional, contudo num espaço físico diferente com dinâmicas e funções muito distintas da minha realidade.

Reportando às atividades a que me propus para atingir este objetivo, foi realizada uma análise da constituição física e da dinâmica das equipas neste contexto, onde me foi possível verificar que a equipa de enfermagem é bastante jovem e carece de alguma experiência no que concerne à prestação de cuidados à PSC, dado que mais de metade da equipa possui menos de dois anos de experiência profissional. Contudo no que se refere à dinâmica preconizada para o serviço teoricamente encontra-se exequível na medida em que, sendo a equipa maioritariamente jovem e com pouca experiência profissional, os protocolos existentes, conferem uma diminuição do risco nos procedimentos aumentando a segurança, dado que todos os elementos se guiam pelos mesmos em contexto de prática clínica.

No transporte da PSC esta instituição encontra-se protocolada para o procedimento com bases sustentadas teoricamente, nas recomendações da OM e SPCI (2008), no que respeita ao planeamento e efetivação do transporte, contudo a fase de decisão é apenas dedicada à equipa médica, tendo apenas conhecimento da necessidade de transporte da PSC a equipa de enfermagem numa fase posterior à tomada de decisão, sendo esta uma fase quase exclusiva da equipa médica, a teoria defende que o enfermeiro deve ser parte integrante desta fase, o que não acontece neste contexto.

Na prática efetivei três transportes inter-hospitalares, as três situações em tudo semelhantes, sendo pessoas com síndrome coronário agudo que necessitavam de intervenção rápida numa unidade de hemodinâmica cardíaca. Perante estas situações

foi-me possível utilizar as ferramentas existentes para o planeamento e efetivação do transporte, nomeadamente a utilização de documentos existentes como a norma de procedimento para o transporte de doente crítico, uma *checklist* de estabilização para o transporte, e uma *checklist* para a saída do serviço, tal como a folha de registos de enfermagem para o transporte. Face à reduzida casuística vivenciada neste contexto no que concerne a realização de transporte da PSC, foi-me possível desenvolver competências transversais ao transporte da PSC, perante a observação da garantia da CC, através de uma situação vivida no contexto de estágio e posteriormente encontrada no meu contexto laboral. Foi-me permitido reconhecer a eficácia de todo o processo de planeamento, e efetivação do transporte da PSC, no que respeita à dimensão informativa, dado que a informação verbal recebida no momento do acolhimento do doente no hospital de origem se manteve até ao SU de destino, uma instituição com vaga para acolhimento desta pessoa numa Unidade de Queimados.

Através da consulta do processo do doente onde se encontrava toda a informação compilada, foi-me possível constatar a justificação da transferência devido à necessidade de assegurar a CC através da complementaridade por uma equipa multidisciplinar existente no hospital de destino, tal como pelos meios diferenciados existentes. Foi este registo que me permitiu analisar, que a CC foi garantida, tal como nas suas três dimensões, informativa, através do processo completo que acompanhava a pessoa, de gestão, onde a justificação da transferência está relacionada com a necessidade de assegurar a CC através da complementaridade de uma equipa multidisciplinar existente, assim como pelos meios diferenciados existentes numa unidade de queimados. A dimensão relacional, que se refletiu através de uma relação terapêutica iniciada no momento da admissão do doente com o início na entrevista realizada imediatamente antes da sedação, que reportou à explicação que lhe foi fornecida, que iria ser sedado e ventilado, e acordar uns dias mais tarde, numa outra instituição, num serviço de unidade de queimados, foi neste momento que foi possível obter informação acerca das necessidades pessoais, no que respeita à sua vida familiar, social e profissional, que foram colmatadas através do contacto com a família (CARNA, 2008).

Esta prática demonstrou-se numa evidência prática da utilização de listas de verificação encontradas através da RSMM realizada, que foram identificadas como uma prática que assegura a CC no transporte da PSC, e são formas evidentes de prevenir eventos adversos, tal como garantem a segurança do procedimento. A

realização dos três transportes forneceu-me uma oportunidade para analisar a efetivação prática dos benefícios que estas ferramentas possuem em prol da segurança, tal como a orientação teórica da metodologia de passagem verbal de ocorrências através da ferramenta ISBAR, utilizada diariamente pela equipa de enfermagem em todas as passagens de turno quando se refere a doentes internados. Um documento que facilitou a concentração de informação da pessoa e permitiu a CC em turnos seguintes, esta ferramenta é atualizada uma vez por turno e fornecida em formato de papel aos elementos do turno seguinte, esta orientação é também utilizada para a organização da transmissão de ocorrências verbais, onde cada elemento de enfermagem se rege pela mesma ferramenta.

Ao realizar este estágio numa fase pandémica, foi-me possível vivenciar a adaptação do serviço face à situação de catástrofe em que o país se encontrou, nomeadamente ao recrutamento de meios materiais e recursos humanos, assim como uma readaptação dos espaços físicos de modo a efetivar a prestação de cuidados a doente com suspeita ou confirmação de infeção com SARS-CoV-2. Esta vivência conferiu-me competências de gestão de crise em modalidade de catástrofe, dado que prestei cuidados na área de ADR, com a adequação de sugestões realizadas por mim para a monitorização de doentes no que confere a instabilidade da pessoa. Foi-me possível criar uma modalidade de monitorização de doentes através de uma lista de pessoas encaminhadas da triagem diretamente para o ADR onde a avaliação inicial era realizada tendo em conta o padrão respiratório e a necessidade de aporte suplementar de oxigenoterapia.

Neste contexto específico, foi notório e imprescindível o cumprimento de protocolos no que respeita ao controlo de infeção mantendo o cumprimento de circuitos e procedimentos, dado que numa fase inicial pandémica as formas de transmissão da infeção com SARS-CoV-2 eram ainda desconhecidas e temidas por todos, desta forma a efetivação de protocolos na área do controlo de infeção foi mandatório e suscetível a uma constante preocupação com o erro terapêutico.

No que respeita a prestação de cuidados à PSC e sua família na situação de doença crítica e/ou falência multiorgânica, assegurando a CC, durante este estágio foi garantida através da administração de protocolos terapêuticos complexos, onde a comunicação interpessoal através da relação terapêutica, se revelou numa ferramenta imprescindível para a gestão da prestação de cuidados e para a garantia do conforto e bem-estar da PSC.

Neste contexto, e perante a pandemia que o país enfrenta, foram as adaptações realizadas pela equipa multidisciplinar que demonstraram a importância que a família tem no processo de recuperação da doença, agora impedida de permanecer junto da pessoa, assim a equipa encontrou através de videochamadas realizadas diariamente com o doente internado no SO e no ADR, uma forma de colmatar esta ausência, processo em que me foi permitido participar. Numa situação específica perante uma pessoa em fim de vida, mas ainda com orientação no espaço e quanto à sua situação de doença, realizei uma videochamada com o familiar significativo a seu pedido, onde o diálogo a que assisti me fez refletir, perante o pedido de ajuda realizado pela pessoa que se encontrava doente, em pôr término à sua situação de vida. Foi-me possível enquadrar a situação de doença crítica, de uma forma holística, perante o qual a situação se inseria, refletir sobre princípios éticos e deontológicos da profissão, refletir sobre as condições de vida perante esta pandemia, a situação vivenciada perante este contexto fez-me refletir até a exaustão. Era perceptível o enquadramento da situação, era perceptível o resultado esperado, contudo posso concluir que este contacto foi benéfico para a pessoa, tendo sido a família a solicitar o término da chamada, a prioridade desta situação era apenas o conforto, era não estar sozinho neste momento duro para si próprio enquanto ser humano, independentemente das competências adquiridas nesta situação, percebi que esta pessoa só precisava da minha presença, da minha mão e do seu conforto e desta forma foram reformuladas as intervenções perante o seu processo de cuidados de enfermagem, segundo a minha avaliação da situação encontra-se inerente um raciocínio clínico crítico e fundamentado perante este desafio apresentado.

A família é um dos elementos que fornece *outcomes* positivos na recuperação da pessoa vulnerável, o que me permitiu no exemplo dado anteriormente uma envolvimento na manutenção do suporte emocional da situação, integrando a família, como resposta as solicitações emocionais (Boykin & Schoenhofer, 2001).

Perante o terceiro objetivo específico, **promover a CC de enfermagem no transporte da PSC**, foram consultados e analisados os protocolos existentes no contexto, verificando que estes contemplam as diferentes fases do transporte preconizadas pelas entidades competentes em Portugal, (OM & SPCI, 2008; INEM 2012). No que concerne a CC e as dimensões defendidas pelo quadro conceitual de CARNA (2008), é possível verificar através dos procedimentos existente na instituição a identificação das diferentes dimensões, informativa, no que respeita ao processo

clínico como principal fonte de informação, relacional no que reporta à utilização de ferramentas como o plano de cuidados e a de gestão na medida em que toda a informação necessária à prestação de cuidados se encontra acessível a todos os profissionais de saúde da instituição.

Tendo em conta que a instituição visada se encontra certificada pela *Joint Commission*, através da efetivação de boas práticas, definidas por uma comunicação eficaz num processo de transmissão de informações específicas de uma equipa para outra, onde se garante a continuidade e segurança do cuidado (*Joint Commission*, 2017), foi-me possível verificar a sua aplicação na garantia da CC como um elemento-chave para a promoção da qualidade e segurança dos cuidados, na sua utilização para a transmissão de informações específicas na realização do transporte, situação transversal a todos os procedimentos de passagem e ocorrências na instituição. O Código Deontológico dos Enfermeiros, refere que CC é assumida como um dever do enfermeiro, no “direito ao cuidado, o enfermeiro assume o dever de: d) Assegurar a continuidade dos cuidados (...)” (Decreto-Lei n.º156/2015, 2015), desta forma e através dos registos de alta e transferência da instituição, integram um instrumento de promoção da CC à PSC que compreende na dimensão informativa, onde se integra a transmissão de informação existente acerca do conhecimento prévio da pessoa e que se revela determinante para uma prestação de cuidados seguros (CARNA, 2008).

Perante a realização de três transportes no decorrer deste estágio foi-me possível participar no processo inerente, que contemplou a fase de planeamento até a efetivação do mesmo, onde integrei o processo de uma forma dinâmica. Foi realizado o contacto prévio com a instituição de destino, através de uma chamada telefónica com a equipa de enfermagem após a decisão clínica da necessidade de realização do transporte, a adequação do material de monitorização contínua, dado tratar-se de uma pessoa com alterações da função cardíaca e necessitar de realização de intervenção coronária percutânea urgente. O meio de transporte eleito foi o terrestre devido à proximidade física da instituição de destino, através de uma ambulância medicalizada, disponível exclusivamente para a instituição, o que conferiu rapidez de resposta para a efetivação do mesmo. Após o planeamento e o contacto prévio foi reunida toda a documentação relativa ao processo do doente, e efetivado o transporte, com uma equipa multidisciplinar constituída por médico, tripulante de ambulância, enfermeiro e eu.

Sendo a comunicação um pilar fundamental para a promoção da segurança do doente no momento em que ocorre a transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, definido pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2015-20) uma comunicação precisa e atempada entre profissionais assegura a CC e minimiza possíveis danos (Despacho n.º1400-A/2015, p.3882-4). Tal facto foi encontrado através das conclusões retiradas da RSMM alusiva ao tema em estudo, onde a comunicação entre os profissionais de saúde é identificada como a variável passível de mudança que tem o intuito de promover a CC e consequentemente a segurança do tratamento contínuo centrado na pessoa. Desta forma o instrumento alocado a este contexto que maior evidência demonstra é a ferramenta ISBAR, que ganha peso na sua aplicabilidade uma realidade transversal a toda a instituição.

Estes transportes decorreram sem intercorrências, de ressalvar o contacto com a família efetuado após a decisão da necessidade de realização do mesmo, que permitiu a vinda dos familiares ao serviço, onde através de uma curta paragem para à entrada da ambulância, foi facultada uma despedida entre ambos e uma consequente motivação verbal entre a pessoa e a sua família, tendo sido referido pelo mesmo como o momento mais importante de todo o processo, aqui foi-me possível visualizar um sorriso no olhar durante todo o transporte. A família é para mim um desafio particularmente difícil aquando da necessidade de prestação de cuidados emergentes à PSC, contudo depreendo que a interação junto da mesma se demonstra favorável para a situação clínica da PSC, a presença da família possui benefícios no que respeita ao apoio emocional, e desta forma uma consequente melhoria dos *outcomes* esperados (Sá & Velez, 2021). Foi a aplicabilidade teórica desta ação que me permitiu refletir sobre a inclusão da família na prestação de cuidados à PSC, um tema que tem vindo a fazer parte da minha prática continuamente no tempo e que tenciono explorar na minha vida profissional.

Como último objetivo específico e revelando-se este o mais promissor dada a capacidade de reflexão que esta fase do percurso me proporcionou surge, **refletir criticamente sobre a CC na promoção da segurança da PSC e sua família**, que foi concretizado através dos inúmeros momentos de reflexão ocorridos com o enfermeiro orientador e a restante equipa ao longo de toda a prática clínica, onde a partilha de experiências se tornou numa mais-valia, dada a experiência prévia de ambos na área da prestação de cuidados à PSC. Como processo formal demonstrativo desta reflexão foi realizado um jornal de aprendizagem desenvolvido

através de uma metodologia reflexiva de aprendizagem do ciclo de *Gibbs*, um ciclo de aprendizagem baseado na reflexão de experiências práticas sistematizadas em seis etapas. Este debruçou-se na eficácia da CC entre instituições, dado que a experiência alvo de reflexão foi uma situação clínica que iniciou o seu processo no meu contexto de estágio e no dia seguinte me foi possível acompanhar o mesmo no serviço onde desempenho funções, constatei que toda a informação colhida por mim no momento da admissão da PSC se encontrava descrita em documentos que faziam parte integrante do processo clínico da pessoa.

A utilização de uma metodologia de reflexão estruturada permitiu-me desenvolver competências guiadas por uma metodologia, reconhecendo esta experiência como enriquecedora do meu percurso académico com contributo profissional, “o exercício reflexivo, centrado na interação com a pessoa alvo de cuidados, doente ou família, tem como intencionalidade consubstanciar a pessoa estudante, na sua construção pessoal, mas necessariamente no desenvolvimento de competências, num registo profissional.” (Mendes, 2016, p.5). Esta abordagem, veio reforçar a ideia prévia que possuía, acerca da necessidade da existência de ferramentas que procuram uniformizar o procedimento do transporte da PSC, que promovam a segurança e garantam a CC. A utilização de um referencial teórico como o ciclo de *Gibbs*, tornou-se numa ferramenta facilitadora, auxiliando a construção do registo e na análise das diferentes etapas, facilitando o meu distanciamento da situação e facilitando a sua análise.

A análise da eficácia dos protocolos existentes nesta instituição e que se conciliam com a garantia da CC na prática da enfermagem permite-me concluir que este serviço beneficia pela existência de protocolos, dada a existência de uma equipa jovem com pouca experiência que pode condicionar a segurança da prática não protocolada, embora a experiência profissional do enfermeiro, não seja sinónimo de perfeição, mas a competência adquirida é sinónimo de excelência.

Sendo esta uma instituição certificada pela *Joint Commission*, e com uma gestão privada, permitiu-me uma perceção de protocolos de prestação de cuidados não existentes na minha realidade profissional, o que me levou a um processo de reflexão constante e uma projeção para a minha realidade profissional, através da comparação, dada a especificidade e dimensão do local onde desenvolvo funções laborais.

No que concerne à prevenção e controle de infecção, tendo em conta que esta é uma competência inerente a um enfermeiro especialista na sua prestação de cuidados devendo ser linear a toda a equipa multidisciplinar. É através das boas práticas da prestação de cuidados nesta instituição, em que é possível verificar a existência de diversos pontos de lavagem higiénica das mãos permitindo assegurar a sua aplicabilidade nos cinco momentos preconizados para a prestação de cuidados, onde, quando esta não é possível existem disponíveis pontos de dispositivos de solução alcoólica, estrategicamente dispostos que permitem a desinfeção segura das mãos nos momentos mais críticos. Dado que a necessidade de priorizar cuidados num SU, pode levar a uma diminuição de tempo ou por vezes algum facilitismo perante a necessidade de atuação rápida e um agir em situações emergentes, é a estrutura física com meios materiais que torna possível assegurar a segurança da prestação de cuidados preconizado pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2015-20), que refere que “As infeções associadas aos cuidados de saúde dificultam o tratamento adequado do doente e são causa de significativa morbilidade e mortalidade, bem como o consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários.” (Despacho n.º1400-A/2015, p.3882-9). As infeções associadas aos cuidados de saúde podem ser evitadas, contribuindo assim, qualquer profissional de saúde para a melhoria dos cuidados prestados, sendo uma das estratégias preconizadas por este plano a informação e educação dos profissionais de saúde, onde a nossa missão é aumentar a segurança dos cuidados.

Desenvolver esta etapa num contexto de prestação de cuidados menos diferenciado do que aquele onde desenvolvo a minha prática profissional, permitiu-me utilizar a reflexão como ferramenta mais construtiva para a minha capacidade de desenvolver competências, dado que para um profissional na qualidade de perito segundo Benner (2001) a reflexão é muitas vezes descurada como sendo o caminho mais adequado para a melhoria da prestação de cuidados. Verifico assim, que a reflexão foi a ferramenta mandatória para o constructo da minha prestação de cuidados, no que respeita a assimilação de conhecimentos que condicionam a prática, tornando-me numa profissional mais sensível para a reflexão no meu dia-a-dia profissional.

Refletir sobre a prática foi para mim o contributo mais importante da primeira fase do meu estágio, “A prática reflexiva serve como um moderador da aprendizagem, onde através da reflexão é possível entender, criticar os conhecimentos pré-existentes

que se formaram em volta das experiências repetitivas de uma prática especializada.” (Shon, 1983, as cited in Peixoto & Peixoto, 2016, p.122), a prática da disciplina de enfermagem é por si só reflexiva, e é nesta reflexão que se constrói o enfermeiro, no decorrer da experiência profissional.

Cuidar da PSC num ambiente de SU é cada vez mais complexo e exigente para o enfermeiro, principalmente porque encontramos frequentemente uma condição de risco de vida. A teoria de *Nursing as Caring* de Boykin e Schoenhofer (2001) comporta um quadro conceitual onde a enfermagem é definida como uma resposta às necessidades humanas e a relação estabelecida transforma-se na principal ferramenta para o conhecimento do outro como pessoa. Foi esta premissa, norteadora do meu percurso, que me permitiu adaptar os cuidados prestados perante a evolução de uma relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa de quem cuida. Permitiu-me ainda conduzir este percurso com a premissa de que quem cuida é também cuidado pelo outro, onde a humanidade e solidariedade das relações se transformam em resultados de crescimento pessoal e profissional, conduzindo inevitavelmente a conhecimento de enfermagem. Perante este pressuposto e remetendo a prestação de cuidados à PSC em contexto de SU, foi esta linha condutora que promoveu na minha prática o estabelecimento de uma relação com o outro, através da capacidade acolhimento do outro, na prestação de cuidados neste contexto. Em relação aos diversos espaços físicos distintos onde prestei cuidados neste contexto, reporto ao SO, um serviço onde permanecem pessoas já com uma condição clínica minimamente estabilizada e aguardam encaminhamento para internamento, onde relevo a aplicação dos pressupostos desta teoria, na medida em que a vigilância era sem dúvida o cuidado aplicado neste contexto. A diversidade de patologias que condicionava a permanência destas pessoas a este serviço, implicava uma vigilância pormenorizada, onde a capacidade de conhecer a pessoa foi promovida diariamente. E desta forma a promoção de uma atuação atempada foi treinada e fundamentada, proporcionando-me uma capacitação para o desenvolvimento do conhecimento da pessoa na situação de cuidados e até a mim como profissional de saúde, o que é preconizado na teoria de *Nursing as Caring* (2001), o conhecimento que é desenvolvido pela intensidade começa com a consciencialização geral do todo e evoluiu para a identificação e consciencialização do que é específico.

2.2. Processo de aquisição de competências na Unidade de Cuidados Intensivos

O segundo estágio teve a duração de 8 semanas compreendidas entre o dia 3 de fevereiro a 6 de abril de 2021, e desenvolveu-se num contexto de prestação de cuidados à PSC numa Unidade de Cuidados Intensivos Médico Cirúrgica (UCIMC), localizado num Centro Hospitalar da zona de Lisboa, e teve como linha orientadora de percurso os objetivos específicos mencionados anteriormente (Apêndice IV).

Neste contexto, transportando a Benner (2001) reporteimei-me a um nível de iniciado estágio um, que foi o ponto de partida para o meu processo de aquisição de competências, dada a ausência de experiência num contexto de prestação de cuidados de enfermagem à PSC internada num contexto de UCI. Perante a competência requerida a um mestrando do CMEPSC, cuidar da PSC e vivenciar os processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, este contexto destacou-se no processo de aquisição de competências, tendo em conta que a pessoa alvo de cuidados se anuncia como uma PSC na sua essência, comportando uma panóplia de intervenções específicas para a manutenção da vida e um risco iminente de instabilidade hemodinâmica.

O serviço de UCIMC é composto por oito unidades que procuram dar resposta à PSC que possui infeção respiratória por SARS-CoV-2, sendo que este consiste numa área diferenciada e multidisciplinar que aborda essencialmente a prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas com condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais potencialmente reversíveis. Esta UCI é classificada como nível II/III, contudo e na procura de resposta à atual pandemia tornou-se numa UCI de nível III exclusivamente, que comporta oito unidades de nível III em vez de onze unidades de nível II/III (Parecer n.º15/2018, 2018). Possui como missão assegurar a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversível em pessoas que apresentem falência de uma ou mais funções vitais, dispondo para isso uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos de diversas especialidades médicas e cirúrgicas, assistentes operacionais, administrativos, dietistas, fisiatras e fisioterapeutas.

Uma UCI é caracterizada pela utilização de um vasto aparato tecnológico aliado à experiência do enfermeiro que determinam o juízo clínico, condicionando a sua avaliação e consequente intervenção onde a aquisição de competências específicas se revela de extrema importância na presença de dispositivos de monitorização da

PSC (Caldas et al., 2010). Neste contexto deparei-me com a máxima tecnologia de manutenção da vida que até então me tinha sido possível presenciar, onde existem mecanismos de substituição de quase todos os órgãos *major* do corpo humano e conseqüentemente a capacitação de enfermeiros para a manipulação destes equipamentos. Concomitantemente com a prestação de cuidados centrados na pessoa, com respeito pelos valores universais, princípios éticos, deontológicos e padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem com o pressuposto do cuidado na perspectiva do cuidar como uma realidade do exercício profissional de enfermagem. Foi-me possível encontrar qualidade no cuidado de enfermagem através da satisfação das necessidades humanas fundamentais da pessoa/família centradas numa relação interpessoal desenvolvidas num ambiente humanizado, onde a relação terapêutica é estabelecida com o objetivo de obter a máxima independência na realização das atividades de vida e na adaptação aos défices inerentes à patologia em causa, assim como na promoção de processos de readaptação.

O método de trabalho patente é individual e garante a individualização e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, sendo o enfermeiro responsável pela globalidade dos cuidados a prestar à pessoa/família que lhe são atribuídos. Preconizando o processo de enfermagem como instrumento de trabalho assente numa metodologia científica, onde a abordagem à pessoa/família se inicia com a colheita de dados que corresponde a uma avaliação inicial que tem por base as necessidades humanas fundamentais, o que implica a referenciação para outros elementos da equipa multidisciplinar, cuja intervenção específica seja necessária. Esta prestação de cuidados implica o registo sistemático de procedimentos nos suportes de informação existente no serviço, garantindo assim a CC à pessoa/família, reportado a um documento de transmissão de ocorrências, suportado pelo modelo ISBAR, que guia a comunicação entre profissionais, atualizado a cada turno noturno e disponível numa plataforma informática partilhada. À semelhança deste processo existe também um instrumento que assegura a CC da equipa médica que se denomina de *Handover*, possuindo as mesmas características que o anterior e é partilhado entre a equipa com o intuito *major* de assegurar a transmissão de informação clínica pertinente.

Para a concretização do primeiro objetivo vinculado ao processo de aquisição de conhecimentos de enfermagem especializados na área do transporte da PSC, **aprofundar conhecimentos de enfermagem especializados na área do**

transporte da PSC e sua família, foram desenvolvidas atividades como intuito de promover novo conhecimento, através da seleção de fontes de informação relevantes que suportem a prática para a tomada de decisão, de modo a que seja possível a exposição clara do processo de raciocínio, para a sustentação da prática de enfermagem.

A realização da revisão da literatura intitulada de: A continuidade de cuidados no transporte da PSC: um protocolo de revisão sistemática de métodos mistos, sustentou cientificamente o tema que norteou o meu percurso, de um modo fundamentado e fidedigno, com o intuito de me tornar perita na área, uma ambição trazida do meu passado profissional, dado o meu interesse pessoal relacionado com a minha atividade profissional.

O contacto com peritos foi uma das estratégias utilizadas para a concretização deste primeiro objetivo, desta forma a oportunidade que me foi facilitada em realizar um estágio num contexto diferenciado disponibilizou-me o contacto com uma equipa de peritos nos cuidados diferenciados à PSC de UCI. Ressalvo a orientação que obtive na integração neste contexto na pessoa da enfermeira orientadora que me acolheu, uma perita em prestação de cuidados à PSC, que me proporcionou momentos de partilha de conhecimento nos mais variados temas relacionados com a PSC em UCI. De ressaltar a prestação e cuidados à pessoa submetida a técnica de substituição de órgão, *Extracorporeal Life Support* (ECLS) por *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO). Contudo a partilha não se confinou apenas a esta temática, contemplou a área da ventilação mecânica invasiva e não invasiva, monitorização invasiva da estabilidade hemodinâmica, técnica de substituição da função renal, entre outras áreas inerentes à PSC. O que motivou o desenvolvimento de formação na área, nomeadamente na realização de um curso na metodologia *E-Learning* numa plataforma de uma associação internacional, *Extracorporeal Life Support Organization*, um curso online que aborda os elementos essenciais para a prestação de cuidados à pessoa com ECMO. Um outro formato de contacto com peritos na área incluiu a minha presença em *webinars* que abordaram a temática da PSC, disponibilizados pela OE no ciclo de *webinars* COVID-19, nomeadamente, o *webinar* intitulado, “Doente com suporte de vida extracorporeal”, realizado no 16 de março de 2021 (Anexo IV), que contou com a preleção de uma panóplia de peritos da área, onde me foi possível assistir a uma conferência sobre as boas práticas clínicas no transporte intra-hospitalar e secundário do doente com suporte de vida

extracorporal. Uma outra oportunidade formativa que me foi possível usufruir foi a participação num *webinar* também organizado pela OE, intitulado de “Segurança nos cuidados”, que teve lugar no dia 25 de março de 2021 (Anexo V), onde me foi possível verificar que a formação e a CC se encontram como um pilar essencial para a promoção da segurança dos cuidados, assim como na procura da excelência na prática da disciplina de enfermagem.

A visão da teoria *Nursing as Caring* que norteou este percurso reporta a uma individualização dos cuidados, característica inerente à CC, definida através de três dimensões: a informativa que se reporta a transferência do conhecimento possuído acerca da pessoa, relacionando eventos de cuidados; a de gestão, a complementaridade de cuidados asseguradas pela equipa multiprofissional em tempo útil; e a relacional, referindo-se a uma relação terapêutica contínua entre a pessoa e o profissional englobando o cuidados presentes e futuros (CARNA, 2008), é nesta última dimensão que se verifica uma relação direta com a teoria de *Nursing as Caring*. A relação contempla um relacionamento terapêutico contínuo entre a pessoa e o prestador de cuidados, relação esta que se inicia no momento da admissão da PSC e sua família à UCI, com cuidados individualizados denotando a pessoa como única e completa, onde o crescimento de uma relação terapêutica, o conhecimento da pessoa surge a cada momento do desenvolvimento dos cuidados, criando uma relação que assenta num crescimento interpessoal do enfermeiro aliado à aquisição de competências a par de uma relação estabelecida e desenvolvida num ambiente de cuidados tão tecnológico como a de uma UCI.

De forma a aprofundar os meus conhecimentos na área da prestação de cuidados neste contexto, realizei um estudo de caso que implicou uma pesquisa bibliográfica, que culminou com uma exposição escrita do raciocínio clínico e uma reflexão sobre o mesmo com a enfermeira e docente orientadora. A realização de um estudo de caso neste contexto impôs uma pesquisa teórica, dado que a metodologia de estudo de caso se define como uma estratégia de investigação empírica que permite aprofundar fenómenos no seu contexto real, permitindo a incorporação de diversas fontes de evidência (Grilo & Mendes, 2012). Contribuiu para o aumento dos meus conhecimentos teóricos de forma a integrar o processo de enfermagem, que procura responder às necessidades alteradas de cada pessoa e conferindo-se como um método de estruturação de pensamento para a tomada de decisão e resolução de problemas (Potter & Perry, 2006).

Como situação de cuidados eleita para a aplicação do processo de enfermagem foi escolhida uma PSC que se encontra internada na UCI, portador de uma infecção respiratória por SARS-CoV-2, condicionante para a sua integração numa UCI, tendo sido submetido a um transporte intra-hospitalar para a realização de uma Tomografia Axial Computorizada (TAC). Este estudo de caso foi desenvolvido com base no processo de cuidados, através da identificação da situação com uma abordagem ao referencial teórico que suporta a temática em estudo, assim como uma caracterização da etiologia e patogenia da PSC. Uma análise da fase de planeamento realizada numa situação e transporte, e por fim a realização de um plano de cuidados, assumindo-se este último como um método ativo, flexível e contínuo de organização do pensamento que se demonstra orientado para a tomada de decisão e resolução de problemas (Potter & Perry, 2006). As intervenções foram estruturadas num plano de cuidados de enfermagem, elaborados segundo uma linguagem uniformizada e padronizada, de acordo com a nomenclatura CIPE® (Conselho Internacional de Enfermeiros & OE, 2016).

A pessoa alvo deste estudo realizado deu entrada num SU com queixas de dispneia e febre que resultou no diagnóstico de infecção respiratória por SARS-CoV-2, com necessidade de ser realizada uma entubação orotraqueal e consequentemente um internamento numa UCI por necessidade de resgate para início de técnica de ECLS para ECMO, pelo que é transferido para este serviço. É neste contexto e por necessidade de realização de exames auxiliares de diagnóstico que foi realizado um transporte intra-hospitalar da UCI ao serviço de imagiologia, situação alvo deste estudo. A realização do mesmo constituiu uma estratégia para a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem, de uma forma sistematizada e coerente que condicionou um processo de reflexão da prática. Deste modo, atento que esta atividade realizada conferiu a aquisição de conhecimentos e uma reflexão da prática, dado que o processo pelo qual foi realizado, assentou numa base de reflexão acerca da minha prestação de cuidados à PSC sob ECMO e a análise de um transporte de uma PSC intra-hospitalar. Destaco o contributo para o meu percurso de aquisição de competências, dado que me permitiu a aplicação do referencial teórico que explorei numa prática que promoveu a qualidade dos meus cuidados, através de uma abordagem sistematizada e simplificada.

Como segundo objetivo delineado para este percurso, **prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e sua família no contexto de UCI e no**

transporte intra e inter-hospitalar, contemplou uma primeira atividade através da realização de uma descrição da UCI, de modo a demonstrar conhecimento acerca da estrutura e dinâmica do serviço. Este objetivo revelou-se numa aprofundada compreensão das práticas com a prestação de cuidados inerentes ao processo de recuperação da doença e as suas implicações na organização dos cuidados à PSC. Desta forma foi possível cuidar da pessoa e vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, gerindo os cuidados e otimizando a resposta com a equipa multidisciplinar. Na prestação de cuidados à PSC numa UCI deparamo-nos com um ambiente tecnológico onde é mandatório o conhecimento da forma de manipulação de todos os aparelhos que se encontram disponíveis, neste contexto encontramos a monitorização de débito cardíaco através de um monitor *Vigileo*®, a Oxigenação por Membrana Extracorporal, através do monitor *Cardiohelp*®, a técnica de substituição da função renal contínua com a *PrismaFlex*®, entre outros. Foram analisadas as normas de procedimentos que se encontram disponíveis no contexto, que se demonstraram uma ferramenta essencial para a integração e desenvolvimento de práticas num ambiente repleto de tecnologia inovadora, pois cada norma encontrase introduzida com uma breve contextualização teórica suportada por evidência científica, o que confere sustentabilidade e conseqüente facilidade para a minha compreensão e integração dos novos conceitos e da pertinência para a prática. Esta forma de integração de novos conceitos, assim como o acompanhamento de profissionais peritos na manipulação deste tipo de equipamentos e na realização de procedimentos tão complexos, permite a cada elemento deste serviço uma garantia de segurança e conseqüentemente uma CC, diminuindo assim a probabilidade de erros, através de uma dupla confirmação entres os profissionais menos experientes e os peritos na área.

A necessidade de monitorização constante da PSC e a conseqüente interpretação de dados fornecidos pelo suporte tecnológico confere ao enfermeiro uma responsabilidade profissional elevada na medida em que é este profissional que prevê e antecipa estados de instabilidade hemodinâmica da PSC. Perante esta realidade permito-me identificar a concretização deste objetivo no que respeita a gestão de protocolos terapêuticos de acordo com as normas vigentes no serviço.

Dada a complexidade das intervenções de enfermagem à PSC neste contexto a abordagem à teoria de *Nursing as Caring* (Boykin & Schoenhofer, 2001), como ponto de partida nos seus pressupostos, onde as relações de cuidados são estabelecidas

com o outro através do conhecimento de si próprio e das suas necessidades de cuidados, permitem a relação terapêutica através de uma presença física efetiva intencional, onde o enfermeiro conhece a pessoa e dá um pouco de si em cada momento de prestação de cuidados. Neste contexto o desenvolvimento de uma relação continuada no tempo é mandatória dado que falamos da presença física da PSC durante um período de tempo longo, onde o conhecimento do outro aumenta a cada dia, onde a família interage com a equipa diariamente e ficamos a conhecer a pessoa e conseqüentemente importa adequar a prestação de cuidados constantemente. Como exemplo prático durante a prestação de cuidados de higiene a uma PSC na UCI foi-me possível desfazer a barba, contudo recorri a uma conversa através de videochamada com a família em que os mesmos recordaram o formato da barba anteriormente ao internamento, o que me permitiu manter a coerência estética, e conseqüentemente proporcionar um sorriso na videochamada posterior com a família.

Foi-me permitida a oportunidade na realização de um transporte intra-hospitalar de uma PSC internada na UCI, para realização de um exame complementar de diagnóstico TAC, no decorrer do meu estágio, onde a operacionalização deste processo me permitiu uma revisão de conceitos teóricos implícitos no meu referencial teórico, tendo contemplado a elaboração mental de um planeamento do transporte assente nas recomendações existentes pelas entidades competentes em Portugal (INEM, 2012; OM & SPCI, 2008) onde o processo de transporte da PSC é composto por 3 fases: Decisão, Planeamento e Efetivação. Na experiência retratada que foi apresentada num estudo caso que realizei, o meu papel teve ênfase na fase de planeamento e efetivação do mesmo, onde foi realizado um *briefing* entre mim e a minha orientadora, como se de uma *checklist* mental se tratasse, o que me permitiu uma antecipação e posteriormente uma reflexão sobre a forma de minimizar os riscos inerentes ao processo de efetivação do transporte.

Neste contexto encontra-se implícito o conceito de maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a PSC, uma UCI já por si possui este conceito muito presente, contudo numa fase pandémica em que a proliferação de agentes virais se encontram no cerne do problema mundial, encontrei aqui uma oportunidade de aprendizagem no que reporta a desmistificação de alguns conceitos e práticas que executava diariamente, nomeadamente no que respeita à desinfeção de luvas e na utilização de dois pares de luvas, que se revelaram práticas incorretas.

Tive necessidade de recorrer à consulta e análise de documentos sobre a temática do controle de infecção, nomeadamente acerca de precauções básicas de controle de infecção através da consulta do programa nacional de prevenção e controle de infecção associada aos cuidados de saúde (Direção-Geral de Saúde, 2018), tal como o recurso a elemento de referência do serviço que acrescem a função de elo de ligação ao gabinete da instituição responsável por monitorizar as boas práticas de higiene e controle de infecção hospitalar. Permitiu-me aperfeiçoar a minha prática e transportar os conhecimentos adquiridos para o meu contexto laboral, dado que aliada às boas práticas me foi possível apreender que o trabalho de equipa, a liderança e a comunicação, são elementos de destaque para o controle de infecção associados aos cuidados de saúde.

Este momento pandémico também veio conferir uma realidade na dinamização de respostas em situações de catástrofe, dado que o serviço sofreu uma adaptação para dar resposta à afluência de pessoas com necessidade de internamento portadoras de uma infecção por SARS-CoV-2, e que conseqüentemente necessitavam de iniciar técnica de substituição de órgão através de ECMO. O que tornou uma UCI de nível II e III, exclusivamente numa UCI de nível III com a conseqüente redução do número de vagas, dada a especificidade da PSC e no rácio de profissional/doente, de onze vagas passando para apenas oito, onde os rácios preconizados, nem sempre foram cumpridos, dado que um enfermeiro tinha a seu cargo a prestação de cuidados a 2/3 doentes, não cumprindo a premissa de 1/2 doentes por enfermeiro (Parecer n.º15/2018, 2018).

A família foi incluída neste contexto através da adaptação a uma nova realidade, onde foi possível a realização de videochamadas com a pessoa de referência de um doente ventilado através de traqueostomia. O meu papel no acompanhamento desta situação foi de elo de ligação na comunicação dado que a comunicação oral da pessoa se encontrava comprometida, integrando-se na garantia da CC no que reporta a dimensão relacional.

O terceiro objetivo específico delineado, **promover a CC de enfermagem no transporte da PSC**, procurou abordar questões complexas de um modo sistemático, reflexivo e inovador, tendo como base o referencial teórico que norteou todo o percurso de estágio. A CC é uma realidade diária como uma prática que promove a segurança da prestação de cuidados, neste contexto é notório a efetivação do processo de CC, neste quadro concetual são definidas três dimensões: a informativa,

a de gestão e a relacional (CARNA, 2008), reportando esta realidade para a prática atual, foi-me permitido testemunhar todas as dimensões. A dimensão informativa onde se pretende uma transferência do conhecimento acumulado da PSC relacionando-o com todos os eventos individualizados de cuidados para assegurar a qualidade dos cuidados, neste contexto é efetuada uma passagem de ocorrências estruturada baseada num registo que contempla a metodologia ISBAR, os registos realizados neste documento conferem-no como um instrumento vantajoso e essencial para assegurar a CC, numa ilustração da aplicabilidade prática do referencial teórico.

Na segunda dimensão, a de gestão, onde se pretende a capacidade de assegurar cuidados multidisciplinares de acordo com as necessidades imediatas da PSC, neste contexto existe uma equipa multidisciplinar complexa, que procura dar resposta a todas as necessidades da pessoa. A título de exemplo, a dietista que reformula os planos nutricionais da PSC semanalmente, e em casos de necessidade este ajuste é realizado em tempo útil, no que respeita a velocidade de alimentação entérica contínua e a sua constituição nutricional. Os profissionais de fisioterapia que sempre que necessário iniciam um plano de exercícios diários com o intuito de reabilitação motora. O apoio de todas as especialidades médicas e cirúrgicas quando se torna necessária uma avaliação ou um parecer, nomeadamente gastroenterologistas, otorrinolaringologistas entre outros, que realizam procedimentos no espaço físico da UCI, além dos profissionais que se encontram de presença física como os médicos intensivistas, assistentes operacionais, funcionários de limpeza e secretárias de unidade. Toda a equipa fornece uma resposta em tempo útil e sempre que necessário, garantindo que todos os diferentes intervenientes possuem conhecimento de toda a informação respeitante a PSC a que se refere o processo de cuidados, o que confere uma operacionalidade da dimensão de gestão no processo de CC atribuindo segurança e qualidade nos cuidados prestados. O enfermeiro é o profissional de referência para todo o processo de articulação com as diversas áreas de prestação e cuidados, dado que é o elemento com maior proximidade do doente, muitas vezes denominado de advogado da pessoa.

Como última dimensão a relacional ou interpessoal, que reporta um relacionamento terapêutico contínuo entre a pessoa e o prestador de cuidados, relação esta que se inicia no momento da admissão da PSC e sua família à UCI, com cuidados individualizados denotando a pessoa como única e completa. O desenvolvimento dos cuidados surge a cada momento com o crescimento de uma

relação terapêutica, assim como o conhecimento da mesma, que se enquadra nos pressupostos da teoria *Nursing as Caring*, criando uma relação que assenta num crescimento interpessoal do enfermeiro aliado à aquisição de competências que surgem a par com a relação estabelecida que é desenvolvida, num ambiente de cuidados tão tecnológico como a de uma UCI (Boykin & Schoenhofer, 2001). Perante os pressupostos desta teoria a enfermagem baseia-se numa prestação de cuidados como um processo que contempla a pessoa como única e individual, é baseada nesta premissa que surgem resultados favoráveis à recuperação da pessoa. É durante o desenvolvimento da relação pessoa/enfermeiro que se estabelecem os objetivos, adequando-os à sua situação clínica com o fim de favorecer a autonomia e a confiança entre a prestadora de cuidados e a pessoa, é descrito pelas autoras desta teoria como um cuidado autêntico e intencional.

A visão da teoria *Nursing as Caring* reporta o cuidar em enfermagem como uma individualização dos cuidados, característica inerente à CC, deste modo, considero que o referido contexto reflete com coerência um processo exemplar de CC que alia a relação terapêutica, o cuidado tecnológico e as competências de perito de um enfermeiro mestre e especialista. O nível de perito do enfermeiro suporta a ação com base na experiência e compreensão intuitiva das situações, numa procura de superar regras e princípios, demonstra um agir profissional e uma prática reflexiva construtora da melhoria dos cuidados prestados (Benner, 2001). Uma UCI é caracterizada pela utilização de um vasto aparato tecnológico aliado à experiência do enfermeiro que determina o juízo clínico, condicionando a sua avaliação e conseqüente intervenção onde a aquisição de competências específicas se revela de extrema importância na presença de dispositivos de monitorização da PSC (Caldas et al., 2010). É nesta perspetiva de desenvolvimento de competências que o reconhecimento do quadro conceptual eleito para o acompanhamento deste processo se tornou reconhecido por mim como o ideal para o norteamento do meu processo individual de aquisição de competências de mestre.

O último objetivo específico, **refletir sobre a CC na promoção da segurança da PSC e sua família**, foi concretizado através da análise crítica da dimensão ética, política, social e económica da prática, onde me foi possível aplicar o conhecimento de enfermagem e de outras disciplinas, no contexto de prática clínica. Refletir sobre o sentido das afirmações do outro e sobre as suas representações, onde o resultado final contemplou um nível aprofundado de conhecimento na área específica da

disciplina de enfermagem, assim como uma consciência crítica sobre os problemas inerentes. Este foi concretizado através dos inúmeros momentos de reflexão ocorridos com a enfermeira orientadora ao longo de toda a prática clínica, em reuniões tutoriais com a professora tutora, onde a partilha de experiências se tornou numa mais-valia, assim como a realização de um jornal de aprendizagem e um estudo de caso, que se debruçou na eficácia da CC neste contexto e a operacionalização de um transporte da PSC.

A realização deste processo de reflexão contínuo permitiu-me vivenciar experiências de prestação de cuidados à PSC, num meio repleto de tecnologia, e especificidades com o qual não me encontrava familiarizada, proporcionando-me momentos de reflexão e aprendizagem, tal como um crescimento profissional, dado que consigo levar os ganhos obtidos para a minha realidade profissional. Foi-me possível adequar o conceito teórico da CC na prática dado que neste contexto existem ferramentas que procuram uniformizar o procedimento da CC de forma a promover a segurança da PSC. Nomeadamente o documento de passagem de ocorrências baseado na técnica ISBAR, que promove a CC assegurando que toda a informação acerca da evolução do doente durante cada turno se encontra resumida neste documento, que após atualizado é passado à equipa do turno seguinte, ilustrando a pertinência da existência de um documento escrito promotor da CC.

A passagem por este contexto demonstrou-se de extrema importância permitiu-me transportar uma panóplia de situações a integrar futuramente na minha prestação de cuidados, nomeadamente no que concerne a cuidar da PSC com instabilidade hemodinâmica, onde a gestão de protocolos terapêuticos é realizada de uma forma independente no seio dos enfermeiros de um SU, o facto de existirem protocolos adequados ao agravamento de situações clínicas neste contexto, permite ao enfermeiro uma autonomia e eficácia na resolução de problemas de modo eficaz e em tempo útil. O estabelecimento de uma relação terapêutica com a aquisição de conhecimentos diferenciados sobre ventilação invasiva, monitorização minimamente invasiva e invasiva, e algumas dinâmicas inerentes a procedimentos diferenciados, como a troca de cânulas numa pessoa submetida a tratamento com ECMO, conferiu-me progressão no raciocínio clínico, uma prática baseada na evidência que me permitiram dar continuidade ao desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, requeridas a um enfermeiro perito.

Neste contexto e dada a especificidade da pessoa/cliente desta UCI senti necessidade de pesquisa de alguns conceitos e temáticas para as quais não me encontrava familiarizada, nomeadamente na monitorização do débito cardíaco continua, conceitos inerentes a técnica de ECMO e técnica de substituição da função renal continua. Foi-me permitida uma consolidação de conhecimentos após discussões continuadas com a minha enfermeira orientadora e que se revelaram numa vantagem para a prestação de cuidados específicos a PSC na UCI. A análise da monitorização a que a PSC se submete aliada a observação e experiência do enfermeiro neste contexto permite-me identificar e antecipar instabilidade e risco de falência orgânica, que se cumpre através da correta leitura e interpretação dos dados fornecidos por esta monitorização. Na prevenção e controle de infeção da pessoa, um protocolo com maior premência numa UCI, permitiu-me desmistificar princípios que até então tinha como certos, perante a pandemia em que o país se encontra, na medida em que o uso de dois pares de luvas foi eliminado da minha prática, esta partilha de saberes permitiram-se a aquisição de competências, através do cumprimento de protocolos e circuitos requeridos na prevenção e controlo de infeção face as vias de transmissão do SARS-CoV-2, como em outros microrganismos.

No que respeita aos princípios éticos, deontológicos e legais, considero que estes permaneceram de uma forma linear ao longo de todo o estágio, estiveram presentes na prática, suportando a minha tomada de decisão sobre a PSC, em paralelo com toda a equipa multidisciplinar, suportada pelos conhecimentos éticos e deontológicos da profissão, envolvendo a família sempre que possível, com respeito pelas suas crenças e valores. Perante a análise do artigo 110º do Código Deontológico dos Enfermeiros no que respeita ao princípio da humanização dos cuidados, o enfermeiro é responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem perante a pessoa, assumindo o dever prestar cuidados com a atenção centrada na pessoa como única que se encontra inserida numa família e numa comunidade, contribuindo para a criação de um ambiente potenciador à manutenção da sua dignidade (Decreto-Lei n.º156/2015, 2015). A dignidade da pessoa é um dos princípios gerais inerentes à profissão de enfermagem, devendo por isso ser um fim perante toda a prestação de cuidados de saúde de um enfermeiro. Como exemplo recordo uma situação que envolveu um doente a quem prestei cuidados na UCI, que após recuperação do estado de consciência, partilhou a vontade de manter a sua barba tal como tinha antes do internamento. Para tal, foi pedida uma fotografia à família que suportou a prestação de cuidados de modo semelhante ao que a pessoa tinha anteriormente, tendo sido

solicitado pelo doente uma videochamada com a família para demonstrar que ainda tinha a mesma imagem de pai de família e marido. Recordo que assistir a este episódio foi dos momentos do turno que maior gratificação me proporcionou, com apenas um obrigado dito pela família e pelo doente, o orgulho demonstrado pelos seus olhos revelaram a dignidade inerente ao ser humano, aquela que tentamos sempre respeitar mas que muitas vezes não valorizamos as mais pequenas ações, a isto denominei humanização dos cuidados, centrada na pessoa e sua família.

Feita uma análise deste percurso permito-me concluir que este processo de aprendizagem se demonstrou numa mais-valia para a aquisição de competências como futura mestre e especialista de enfermagem na PSC, dado que me permitiu participar num processo de aquisição de novos saberes, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, onde promovo a qualidade de cuidados de saúde e me proporcionei à mudança de comportamentos, pensamentos e práticas de enfermagem.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório constituiu um documento que procurou espelhar o percurso desenvolvido ao longo do CMEPSC, tendo culminado com o 3º semestre deste curso de mestrado onde foi desenvolvido um estágio que teve início no dia 23 de novembro de 2020 e término no dia 06 de abril de 2021, dividido por dois contextos (UCI e SU). Serve o presente documento para demonstrar a aquisição de competências para a obtenção do grau de mestre de acordo com o Decreto-Lei n.º65/2018 e o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem à PSC, definido no Regulamento n.º429/2018.

Este percurso de aquisição e desenvolvimento de competências foi um processo que me permitiu traçar metas e analisar situações de cuidados, que se traduziu numa reflexão constante da prática, permitindo-me, o desenvolvimento do raciocínio crítico e a capacidade de tomada de decisão, tornando-o num precursor de desenvolvimento pessoal e profissional, numa procura das competências demandadas. A capacitação dos profissionais de saúde assume-se como essencial para o desenvolvimento da profissão de enfermagem, onde a evidência da qualidade se denota na prática dos cuidados prestados, notando o contributo da investigação para uma visibilidade perante a comunidade científica, com o desenvolvimento de uma RSMM, que se tornou essencial para a fundamentação teórica de todo o percurso efetuado, no âmbito do desenvolvimento de uma prática especializada.

O transporte da PSC é um tema pouco explorado, mas essencial para garantir a CC à PSC dado que potencia um processo seguro, viabiliza a manutenção da estabilidade da PSC, aquando da mudança de contexto, na passagem de um ambiente seguro, para um ambiente que por si só, acarreta instabilidade para a PSC. O risco associado ao transporte da PSC contempla, a deterioração hemodinâmica da pessoa, e a sua necessidade crescente, surge por carências técnicas e de cuidados diferenciados à PSC. O transporte da PSC proporciona condicionalismos aos enfermeiros, na medida em que os recursos materiais, humanos e organizacionais imperam a uma racionalização, face ao ideal preconizado para a garantia da segurança no transporte pelas entidades reguladoras em Portugal. O papel do enfermeiro no transporte da PSC na prática, encontra-se longe do ideal, englobando competências em diferentes vertentes, técnicas, relacionais, comunicacionais e de gestão, que devem ser auxiliadas por ferramentas que assegurem a segurança, contudo nem sempre são aplicadas, o que compromete inevitavelmente a CC e

consequentemente a ocorrência de eventos críticos. Embora se encontre documentado a intervenção de enfermagem no contexto, ainda é pouco evidente a sua participação, motivo pelo qual são necessários estudos nesta área.

Após a realização deste percurso considero que a fase inicial de planeamento do mesmo se assumiu como a etapa essencial para organização de pensamento, as dificuldades pressentidas inicialmente foram colmatadas com a existência de protocolos na instituição onde desenvolvi o primeiro estágio, foi-me possível analisar a sua eficácia e aplicabilidade num contexto de SU. No transporte da PSC, as ferramentas disponíveis existentes, foram sem dúvida o que me permitiu reter, através da sua eficácia na prática, que os protocolos são elementos facilitadores para a prática, aumentam a confiança dos profissionais e inevitavelmente constituem-se meios para diminuir o erro e eventos adversos, tal como referido na literatura.

A reflexão foi o elemento mais importante de todo o percurso, formatando o meu pensamento, modificando a minha prática em contexto laboral, tal como compete ao enfermeiro especialista. A reflexão sobre as questões relacionadas com a prática e a aquisição das competências pretendidas a um mestrando, que tiveram resposta através das atividades estabelecidas no projeto como intuito responderam aos objetivos estabelecidos inicialmente. O recurso a um quadro teórico revelou-se como um pilar do percurso realizado, a CC que CARNA (2008) apresenta, em paralelo com o quadro teórico de *Nursing as Caring* (2001), revelou-se de extrema importância pela sua aplicabilidade em ambos os contextos de estágio. Onde o desenvolvimento humano e das relações estabelecidas tornam a prestação de cuidados única, individualizada e adaptada a cada situação de cuidados, promovendo o crescimento pessoal e profissional dos intervenientes, independentemente do tempo de duração desta relação e do ambiente adverso que se pode viver num SU ou um ambiente tão tecnicista como numa UCI.

Os contextos elegidos para o desenvolvimento deste projeto revelaram-se um auxiliar importante, não só pela diversidade de situações encontradas na prestação de cuidados à PSC, como pelo contacto com enfermeiros peritos na sua área de atuação que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional. A oportunidade de contacto com peritos na área do transporte da PSC através de conferências e cursos frequentados, aumentou não só o meu conhecimento perante a evidência científica existente na área, como me permitiu interagir com profissionais de referência nacional promotores de momentos de reflexão, debate e partilha enriquecedores.

Fundamentando através de Benner (2001) através do seu modelo de Dreyfus aplicado à enfermagem que define os níveis de competência de iniciado a perito, concluo que as atividades desenvolvidas ao longo deste processo de construção acadêmica, pelas intervenções especializadas de enfermagem à PSC, constituíram um contributo essencial para o alcance do nível de perito na área da CC no transporte à PSC. Dado que me foi possível assimilar conteúdos pertinentes e adequados ao meu contexto no que respeita à minimização de ocorrência de eventos adversos, planeamento do transporte e utilização de ferramentas que assegurem a segurança do mesmo, onde através deste conhecimento adquirido me vai ser possível concretizar um dos meus objetivos pessoais que contemplam ser uma referência na área do transporte da PSC e contribuir no serviço onde exerço funções para a melhoria contínua da qualidade.

A prestação de cuidados à PSC a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica, que foi realizada em ambos os contextos, permitiu-me adquirir competências para o reconhecimento de sinais de instabilidade, competências essenciais a um enfermeiro especialista, ao longo deste percurso, foi-me possível planejar e adequar os cuidados de enfermagem a cada situação, centrando o cuidado na pessoa e família. O processo de enfermagem foi realizado em várias oportunidades e permitiu-me utilizar esta ferramenta como uma base para a contextualização dos cuidados, o que facilitou a reflexão posterior com os orientadores dos locais de estágio. Este caminho foi efetuado de acordo com os pressupostos de responsabilidade profissional, ética e legal, com o respeito pelos princípios deontológicos da profissão de enfermagem.

A orientação tutorial deste percurso foi o elemento que se revelou como facilitador, impulsionou o meu crescimento, inquietou-me no momento certo e permitiu-me superar as minhas expectativas em muitos momentos, o encaminhamento e as ferramentas fornecidas traçaram um caminho enriquecedor.

Após o término desta etapa e perante a linha orientadora da temática estudada, considero que me foi possível atingir o objetivo primordial, em constituir-me como um elemento de referência no meu contexto profissional na área da CC no transporte da PSC, dado que desenvolvi uma visão sobre o cuidado de enfermagem sustentado teoricamente, tendo conseguido através da minha motivação e ambição pessoal em querer ser mais competente nesta área de estudo e perita na prática, modulando a minha realidade profissional e conseqüentemente o meu contexto.

REFERÊNCIAS

Abel, E. (2011). Patient Dumping in New York City, 1877-1917. *American Journal of Public Health*, 101(5), 789-796. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2010.300005>

Alamanou D. G., Brokalaki, H. (2014). Intrahospital transport policies: The contribution of the nurse. *Health Science Journal*, 8(13), 166-178. <https://www.hsj.gr/medicine/intrahospital-transport-policies-the-contribution-of-the-nurse.php?aid=2749>

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto

Benner, P., Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in-Action Approach* (2ª Ed.) Springer Publishing Co.

Bergman, L., Pettersson, M., Chaboyer, W., Carlstrom, E. & Ringdal, M. (2020). Improving quality and safety during intrahospital transport of critically ill patients: A critical incident study. *Australian Critical Care*, 33(1), 12-19. <http://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.12.003>

Boyd, J., Roberts, D., Leigh & J. Stelfox, H. (2018). Administrator Perspectives on ICU-to-Ward Transfers and Content Contained in Existing Transfer Tools: a Cross-sectional Survey. *Journal of General Internal Medicine*, 33(10), 1738-1745. <http://doi.org/10.1007/s11606-018-4590-8>

Boykin, A. & Schoenhofer, S. (2001). *Nursing as Caring*. (NLS, Ed.). Jones and Bartlett Publishers.

Caldas, A., Petronilho, C., Petronilho, F. & Machado, M. (2010). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Formasau.

Chan, J. & Denomme, J. (2012). Larrey's Revolution Jason. *The University of Western Ontario Medical Journal*, 81(1), 43-44. http://www.uwomj.com/wpcontent/uploads/2012/06/UWOMJ_2012_ER_total.pdf

College and Association of Registered Nurses of Alberta (CARNA). (2008). *Registered Nurse Roles that Facilitate Continuity of Care*. https://nurses.ab.ca/docs/default-source/document-library/position-statements/rn-continuity-care-roles.pdf?sfvrsn=2078b11a_14

Conselho Internacional de Enfermeiros, & Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIPE® versão 2015*. Lusodidacta.

Decreto-Lei n.º 156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. 1ª série (N.º 181 de 16-09-2015). Assembleia da República. Diário da República. <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei n.º 38/92 de 28 de Março. (1992). Regula a atividade de transporte de doentes. *Diário da República*. N.º 74, I Série – A. Ministério da Saúde. Lisboa. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/38/1992/03/28/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018). Alteração do regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República*, 1.ª série (N.º 157 de 16-08-2018), 4147-4182. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>

Delupis, F., Mancini, N., Nota, T. & Pisanelli, P. (2014). Pre-hospital/emergency department handover in Italy. *Internal and Emergency Medicine*, 10(1), 63-72. <http://doi.org/10.1007/s11739-014-1136-x>

Despacho n.º1400-A/2015 (2015). Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020. Ministério da Saúde. *Diário da República*, 2ª Série (n.º28 de 10/02/2015), 3882-(2) - 3882-(10). <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>

Direção-Geral da Saúde. (2018). Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038-pdf.aspx?v=%3D%3DDwAAAB%2BLCAAAAAAABAARYszltzVUy81MsTU1MDAFAH zF>

Ehrentraut, S. F., Schroll, B., Lenkeit, S., Ehrentraut, H., Bode, C., Kreyer, S., Kogl, F., Lehmann, F., Muders, T., Scholz, M., Strater, C., Steinhagen, F., Theuerkauf, N. U., Weibrich, C., Putensen, C. & Shewe, J.C. (2019). Interprofessional two-man team approach for interhospital transport of ARDS-patients under extracorporeal membrane oxygenation: a 10 years retrospective observational cohort study. *BMC Anesthesiology*, 19(01), 1-11. <http://doi.org/10.1186/s12871-019-0687-9>

Eiding, H., Kongsgaard, H. & Braarud, A. (2019). Interhospital transport of critically ill patients: experiences and challenges, a qualitative study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 27(1), 1-9. <http://doi.org/10.1186/s13049-019-0604-8>

Emergency Nurses Association. (2019). *Interfacility Transfer of Emergency Care Patients. Position Statement Committee Members*. https://www.ena.org/docs/default-source/resourcelibrary/practiceresources/positionstatements/facilitatingtheinterfacilitytransfer.pdf?sfvrsn=d3d9c8f4_14

Graça, A., Silva, N., Correia, T. & Martins, M., (2017). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(15), 133-144. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV17042>

Grilo, E. & Mendes, F. (2012). *O Estudo de Caso como Estratégia de Investigação em Enfermagem* [Poster]. Congresso de Investigação Ibero-Americano de Países de Língua Oficial Portuguesa, Coimbra. <http://hdl.handle.net/10400.11/1744>

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Lusodidacta

Holleran, R. (2002). Challenges in Transport Nursing. *Australian Emergency Nursing Journal*, 5(1), 7–11. [https://doi.org/10.1016/S1328-2743\(02\)80026-8](https://doi.org/10.1016/S1328-2743(02)80026-8)

Instituto Nacional de Emergência Médica - INEM. (2012). *Transporte do Doente Crítico*. Instituto Nacional de Emergência Médica.

Johnston, D., Franklin, K., Rigby, P., Bergman, K. & Davidson, S.B. (2016). Sedation and Analgesia in Transportation of Acutely and Critically ill Patients. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 28(2), 137-154. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2016.02.004>

Joint Commission (2017). *Inadequate hand-off communication*. Sentinel event alert 58. <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sentinel-event-alert-newsletters/sentinel-event-alert-58-inadequate-hand-off-communication/>

Kulshrestha, A. & Singh, J. (2016). Inter-hospital and intra-hospital patient transfer: Recent concepts. *Indian Journal of Anaesthesia*, 60(7), 451-7. <http://doi.org/10.4103/0019-5049.186012>

Manring, M., Hawk, A., Calhoun, J. & Andersen, R., (2009). Treatment of War Wounds: A Historical Review. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 467(8), 2168-91. <http://doi.org/10.1007/s11999-009-0738-5>

Marshall, A., Tobiano, G., Murphy, N., Comadira, G., Millis, N., Gardiner, T., Hervey, L., Simpson, W. & Gillespie, B. (2018). Handover from operating theatre to the intensive care unit: A quality improvement study. *Australian Critical Care*, 32(3), 229-236. <http://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.03.009>

Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Eletrônica Educare*, 20(1), 1-23. <http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>

Mukhopadhyay, A., Leong, B., Lua, A., Aroos, R., Wong, J., Koh, N., Goh, N., See, K., Phua, J. & Kowitlawakul, Y. (2014). Differences in the handover process

and perception between nurses and residents in a critical care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 24 (5-6), 778-785. <http://doi.org/10.1111/jocn.12707>

Nestor, P. (2013). History Baron Dominique Jean Larrey. *Journal of Emergency Primary Health Care*, 1(3), 3-4. <https://doi.org/10.33151/ajp.1.3.196>

Nunes, F. (2009). Tomada de Decisão do Enfermeiro no Transporte do Doente Crítico. *Revista Nursing*, 246. <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3526-tomada-de-decisao-do-enfermeiro-no-transporte-do--doente-critico#.WNrGmRLytsM>.

Objetivos e Competências do CMEPSC (2010). Extrato do processo apresentado e aprovado pela Agência Nacional de Acreditação do Ensino Superior (A3Es) com o nº NCE/09/01932, (21/06/2010).

Ordem dos Médicos (OM) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI). (2008). *Transporte de Doentes Críticos - Recomendações*. CELOM. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>

Parecer n.º 09/2017 (2017). *Transporte da Pessoa em Situação Crítica*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros. 1-3.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacacritica.pdf

Parecer n.º 15/2018 (2018). *Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva*. Mesa do Colégio em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros. 1-4. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

Peixoto, N. & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(11), 121-132. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>

Portaria n.º 1147/01 de 28 de Setembro. (2001). Aprova o Regulamento do Transporte de Doentes. *Diário da República*. N.º 226/01, I Série – B. Ministério da Administração Interna e da Saúde. Lisboa. <https://data.dre.pt/eli/port/1147/2001/09/28/p/dre/pt/html>

Potter, P. & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimentos*. (5.º Ed.). Lusociência - Edições Técnicas E Científicas, Lda.

Powell, M., Brown, D., Davis, C., Walsham, J., Calleja, P., Nielsen, S. & Mitchell, M. (2020). Handover practices of nurses transferring trauma patients from intensive care units to the ward: A multimethod observational study. *Australian College of Critical Care Nurses*, 33(6), 538-545. <http://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.03.004>

Regulamento n.º140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República, II série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750. <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>.

Regulamento n.º429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Assembleia da República. *Diário da República*, 2.ª Série (N.º135 de 16/07/2018), 19359-70. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Ringdal, M., Chaboyer, W. & Stomberg, M. (2015). Intrahospital transports of critically ill patients: critical care nurses' perceptions. *Nursing in critical care*, 21(3), 178-184. <http://doi.org/10.1111/nicc.12229>

Sá, F. L. & Velez, M. A. (2021). O cuidado à família no serviço de urgência: A experiência vivida do enfermeiro. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), e21007. <https://doi.org/10.12707/RV21007>

Sujan, M., Chessum, P., Rudd, M., Fitton, L., Inada-Kim, M., Cooke, M. & Spurgeon, P. (2014). Managing competing organizational priorities in clinical handover across

organizational boundaries. *Journal of Health Services Research & Policy*, 20(1S), 17-25. <http://doi.org/10.1177/1355819614560449>

Tu, H. (2014). Intrafacility Transportation of Patients with Acute Brain Injury. *Journal of Neuroscience Nursing*, 46(3), 12-16. <http://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000055>

Tupper, J.B., Gray, C.E., Pearson, K.B. & Coburn, A.F. (2015). Safety of Rural Nursing Home-to-Emergency Department Transfers: Improving Communication and Patient Information Sharing Across Settings. *Journal for Healthcare Quality*, 37(1), 55-65. <http://doi.org/10.1097/01.JHQ.0000460120.68190.15>

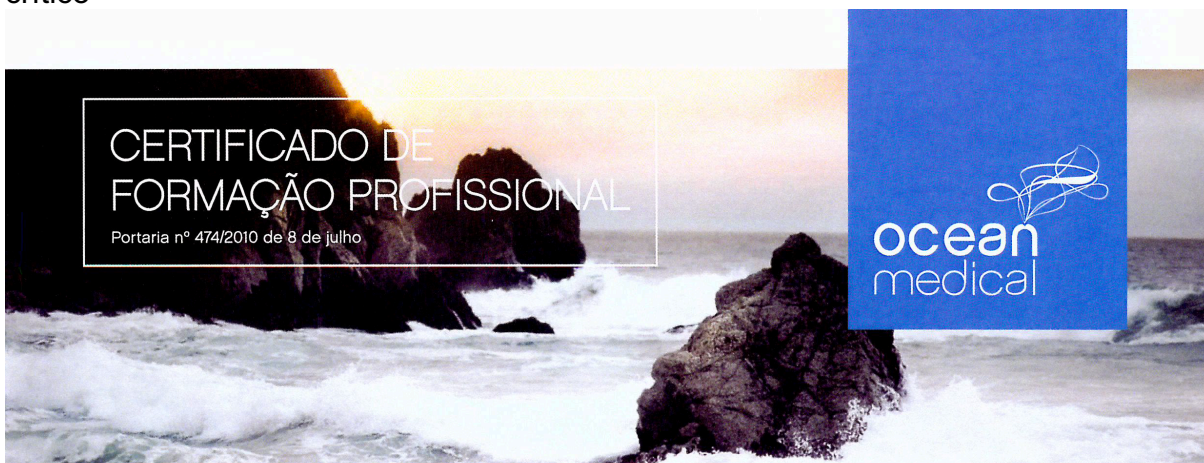
Walt, J. & Joubert, I. (2014). The pitfalls of postoperative theatre to intensive care unit handovers: a review of the current literature. *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia*, 20(3), 143-146. <http://doi.org/10.1080/22201173.2014.936776>

Zakrison, T., Rosenbloom, B., McFarlan, A., Jovicic, A., Soklaridis, S., Allen, C., Schulman, C., Namias, N. & Rozoli, S. (2015). Lost information during the handover of critically injured trauma patients: a mixed-methods study. *BMJ Quality and Safety*, 25(12), 929-936. <http://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-0039>

ANEXOS

Anexo I - Certificado do Curso Abordagem, Transporte e segurança do doente crítico

Anexo I - Certificado do Curso Abordagem, Transporte e segurança do doente crítico



Certifica-se que **Carla Sofia Alves Vaz**, nascida em 01/10/1982, com o Número de Identificação Civil 12460805, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// ABORDAGEM, TRANSPORTE E SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO

que decorreu no dia 18/11/2020, com a duração de 8 horas.

Porto Salvo, 18 de novembro de 2020

O responsável pela Ocean Medical,

Marco Castro



1912/HOMOL/2020

ÁREA DE FORMAÇÃO: 729 - Saúde

MODALIDADE DE FORMAÇÃO: Formação contínua



COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

// Sistematizar a abordagem e avaliação do doente crítico; estabelecer prioridades de intervenção e tratamento do doente crítico; desenvolver competências no planeamento e organização do transporte do doente crítico; sistematizar a transmissão da informação clínica.



ESTRUTURA CURRICULAR

UNIDADES DE FORMAÇÃO	Nº MINUTOS
// Enquadramento e conceitos	45 min.
// Transporte intra-hospitalar	45 min.
// Transporte inter-hospitalar	60 min.
// Abordagem e sistematização	90 min.
// Transporte do doente ventilado	45 min.
// PCR em transporte	45 min.
// Transporte politraumatizado	45 min.
// Transporte crianças	45 min.
// Avaliação	60 min.
Total:	8 horas

Anexo II - *Webinar* transporte do doente crítico em tempos de COVID-19



CICLO DE WEBINARS
TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO
EM TEMPOS COVID-19

07 DE DEZEMBRO
SEGUNDA-FEIRA
às 18H00

ORGANIZAÇÃO

PATROCÍNIO

SPA
Sociedade Portuguesa
de Anestesiologia

octapharma
For the safe and optimal use of human proteins

WEBINAR SPA
WWW.SPA.NESTESIOLOGIA.PT

Anexo III - *Webinar* transporte do doente crítico

FREE

bwizer.
your evolution

WEBINAR GRATUITO

Transporte do Doente Crítico

 17 20 de janeiro de 2021

 18h00

 João Meireles



Anexo IV - Certificado de presença *Webinar* Saber + 2.0: Doente com suporte de vida extracorporal



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

CARLA SOFIA ALVES VAZ

membro nº **57551** desta Ordem, participou no Webinar “**Saber+2.0: Doente com suporte de vida extracorporal**”, no dia **16 de Março**, com duração total de **2h30**, na plataforma digital Cisco Webex Events.

Coimbra, 16 de Março de 2021.

O Presidente do Conselho Diretivo Regional

Ricardo Correia 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 Actividades Formativas .

Anexo V - Certificado de presença *Webinar* Segurança nos cuidados



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

CARLA SOFIA ALVES VAZ

membro nº **57551** desta Ordem, esteve presente no ciclo de webinars “**Enfermagem às Quintas**” subordinado à temática “**Segurança nos Cuidados**” no dia **25 de Março de 2021**, com duração total de 2 horas na Plataforma Digital Cisco Webex Events.

Porto, 29 de Março de 2021.

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 Actividades Formativas.

APÊNDICES

Apêndice I - Revisão Sistemática de Métodos Mistos

Background

O transporte da pessoa em situação Crítica (PSC) pode induzir alterações fisiológicas que interfiram com o resultado esperado para a situação clínica da pessoa, devendo por isso, ser realizada de forma sistemática, por pessoas treinadas e de acordo com diretrizes baseadas na evidência com o intuito de prevenir e minimizar quaisquer eventos adversos (Kulshrestha & Singh, 2016). Neste sentido e de acordo com a *Emergency Nurses Association* (ENA, 2019) o principal objetivo da transferência da PSC deverá ser a saúde, o bem-estar ideal da pessoa, e a decisão da transferência deve ponderar os riscos *versus* benefícios. Sendo o transporte da PSC uma ocorrência complexa a que se associa frequentemente eventos adversos, estudos sugerem a utilização de ferramentas como listas de verificação e modelos de comunicação, entre os quais se destacam o modelo ISBAR², numa tentativa de potenciar a segurança da transferência efetuada, aumentando a fiabilidade das informações transmitidas e a segurança dos envolvidos (Powell et al., 2020).

A Ordem dos Médicos (OM) e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), (2008) nas recomendações emanadas para o transporte da PSC atribui importância à sistematização para a promoção da segurança do doente e dos profissionais, assim como atribui responsabilização institucional no que respeita à implementação de programas e protocolos para a operacionalização do procedimento. Segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM, 2012) e a OM & SPCI (2008) o transporte da PSC é composto por 3 fases: **Decisão**, **Planeamento** e **Efetivação**.

O papel do enfermeiro é transversal a todo o processo, no entanto é nas duas últimas fases (planeamento e efetivação), que se destaca a sua relevância. O planeamento seguro e programado do transporte da PSC, contemplam: *“Avaliação do estado geral da vítima; Avaliação da vantagem expectável com a transferência; Início e manutenção dos cuidados de suporte necessários, garantindo a ressuscitação e estabilização; Confirmação/garantia da operacionalidade do equipamento de transporte.”* (INEM, 2012, p.13), obtém-se uma forma segura de minimizar os riscos associados e o zelo por um transporte seguro.

O objetivo desta Revisão Sistemática de Métodos Mistos (RSMM) é mapear e analisar a evidência sobre a continuidade de cuidados no transporte da PSC, com o

² ISBAR (Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation)

intuito de identificar as intervenções de enfermagem que garantem a continuidade de cuidados no transporte da pessoa em situação crítica.

Método

Esta RSMM foi desenvolvida de acordo com a metodologia de revisão sistemática do *Joanna Briggs Institute* (JBI), (Lizandoro et al., 2020) pretendendo-se a combinação de estudos quantitativos e qualitativos de domínio comum ao tema da investigação, promovendo de modo holístico a captação da intervenção em estudo. Este tipo de estudo permite um panorama de investigação potencialmente completo, dado que confere robustez e relevância científica, assim pretende-se que esta revisão resulte numa síntese do conhecimento que promova uma prática de enfermagem baseada na evidência.

Questão de Investigação

Tendo em conta a primeira etapa deste planeamento de revisão surge a seguinte pergunta norteadora da pesquisa: Quais as intervenções de enfermagem que garantem a continuidade de cuidados no transporte da pessoa em situação crítica? A mnemónica PICO (População, Intervenção/Fenómeno de Interesse, Contexto e *Outcomes*), orientou a estruturação da questão de investigação, de modo a clarificar a questão e a compreensão do fenómeno de interesse.

- | | | |
|--------------------|---|--|
| População | - | Pessoa em Situação Crítica. |
| Intervenção | - | Intervenção especializada em Enfermagem no Transporte |
| Contexto | - | Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos e Extra-hospitalar. |
| Outcomes | - | Continuidade de Cuidados, na dimensão Informativa, Relacional e/ou Gestão. |

Estratégia de Pesquisa

Esta revisão considerará estudos quantitativos, qualitativos e métodos mistos. A primeira etapa de pesquisa inicial e limitada de artigos foi realizada através de pesquisa nas bases de dados eletrónicas, MEDLINE, CINHALL PLUS, Cochrane Database of Systematic Reviews e SCOPUS, foram consultados os artigos relevantes para o tema do estudo e feita a identificação dos termos principais e palavras-chave

a utilizar na pesquisa. Esta pesquisa teve como princípio, a abrangência, na tentativa de realizar uma coleção razoável de fontes de informação consideradas apropriadas para a revisão. Após pesquisa na base de dados Cochrane, constata-se que não foram publicadas RSMM com o mesmo título deste protocolo de revisão, o que reforça a pertinência do presente estudo.

A estratégia de pesquisa seguinte foi inicialmente efetuada através de linguagem natural e posteriormente, usada a combinação dos descritores obtidos no *Medical Subject Headings* (MeSH) e CINAHL headings, demonstrado na seguinte tabela.

PICO	Linguagem Natural	Termos indexados MeSH	Termos indexados CINAHL	Termos indexados MEDLINE
População	<ul style="list-style-type: none"> • Pessoa em Situação Crítica 	<ul style="list-style-type: none"> • Critical Patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Critical ill patient • Patients 	<ul style="list-style-type: none"> • Patients • Critical Illness
Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Transporte de doentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Transfer • Transportation of patients 	<ul style="list-style-type: none"> • Transfer, discharge • Transfer, intrahospital • Handoff (Patient Safety) 	<ul style="list-style-type: none"> • Transportation of patients • Patient transfer • Patient handoff
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> • Serviço de Urgência • Unidade de Cuidados Intensivos • Pré-Hospitalar 	<ul style="list-style-type: none"> • Intensive Care Unit • Emergency Service, Hospital • Prehospital Care 	<ul style="list-style-type: none"> • Intensive Care Units • Emergency Service • Prehospital Care • Critical Care 	<ul style="list-style-type: none"> • Intensive Care Units • Emergency Medical Services • Critical Care
Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> • Continuidade de cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuity of care • Documentation 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuity of patient care • Instrument validation • Research instruments • Risk assessment 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuity of patient care • Risk management • Documentation

A expressão booleana utilizada consistiu em Critical Patient AND (Transfer OR Transportation of patients) AND (Intensive Care Unit OR Emergency Service OR Hospital OR Prehospital Care) AND (Continuity of Patient care OR Health Information Exchange OR Patient Care Management OR Nurse-Patient Relations).

Crêterios de Inclusão

Serão incluídos todos os estudos que identifiquem os fatores que contribuam para a garantia da continuidade de cuidados tendo em conta as três dimensões da continuidade de cuidados apresentadas (relacional, informativa e de gestão) no transporte da pessoa em situa o crítica, nos três diferentes contextos, pré-hospitalar, intra e inter-hospitalar. Serão incluídos estudos publicados nos idiomas português e inglês, publicados nos últimos 10 anos (de 2011 a 2021 inclusive). Serão considerados na popula o adultos, com idade igual ou superior a 18 anos, de acordo com o conceito de adulto definido pela legisla o portuguesa.

Crêterios de Exclusão

Serão excluídos artigos na área da pediatria e neonatologia, assim como estudos acerca do transporte que não abordem nenhuma das três dimensões da continuidade de cuidados, sendo igualmente excluídos aqueles que não forneçam indica es ou relatem a utiliza o de instrumentos ou ferramentas de avalia o e prepara o do transporte. Ir  igualmente ser excluída a literatura cinzenta e estudos com baixa evidência, como os artigos de opinião.

Referências Bibliográficas

Emergency Nurses Association (2019). Interfacility Transfer of Emergency Care Patients. Position Statement Committee Members. https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practiceresources/positionstatements/facilitatingtheinterfacilitytransfer.pdf?sfvrsn=d3d9c8f4_14

Instituto Nacional de Emergência Médica - INEM. (2012). *Transporte do Doente Crítico*.

Kulshrestha, A., Singh, J. (2016). Inter-hospital and intra-hospital patient transfer: Recent concepts. *Indian Journal of Anaesthesia*.60(7)451-7. <http://doi.org/10.4103/0019-5049.186012>

Lizarondo L, Stern C, Carrier J, Godfrey C, Rieger K, Salmond S, Apostolo J, Kirkpatrick P, Loveday H. (2020) Chapter 8: Mixed methods systematic reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/Chapter+8%3A+Mixed+methods+systematic+reviews>

Ordem dos Médicos (OM) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI). (2008). *Transporte de Doentes Críticos - Recomendações*. CELOM. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>

Powell, M., Brown, D., Davis, C., Walsham, J., Calleja, P., Nielsen, S., Mitchell, M. (2020). Handover practices of nurses transferring trauma patients from intensive care units to the ward: A multimethod observational study. *Australian College of Critical Care Nurses*. <http://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.03.004>

Apêndice II - Cronograma do 3º Semestre

Apêndice II - Cronograma do 3º Semestre

 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica																	
Cronograma 3º Semestre																	
Anos	2020						2021										
	Novembro		Dezembro		Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio				
Meses	23	24	4	5	6	21	1	31	1	2	15	17	26	29	5	3	7
Dias																	
Períodos de Estágio	Estágio Serviço de Urgência do Hospital de Cascais Estágio Unidade de Cuidados Intensivos																
Actividades a desenvolver	Início Estágio Serviço de Urgência do Hospital de Cascais		Elaboração Jornal de Aprendizagem		Curso "Abordagem, transporte e segurança do doente crítico"		Elaboração Jornal de Aprendizagem		Início Estágio Unidade de Cuidados Intensivos		Elaboração Jornal de Aprendizagem e de um Estudo de Caso		Entrega do Relatório Final				
Períodos de Férias							Natal		Carnaval		Páscoa						

Carla Sofia AlvesVaz

Apêndice III - Objetivos específicos para o estágio de serviço de urgência

Apêndice III - Objetivos específicos para o estágio de Serviço de Urgência (SU)

Objetivo geral: Desenvolver competências especializadas na promoção da continuidade de cuidados de enfermagem no transporte da PSC e sua família.

Objetivo específico	Atividades
Aprofundar conhecimentos de enfermagem especializados na área do transporte da PSC e sua família.	Realizar uma Revisão da literatura, com o título: A continuidade de cuidados no transporte da PSC: um protocolo de revisão sistemática de métodos mistos; Realizar contacto com peritos na área do SU no transporte da PSC; Realizar o curso: “Abordagem, transporte e segurança do doente crítico” da <i>Ocean Medical</i> , no dia 05/12/2020; Atualizar conhecimentos teórico e práticos através de pesquisa científica, relativos ao transporte da PSC e sua família. Consultar das normas existentes no contexto sobre o transporte da PSC e sua família.
Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e sua família, no contexto de SU e no transporte pré-hospitalar, intra-hospitalar e inter-hospitalar.	Realizar uma descrição do SU, de modo a demonstrar conhecimento sobre a estrutura e dinâmica do serviço; Consultar protocolos internos do SU, relacionados com a prestação de cuidados, no transporte da PSC, controlo de infeção e situações de catástrofe, através da sua análise; Maximizar a intervenção no controlo de infeção através do cumprimento de protocolos e circuitos; Prestar de cuidados à PSC e sua família na situação de doença crítica e/ou falência multiorgânica, assegurando a continuidade de cuidados, através de uma observação praticante: Garantir e gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos; Gerir a comunicação interpessoal através da relação terapêutica; Maximizar a intervenção na prevenção, controlo de infeção perante a PSC; Gerir o conforto e o bem-estar da PSC.
Promover a continuidade de cuidados de enfermagem no transporte da PSC, no SU.	Consultar e identificar os protocolos do transporte da PSC, no SU; Prestar cuidados à PSC e sua família no decorrer do processo de transporte, atendendo as suas diferentes fases; Assegurar a continuidade de cuidados no transporte da PSC e sua família, através da identificação das diferentes dimensões: Informativa; Gestão;

	<p>Relacional.</p> <p>Gerir a prática de cuidados à PSC e sua família de acordo com os princípios éticos e deontológicos da profissão.</p>
<p>Refletir criticamente sobre a continuidade de cuidados na promoção da segurança da PSC e sua família.</p>	<p>Refletir sobre a prática profissional da equipa multidisciplinar no transporte da PSC e a sua família;</p> <p>Realizar um documento reflexivo relacionado com a prestação de cuidados no transporte da PSC, sobre as diferentes fases do planeamento do transporte, no SU.</p> <p>Gerir a comunicação interpessoal, promovendo a relação terapêutica com a PSC e sua família, face à situação de complexidade do seu estado de saúde, através de uma reflexão escrita, sobre a relação pessoa/enfermeiro com base nos pressupostos da teoria <i>Nursing as Caring</i>.</p>

Apêndice IV - Objetivos específicos para o estágio na Unidade de Cuidados Intensivos

Apêndice IV - Objetivos específicos para o estágio na Unidade de Cuidados Intensivos

Objetivo geral: Desenvolver competências especializadas na promoção da continuidade de cuidados de enfermagem no transporte da PSC e sua família.

Objetivo específico	Atividades
Aprofundar conhecimentos de enfermagem especializados na área do transporte da PSC e sua família	Desenvolver o relatório de estágio com base na Revisão da literatura: A continuidade de cuidados no transporte da PSC: um protocolo de revisão sistemática de métodos mistos; Realizar contacto com peritos na área da prestação de cuidados na UCI e no transporte da PSC; Atualizar conhecimentos relativos à prestação de cuidados à PSC e sua família em contexto de UCI e no transporte.
Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e sua família, no contexto de UCI e no intra-hospitalar e inter-hospitalar.	Realizar uma descrição da UCI, de modo a demonstrar conhecimento sobre a estrutura e dinâmica do serviço; Consultar e identificar protocolos internos da UCI, relacionados com a prestação de cuidados, no transporte da PSC, no controlo de infeção e situações de catástrofe; Prestar de cuidados à PSC e sua família na situação de doença crítica e/ou falência multiorgânica, assegurando a continuidade de cuidados, através de uma observação praticante; Garantir e gerir a administração de protocolos terapêutica; Gerir a comunicação interpessoal através de da relação terapêutica; Maximizar a intervenção na prevenção, controlo de infeção perante a PSC; Gerir o conforto e o bem-estar da PSC.
Promover a continuidade de cuidados de enfermagem no transporte da PSC, na UCI.	Consultar e identificar os protocolos do transporte da PSC, na UCI; Prestar cuidados à PSC e sua família no decorrer do processo de transporte, atendendo as suas diferentes fases; Assegurar a continuidade de cuidados no transporte da PSC e sua família, através da identificação das diferentes dimensões: Informativa; Gestão; Relacional. Gerir a prática de cuidados à PSC e sua família de acordo com os princípios éticos e deontológicos da profissão.

Refletir criticamente sobre a continuidade de cuidados na promoção da segurança da PSC e sua família.

Refletir sobre a prática profissional da equipa multidisciplinar no transporte da PSC e a sua família;
Realizar uma análise de uma situação de cuidados, através de um estudo de caso;
Realizar um documento reflexivo relacionado com a prestação de cuidados no transporte da PSC, sobre as diferentes fases do planeamento do transporte, na UCI;