



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Relatório Final

**Técnicas de imobilização executadas no pré-hospitalar no trauma pediátrico
– protocolo de Revisão Scoping**

Sónia Maria de Matos Figueira

**Estágio com Relatório Final em contexto de Urgência
e em contexto de Cuidados Intensivos**

7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

agosto de 2021



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Relatório Final

**Técnicas de imobilização executadas no pré-hospitalar no trauma
pediátrico – protocolo de Revisão Scoping**

Sónia Maria de Matos Figueira

**Estágio com Relatório Final em contexto de Urgência e em contexto de
Cuidados intensivos**

7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação do
Professor Doutor António Madureira Dias
e do Professor Mestre Mauro Mota

agosto de 2021

PENSAMENTO

'Aceitar a mudança é tão importante como defender o passado!'

By Série Downton Abbey, 2015

'Do profissional de saúde do pré-hospitalar, que aborda a vítima pediátrica de trauma, espera-se que sustente a sua 'tomada de decisão' num equilíbrio entre: princípio e prioridade, sendo que por princípio entende-se os cuidados necessários para alcançar a melhoria ou sobrevivência da vítima, e por prioridade entende-se a sequência como o princípio é alcançado, dentro do intervalo de tempo que o profissional de saúde do pré-hospitalar dispõe para o conseguir'.

By Sónia Figueira 2021

RESUMO

Introdução: A frequência de um estágio constitui-se um espaço privilegiada de oportunidades, colocando em diálogo dois espaços formativos na mediação entre a teoria e a experiência/prática, com impacto na construção do conhecimento profissional e investigacional em enfermagem.

Objetivo: O presente relatório tem como objetivo documentar o processo crítico-reflexivo de desenvolvimento das competências especializadas adquiridas ao longo dos estágios em urgência e em cuidados intensivos, com especial foco nas competências investigativas que culminam na conclusão do curso de mestrado e pós-licenciatura de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica.

Métodos: Ao nível académico em que se inseriu o presente Relatório, mais do que se limitar ao desenvolvimento de competências especializadas nos domínios do saber-saber, saber-fazer e saber-ser/estar, impulsiona para o reaprender, desaprendendo os vícios e substituindo-os por aprendizagens mais complexas e abrangentes da prática especializada de enfermagem. Sedimentado com o aperfeiçoamento das competências investigativas também adquiridas ao longo deste período.

Resultados: Procurando articular: o interesse pessoal pela pediatria, o contexto profissional atual pré-hospitalar; a vertente académica da enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica, desenvolvi o *Protocolo da Revisão sistemática da literatura Scoping* que permitiu documentar detalhadamente o desenho metodológico da Revisão Scoping que visará, como objetivo último, identificar e mapear as técnicas de imobilização administradas às vítimas pediátricas de trauma no pré-hospitalar. O que permitirá dar resposta às questões de investigação formuladas: Quais as técnicas de imobilização utilizadas nas situações de trauma pediátrico no pré-hospitalar? Quais as especificidades clínicas presentes na seleção das técnicas de imobilização? Quais os profissionais que aplicam as técnicas de imobilização? O estudo final terá interesse científico, destinando-se a informar especialistas e interessados sobre o estado da ciência existente, a respeito da área em análise, inclusive de dados que eventualmente ainda não tenham sido divulgados de forma mais generalizada à comunidade científica. De momento avançar-se-á para a publicação, que se espera, bem-sucedida deste protocolo, seguida da subsequente Revisão Scoping final.

Conclusão: Da análise reflexiva deste documento considera-se demonstrada a aquisição das competências de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-cirúrgica, Competências do Enfermeiro Especialista, Doente Crítico, Serviços Médicos de Emergência, Assistência Pré-Hospitalar, Ferimentos e Lesões, Criança, Imobilização

ABSTRACT

Introduction: Attending an internship is a privileged space of opportunities, bringing into dialogue two training spaces in the mediation between theory and experience/practice, with an impact on the construction of professional and research knowledge in nursing.

Objective: This report aims to document the critical-reflective process of development of specialized skills acquired during internships in emergency and intensive care, with a special focus on investigative skills that culminate in the completion of the master's and post-graduate course in specialization in medical-surgical nursing, in the perspective of the person in critical condition.

Methods: At the academic level where this Report is inserted, but limited to the development of specialized skills in the domains of knowing, knowing and knowing how to be, promoting relearning, unlearning additions and replacing them through a more complete and comprehensive learning of specialized practice in diseases. Sedimented with the improvement of investigative skills also acquired during this period.

Results: Trying to articulate: the personal interest in pediatrics, the current prehospital professional context; the academic aspect of medical-surgical nursing, in the perspective of the person in a critical condition, I developed the Scoping Systematic Literature Review Protocol that allowed documenting in detail the methodological design of the Scoping Review, which will have as its ultimate objective, to identify and map the immobilization techniques administered to pediatric trauma victims in the prehospital setting. This will allow us to answer the research questions posed: What are the immobilization techniques to use in pediatric trauma situations in the prehospital setting? What are the clinical specifics present in the selection of immobilization techniques? Which are professionals apply immobilization techniques? The final study will be of scientific interest, in order to inform which is carried out in relation to the area under analysis, including data that may not have been disseminated in a way more generalized to the community. Now progress will be made on the successful and expected publication of this protocol, followed by the subsequent final Scope Review.

Conclusion: the reflective analysis of this document demonstrates the acquisition of the skills of a specialist nurse in medical-surgical nursing in the area of the person in critical condition.

Keywords: Medical-surgical Nursing; Specialist Nurse Skills; Critical Patient; Emergency Medical Services, Prehospital Care, Wounds and Injuries, Child, Immobilization

PREFÁCIO

As minhas primeiras palavras não podiam deixar de ser para os *meus*, o meu sentido agradecimento pelo incentivo permanente e compreensão durante este período académico e, sobretudo, pela tolerância nas inúmeras e repetitivas ausências, a que tantas vezes os submeti, sem esquecer os meus Colegas de Equipa da Ambulância de Suporte Imediato de Vida de Avelar, do Instituto Nacional de Emergência Médica

Ao Professor Doutor António Madureira Dias e ao Professor Doutor Mauro Mota a minha sincera gratidão pela partilha de saberes, incentivo, orientação e disponibilidade durante todo o percurso de estágios e trabalho investigativo.

Aos elementos das diversas equipas hospitalares com as quais tive oportunidade de aprender e crescer enquanto enfermeira especialista, em construção, em especial aos meus tutores, Enfermeiros Especialistas J.T.G., L.M. e S.L.

Obrigada a todos!

As linhas que se seguem a vós as devo!

SUMÁRIO

	Pág.
Pensamento	III
Resumo	V
Abstract	VII
Prefácio	IX
Sumário	XI
Lista de Tabelas	XIII
Lista de Figuras	XIII
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrônimos	XV
Introdução.....	17
PARTE I – ESTÁGIO DE URGÊNCIA.....	21
1. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ADQUIRIDAS, EVIDÊNCIAS DAS ATIVIDADES REALIZADAS E AVALIAÇÃO POR COMPETÊNCIAS	22
1.1. Análise Reflexiva: Ser Líder... Que Competências...?	30
1.2. Estudo de Caso	41
PARTE II – ESTÁGIO DE CUIDADOS INTENSIVOS	55
2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ADQUIRIDAS, EVIDÊNCIAS DAS ATIVIDADES REALIZADAS E AVALIAÇÃO POR COMPETÊNCIAS	55
2.1. Linguagem classificada aplicada ao utente infetado com SARS-Cov-2 (ou com suspeita) admitido na UCIC	79
PARTE III – INVESTIGAÇÃO.....	83
3. ARTIGO CIENTÍFICO.....	85
4. Conclusão	103
Referências Bibliográficas	107

Apêndices	117
Apêndice I - Panfleto de Acolhimento	119
Apêndice II - Formulário de Satisfação de Utentes internado na UCIC e seus familiares... ..	123
Anexos	127
Anexo I - Registo no Open Science Framework.....	129
Anexo II - Parecer de Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu	131
Anexo III - Comprovativo de Submissão do Artigo à Revista Millenium	133
Índice Temático.....	135

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1 - Estratégia de pesquisa	7
Tabela 2 - Formulário de registo de dados	10

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1 - Triagem de Manchester	24
Figura 2 - Capacidades que um líder deve deter	32
Figura 3 - Traçado eletromagnético inicial.	43
Figura 4 - Traçado eletromagnético no momento da cardioversão elétrica	44
Figura 5 - Traçado eletromagnético após a cardioversão elétrica	44
Figura 6 - Cartaz relativo à ‘Evacuação Hospitalar: em reflexão...’	50
Figura 1 - Diagrama do fluxo PRISMA-ScR	9

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

ABCDE - Airway (via aérea); breathing (respiração); circulation (circulação); (disability ou (disfunção neurológica); exposure (exposição)

AMD - António Madureira Dias

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CDI - cardiodesfibriladores implantáveis

CHBV - Centro Hospitalar Baixo Vouga

CHTV - Centro Hospitalar Tondela-Viseu

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral da Saúde

DR - Diário da República

Dx - Dextrose

ECG - Eletrocardiograma

ed. - Edição

ESSV - Escola Superior de Saúde de Viseu

ev - Endovenosa

FA - Fibrilação auricular

FC - Frequência cardíaca

FEMA - Federal Emergency Management Agency

FR - Frequência respiratória

gts/min - Gotas por minuto

h - Hora

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

id - Uma vez ao dia

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

IPV - Instituto Politécnico de Viseu

ISBAR – Identificação; Situação; Antecedentes; Avaliação; Recomendações

MI's - membros inferiores

ml - Mililitros

mmHg - milímetros de mercúrio

MS's - membros superiores

NAS - Nursing Activities Score

NSR - Numeric Rating Scale

°C - Celsius

OE - Ordem dos Enfermeiros

PBCI - Precauções Básicas do Controlo da Infecção

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-analyses*

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

seg- segundos

SF - Soro fisiológico

SIADAP - Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SpO₂ - Saturação parcial de oxigénio

SU - Serviço de Urgência

TA- Tensão arterial

TPC - Tempo de preenchimento capilar

UC - Unidade Curricular

UCIC - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

Introdução

No âmbito da «7.^a Edição – Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica» e «8.^a Edição – Curso de Pós-Licenciatura de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica», na Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), na Unidade Curricular (UC) de *Estágio em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados intensivos*, foi-me solicitada a elaboração do presente *Relatório Final*.

O curso de especialização é uma etapa determinante na transição do enfermeiro generalista para o enfermeiro especialista, nutrindo-o de profissionalismo reflexivo, capaz de mobilizar a informação científica, técnica e relacional “(...) baseada nas mais recentes evidências, orientada para resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19360). Segundo a OE a “área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem como alvo a pessoa em situação crítica. Entende-se que a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são 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.º 429/2018, Diário da República [DR], p.19362). Procurarei, então, atingir, à luz das *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*, o “Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos (com foco nas perturbações emocionais decorrentes) de doença crítica e/ou falência orgânica, no que se refere aos aspetos: demonstrar conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência” (Regulamento n.º 429/2018, DR, p.19363).

O presente relatório tem como objetivo documentar (dando visibilidade) à súmula das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-

cirúrgica, no cuidado especializado à pessoa em situação crítica, adquiridas ao longo deste percurso académico (incluindo os estágios e a etapa investigativa). Tal objetivo será alcançado com base numa reflexão avaliativa, crítica e fundamentada das atividades realizadas que o evidenciam, em consonância com o que está preconizado no respetivo regulamento emanado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), com vista à excelência do cuidar de enfermagem. Por último, terá a finalidade de ser instrumento avaliativo.

Na estruturação deste Plano de Estudos de Especialização e Mestrado de especialização em enfermagem médico-cirúrgica em Enfermagem na vertente da pessoa em situação crítica, os estágios foram a experimentação da componente teórica e visaram a concretização de conhecimentos e de competências científicas, técnicas, investigativas e relacionais adequadas à prestação de cuidados especializados (Cunha, Macedo & Vieira, 2017). Este relatório reporta um importante percurso de aprendizagem desenvolvido ao longo de todo o curso com um particular enfoque na prática clínica desenvolvida nos dois estágios. Estes integram a componente da prática clínica curricular prevista no curso e decorreram no Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV) e no Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV), um na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) e outro no Serviço de Urgência, em regime de prática tutelada com a supervisão clínica de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e com orientação pedagógica do Professor Doutor António Madureira Dias (AMD). Ambos permitiram desenvolver e/ou consolidar aptidões na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, integrada na equipa multiprofissional de saúde destes serviços. O regime de tutoria pelos enfermeiros especialistas na área em foco, garantiu favoravelmente o seu decorrer. (Hussein, Everett, Ramjan, & Salamonson, 2017).

Este relatório documenta um momento de especial reflexão sobre as experiências vivenciadas, integrativa dos contributos teóricos adquiridos na componente teórica do curso procurando contribuir para a sólida construção profissional pelo desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira especialista, à pessoa em situação crítica. Como nos afirma Vieira, Souto, Souza, Lima, Ohara e Domenico (2016), desenvolver competências - saber e fazer com qualidade - exige interagir com o contexto real. Para além da referida análise reflexiva acerca dos conhecimentos e competências adquiridas, apresentará uma componente de investigação, constituída por uma revisão sistemática da literatura (RSL) Scoping, procurando articular o interesse pessoal pela pediatria, o contexto profissional atual pré-hospitalar; a vertente académica da enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa em

situação crítica. Assim, desenvolvi o *Protocolo da Revisão sistemática da literatura Scoping* que visará, como objetivo identificar e mapear as técnicas de imobilização administradas às vítimas pediátricas de trauma no pré-hospitalar. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2020) estima que 5,2 milhões de crianças, com menos de 5 anos, morreram em 2019, maioritariamente de causas evitáveis e tratáveis. As crianças e os adolescentes, pela sua imaturidade, curiosidade, crescimento e desenvolvimento, encontram-se especialmente propensos a causas externas de trauma. Também em Portugal estes dados encontram eco. Dados da APSI (2017) enfatizavam que os traumatismos e as lesões por causas externas são a principal causa de mortalidade entre os 0 e os 19 anos. Analisar tais situações tem despertado mundialmente a realização de estudos desses eventos na população infanto-juvenil, com o intuito de orientar a tomada de decisão dos profissionais de saúde do pré-hospitalar para a prestação de cuidados de emergência de qualidade. Estes cuidados carecem, entre outros, de utilização diferenciada dos equipamentos e técnicas de imobilização, que melhor se adequam a cada situação (Nolte, Liao, Kuch, Grützner, Münzberg, & Kreinest, 2020). A utilização de técnicas de imobilização na vítima de trauma é determinante quer no desfecho clínico positivo dessa, quer na redução da incidência de co-morbilidades neuro sensitivas e/ou musculares subsequentes (Fernando Camargo-Arenas, Aguilar-Mejía, & Quevedo-Florez, 2019). Neste contexto, será fundamental: identificar o conhecimento atual acerca das técnicas de imobilização adotadas na vítima pediátrica de trauma (com todas as especificidades dos grupos etários); identificar a conduta de execução das técnicas de imobilização pelos diferentes profissionais do pré-hospitalar que as executam; bem como identificar a concordância/uniformidade na priorização das técnicas de imobilização perante a vítima pediátrica de trauma.

A metodologia seguida neste trabalho tem como base as recomendações do *Guia de Orientação de Trabalhos Escritos* (ESSV, 2014), a pesquisa bibliográfica, as bases indexadas e outras fontes, com vista a sustentá-lo cientificamente. De entre estas fontes, destaco: o Regulamento n.º 140/2019, DR, alusivo às *Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, e o Regulamento n.º 429/2018, DR, alusivo às *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*; no que às referências bibliográficas diz respeito rege-se pelas orientações da American Psychological Association, sétima edição (ed.).

O Relatório encontra-se estruturado em 3 grandes partes: *Parte I – Estágio de Urgência*, *Parte II – Estágio De Cuidados Intensivos* e *Parte III – Investigação*. Ele inicia

com a *Introdução* (enquadramento dos estágios e sua relação com as competências especializadas desenvolvidas); e finaliza com a *Conclusão* (apreciação global dos estágios e do modo como estes proporcionaram a aquisição/desenvolvimento de conhecimentos e habilidades complexas necessárias à tomada de decisão na prestação de cuidados de enfermagem especializados). Na Parte I e II serão descritas e avaliadas as competências específicas adquiridas em cada um dos contextos, e evidenciadas as correspondentes atividades realizadas. Relativamente à Parte III, consta aí o Artigo Científico decorrente do trabalho de investigação previsto neste nível académico, que apresentará uma formatação e bibliografia própria, com vista a ir ao encontro das normas de publicação da Revista Científica, de revisão por pares, ao qual foi submetido. Acrescem, às Partes descritas, as Referências Bibliográficas, Apêndices (cuja leitura suplementa a compreensão do presente trabalho) e Anexos (cuja leitura complementa o presente trabalho).

PARTE I – ESTÁGIO DE URGÊNCIA

A escolha do CHBV para realização do *Estágio em Urgência* teve por base ser um dos hospitais da área de influência dos meios de emergência extra-hospitalar onde desenvolvo a minha atividade profissional, por forma a possibilitar o acompanhamento na continuidade de cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica, que procuro efetuar. Neste nível de ensino, é expectável que o Enfermeiro em processo de especialização tome uma postura pró-ativa do desenvolvimento das suas aprendizagem, pelo que todas as escolhas e opções (inclusive do local) devem ser racionais, com vista à maximização do seu potencial. Em contexto de estágio e também enquanto profissional considero que foi imprescindível conhecer a orgânica e a dinâmica do serviço onde exerci a prestação e cuidados. Só dessa forma foi possível retirar o seu maior potencial de aprendizagem e, ao mesmo tempo incorporar os valores instituídos, de forma a nos envolvermos de forma comprometida com a sua consecução. Este conhecimento foi determinante na definição dos objetivos de estágio a que me propus alcançar (a quando da elaboração do *Projeto de estágio*), num equilíbrio entre as minhas expectativas pessoais, as competências do enfermeiro especialista definidas pela OE como sendo expectáveis e reais e as condições humanas e recursos existentes do serviço.

Enquanto elemento colaborador do CHBV regi-me pelos seguintes ”Valores e Princípios: Responsabilidade e Transparência; Ética Profissional, a qual sustenta a confiança interna recíproca e a responsabilidade pública; Respeito pela dignidade humana, pela diversidade cultural e pelos Direitos dos Utentes/Doentes; Cultura do Conhecimento e da Excelência Técnico-Profissional; Colocação do Doente no centro de todos os processos e decisões; Melhoria Contínua da Qualidade em um ambiente seguro e amigável; Promoção do Mérito, do Rigor e da Avaliação Sistemática; Atividade orientada para Resultados; Cultura Interna de: Multidisciplinaridade, Trabalho em Equipa e Multiprofissional; Satisfação dos Profissionais e Colaboradores; Satisfação e Confiança de Tofos os seus Utentes/Doentes; Respeito pelo Ambiente” (SNS, 2021a, p.1). E, igualmente, tive em consideração os seis valores fundamentais, a prosseguir por qualquer Serviço Público e que são: centralização no doente, respeito, confiança, espírito/trabalho de equipa, inovação, qualidade e segurança (simultaneamente, os valores mais frequentemente proclamados pelos países pertencentes à

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico) (SNS, 2021a, 2021b, 2021c). A estes valores acrescem os deveres enunciados no *Estatuto Disciplinar dos Trabalhadores que Exercem Funções Públicas* (Lei, N°58/2008 de setembro) e as regras e os princípios da *Carta Deontológica do Serviço Público* (Resolução do Conselho de Ministro, N° 18/93).

1. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ADQUIRIDAS, EVIDÊNCIAS DAS ATIVIDADES REALIZADAS E AVALIAÇÃO POR COMPETÊNCIAS

No presente capítulo é possível ler-se uma análise crítica (procurando dar visibilidade ao raciocínio por detrás da tomada de decisão de enfermagem) e reflexiva (suportada pela fundamentação científica) das atividades realizadas ao longo de estágio com relevância para o processo de aprendizagem da autora, tendo por base as *competências comuns* e as *competências específicas* do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área de *cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica comuns* que eram previstas alcançar. Nessa sequência, vou agora documentar aquelas que sejam reveladoras dessa operacionalização e consecução com sucesso indiscutível para a minha aprendizagem e construção profissional especializada.

Prestar cuidado especializados implica um estreito envolvimento com a missão da Instituição em causa, neste caso: “prestar, em tempo útil e com um elevado nível de qualidade, efetividade, eficiência e custos socialmente comportáveis, cuidados de saúde diferenciados, articulando-se com outros serviços de saúde e sociais da comunidade que serve, bem como com a rede de cuidados de saúde primários e com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, apostando na motivação e satisfação dos seus profissionais e colaboradores” (Serviço Nacional de Saúde, 2021a, p.1); bem como com a visão “pretende posicionar-se como uma instituição de referência no Serviço Nacional de Saúde (SNS), como o melhor prestador de cuidados da Região de Aveiro e o melhor local para trabalhar no setor da saúde” (SNS, 2021b, p.1).

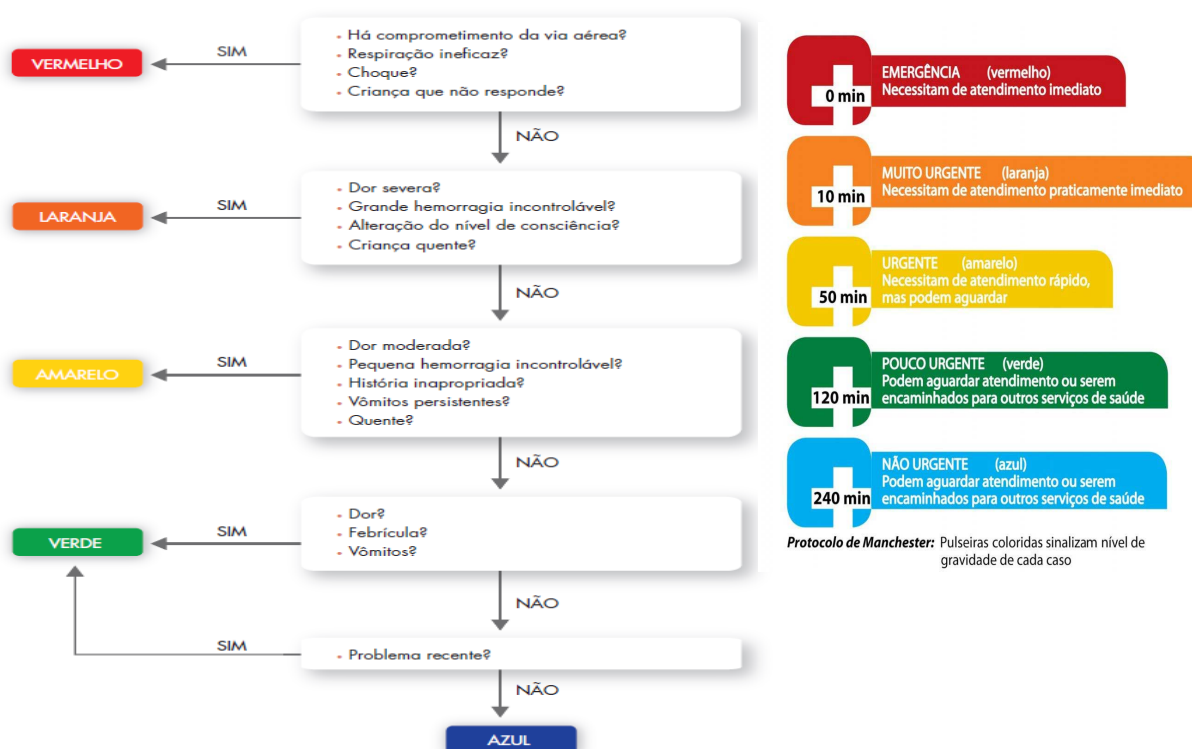
Segundo a informação constante no documento *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências* (RT 11/2015) emanado pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP o SU tem por objetivo a “recepção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar” (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015, p.1; SNS, 2021c). A Comissão de

Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/ Urgência clarifica, ainda, entende-se por urgência “um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa); (...) um processo para qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo; a situação é crítica se não for rapidamente reversível, isto é, sempre que se prolonga no tempo, e necessitar de metodologias de suporte avançado de vida e de órgão” (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015, p.1).

Trata-se de um SU com valência Médico-Cirúrgica, tendo ao dispor da população local um conjunto diferenciado de especialidades médicas que permitem uma elevada resolução definitiva de diversos problemas de saúde, com capacidade para a receção, recuperação e estabilização de doentes críticos com subsequente internamento em unidade de agudos com maior ou menor diferenciação, bem como identificação de situações clínicas particulares que careçam de transferência para outras unidades hospitalares. Num clima acolhedor, recetivo e profissional, o SU acolhe diariamente os utentes que aí recorrem, procurando proporcionar um cuidado individualizado e fundamentado numa política interna de transparência e rigor científico. O SU do CHBV, através da sua equipa multiprofissional, propõe-se a responder, adequadamente e em tempo útil correspondente, à gravidade das situações clínicas, cumprindo a missão de efetuar o diagnóstico rápido de condições agudas que comprometam a vida dos utentes, aplicando medidas céleres de reanimação e suporte de funções vitais entre outras terapêuticas emergentes (SNS, 2016; 2021a; 2021c).

Todo o utente que recorre a este SU, após inscrição nos Serviços Administrativos de Admissão do Utente, será submetido ao sistema de Triagem de Manchester (Figura 1). Este ato é realizado por um Enfermeiro que possui formação específica em Triagem de Manchester e que, também, eu tive oportunidade de colocar em prática. É um sistema de classificação por prioridades de acordo com a gravidade de sinais e sintomas do indivíduo aí admitido. Através de determinados sinais e sintomas que o utente apresenta no momento da triagem, é atribuída uma cor que corresponde a um grau de prioridade no atendimento médico. Esta cor determina um tempo de espera recomendado até à primeira observação médica. Este sistema respeita um conjunto de protocolos, estipulados internacionalmente e acreditados pelas entidades do Ministério da Saúde, identificando assim os utentes mais graves e promovendo a estes, um rápido atendimento (SNS, 2016; 2021a).

Figura 1- Triage de Manchester



Fonte: <https://www.jornalenfermeiro.pt/actualidade/item/348-triagem-de-manchester-direcao-geral-da-saude-atualiza-norma.html>
https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/10197/mod_resource/content/2/un03/top02p01.html

o que constitui uma estrutura organizacional facilitadora para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, permitindo uma vigilância contínua de Enfermagem pelo contacto visual, em complemento com a monitorização contínua de parâmetros vitais, através dos vários écrans de monitorização. Infelizmente é inexistente uma *Central de Monitorização Telemétrica e Vigilância*, que grave, em tempo real, todos os parâmetros que são alvo de vigilância pela equipa de enfermagem, quer para fins de documentação desses, quer para fins de consulta de eventos críticos.

A equipa de enfermagem tem ao seu dispor a plataforma informática GHAF® de apoio à prática de registos de enfermagem (bem como a equipa médica). Nessa pode consultar-se o plano terapêutico prescrito ao utente. Este tipo de ferramenta é determinante para a documentação de registos clínicos de enfermagem com o duplo objetivo: de defesa do efetuando (enquanto prova da execução dos cuidados) e do alvo desses (no que diz respeito à continuidade de cuidados de saúde). Infelizmente o mesmo, ainda, não comporta qualquer esboço de *padrão de diagnósticos de enfermagem* definido para o CHBV, com base na *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (CIPE) (OE, 2010b).

Os utentes admitidos no SU são, maioritariamente, provenientes da comunidade e, pontualmente, derivam de outras unidades hospitalares, cujos motivos de admissão dizem respeito a situações de urgência e emergência que necessitam de cuidados clínicos. Deste serviço o fluxo de saída é sobretudo a alta hospitalar para o domicílio, a comunidade. A alta hospitalar do SU não implica uma ausência de diagnóstico mas, antes, a exclusão de uma qualquer condição agudas graves. Desta faz, ainda, parte a preparação de um seguimento precoce para reconciliação e otimização terapêutica, bem como a realização de exames complementares de diagnóstico necessários, numa espectável coordenação positiva com os respetivos Médicos de Família (SNS, 2016; 2021a; 2021b). Nas situações em que não se atinge a estabilidade hemodinâmica os utentes são internados nos diferentes serviços de internamente do foro médico e cirúrgico do hospital, logo que possível. Infelizmente devido às atuais elevadas taxas de ocupação dos serviços de internamentos, nem sempre a articulação entre o SU e os restantes serviços do CHBV funciona com a celeridade desejada, fazendo com que os utentes estejam vários dias *internados* no SU.

Irei descrever, de seguida, as *competências comuns do enfermeiro especialista* por mim desenvolvidas, tendo por base o Regulamento n.º 140/2019 da OE, identificando as dificuldades sentidas e as estratégias estabelecidas para as ultrapassar mediante uma análise reflexiva e cientificamente fundamentada.

Ao nível da *integração na equipa multidisciplinar* no SU do CHBV, a sua consecução foi explanada no subcapítulo *1.1 Caracterização do Serviço de Urgência*.

Ao nível do *Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal*, considero que desenvolvi cuidados humanizados, respeitando costumes e culturas, sendo promovida a reflexão sobre algumas questões éticas, tais como a abordagem e preparação da família perante o luto, as questões do sigilo profissional na abordagem de utentes/familiares ou o direito à privacidade.

O direito à privacidade assume vários sentidos, por um lado na prestação de cuidados preservando a intimidade e a individualidade da pessoa, por outro o dever de sigilo profissional no acesso à informação pessoal fornecida à família. Tendo eu permanecido em contexto de estágio numa fase transitória de instalações, por imposição das condicionantes estruturais de espaço relacionadas com a localização da Sala de observação, felizmente que acompanhei um *upgrade* de cuidados no que se refere a defesa/gestão da privacidade e

intimidade dos utentes que aí permanecem. A existência de cortinas é fundamental para garantir a privacidade dos utentes na prestação de cuidados diretos ou procedimentos invasivos, respeitando a carta de direitos e deveres do utente internado, como nos reafirma a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010). Foi também exemplo desta minha preocupação o recurso, em simultâneo, de cortinas e da adequação do tom de voz aquando da minha prestação de cuidados ao utente, sempre que este *dividia* o espaço com mais pessoas, como acontece na totalidade das alas do SU, adotando uma conduta antecipatória, garantindo a segurança e a privacidade da pessoa e recorrendo a todas as estratégias para minimizar o impacto negativo do processo de doença na pessoa).

Relativamente à garantia de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, exerci atividades como a verificação da unidade do utente, a verificação da mala de emergência ou do carro de emergência, da conformidade e operacionalidade dos equipamentos e dos testes de segurança e manutenção possibilitando o controlo antecipado de variáveis indesejáveis, para que no momento de receção de uma pessoa em situação crítica esteja tudo plenamente funcional. E ainda, o empenho dos recursos humanos para dar resposta às situação de emergência baseando a sua prática clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimentos, e o desenvolvimento de estratégias de trabalho em equipa, para dessa forma potenciar a atuação de todos, foi um dos aspetos que destaco.

Desenvolveu uma prática profissional, ética e legal no SU do CHBV, agindo de acordo com as normas legais e princípios éticos e a deontologia profissional ao utente crítico sob supervisão do enfermeiro tutor; baseada numa tomada de decisão no âmbito ético e deontológico, recorrendo às orientações da OE sempre que surgiam dúvidas no exercício - desenvolvendo uma prática profissional considerando a legislação em vigor na área da saúde e da profissão; bem como tomei conhecimento e promovi a proteção dos utentes, aplicando os direitos e deveres dos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) consagrados, nomeadamente, na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, alterada pelo *Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril*, na *Portaria n.º 87/2015, de 23 de março*, na *Portaria 153/2017, de 4 de maio e no Despacho n.º 5344-A/2016, de 14 de abril, publicado no Diário da República n.º 76/2016, 1.º suplemento, Série II de 19 de abril* (SNS, 2021b). (não existindo especificamente uma *Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes do CHBV*).

Embora no serviço, a implementação da '*Norma n.º 001/2017, de 08/02/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*' (Direção Geral da Saúde - DGS, 2017) ainda não esteja sedimentada (todavia, segundo o tutor, a equipa de enfermagem tenha

conhecimento e formação relativamente a ela) procurei ser um exemplo dessa implementação, promovendo a segurança da informação de saúde transmitida entre profissionais de saúde (enfermeiro-enfermeiro e/ou enfermeiro-médico). A este nível, numa análise reflexiva detalhada com o enfermeiro tutor, reconhecemos que os momentos de passagem de turno no serviço são complexos, extensos e desorganizados, com inevitáveis riscos para o utente (colocando em causa a continuidade de cuidados a prestar) e para o próprio profissional de saúde (dado que a informação transmitida nem sempre correspondia à totalidade da verdade/realidade). Neste sentido, dado que já houve uma formação teórica prévia relativamente à temática (assumindo que o domínio do *saber-saber* está já conseguido), sugeri elaborar, para a equipa de enfermagem do serviço, um ‘*layout* de passagem de turno’ (uma ferramenta facilitadora do *saber-fazer*), no qual articularia cada uma das siglas do acrónimo ISBAR (*Identificação; Situação; Antecedentes; Avaliação; Recomendações*) (DGS, 2017) às especificidades da informação do foro da emergência relevantes ao SU. Não só eu, mas também o colega de estágio identificou esta como sendo uma área passível de ser alvo de melhoria, ficando o enfermeiro chefe alerta para priorizar esta área de necessidade de desenvolvimento para futuros momentos formativos. Ele preferiu apostar na minha proposta relativa à evacuação nesta fase, por a considerar prioritária, dadas as limitações físicas em que o SU está a operar neste contexto pandémico.

Considero que esta competência foi alcançada dado que respeitei os valores inerentes ao exercício da profissão, promovi sempre uma prática dos cuidados que respeitam os direitos humanos e participei no processo de tomada de decisão, com a equipa multidisciplinar, necessário nalgumas situações complexas, mas sempre tendo por base os princípios éticos fundamentais.

Relacionada à problemática da *Decisão/Ordem de Não Reanimação* com esta área, tive a oportunidade de partilhar com o Tutor algumas reflexões sobre a temática. Tive, por vários momentos, de prestar cuidados especializados ao utente cujo processo clínico constava a informação médica de *Decisão de Não Reanimação*, contudo em nenhum momento vi a Equipa de Enfermagem, o Utente ou a Família a ser envolvida em tal decisão. Infelizmente não existe um ‘Procedimento instituído’ no serviço/instituição para estas situações o que leva a inexistência de uniformização numa decisão ética tão complexa, e que claramente é centrada na decisão médica. É preponderante que os enfermeiros, em especial o enfermeiro especialista, tomam a palavra junto da equipa multiprofissional fazendo-se ouvir em decisões éticas tão complexas, como esta.

Ao nível do *Domínio da Melhoria da Qualidade*, o CHBV tem acreditado, desde agosto de 2016, dois departamentos: da Mulher e da Criança e o de Psiquiatria e Saúde Mental, com o nível de bom, pelo Programa Nacional de Acreditação em Saúde da DGS, contudo no que diz respeito ao SU, ainda não há perspectivas temporais para avançar com um processo semelhante...

Fazendo uma pesquisa nas *Unidades de Saúde Certificadas 2010-2020*, do *Modelo de Certificação do Ministério da Saúde*, não consta o CHBV. Não encontrei evidência da aplicação do Programa Nacional de Acreditação em Saúde, criado pelo Despacho n.º 69/2009, de 31 de agosto, que aprovou o modelo ACSA como modelo de acreditação para as Instituições do Serviço Nacional de Saúde, no CHBV (SNS, 2021a). Contudo o *Modelo de Certificação do Ministério da Saúde* visa reconhecer a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde e promover o seu empenho voluntário na melhoria contínua, consolidando a cultura de qualidade e segurança que se deve generalizar a todo o Serviço Nacional de Saúde. Com o reconhecimento da qualidade das estruturas organizativas e da prática clínica, a confiança dos cidadãos e dos profissionais nas respetivas instituições é fortalecida (DGD, 2020c).

A uniformização e divulgação de procedimentos, instruções e protocolos, assim como a evidência do cumprimento de políticas institucionais, são reflexo das boas práticas. Estes são instrumentos fundamentais na diminuição da ocorrência de erro, promovendo a prestação de cuidados com qualidade, revestida de uma cultura de segurança e uniformização coletiva. O SNS disponibiliza a todas as instituições um *Sistema de Notificação de Incidentes*. O *NOTIFICA* é uma plataforma destinada à gestão de incidentes ocorridos no Sistema de Saúde, na qual o cidadão ou o profissional de saúde podem reportar três tipos diferentes de incidentes relacionados com: prestação de cuidados de saúde; violência contra profissionais de saúde ocorrida no local de trabalho; utilização de dispositivos médicos corto-perfurantes. É de realçar o papel determinante que este tipo de sistema representa no estabelecimento de um ambiente de segurança para o utente (DGS, 2014). Infelizmente, quando dialoguei com os profissionais, relativamente ao seu conhecimento e utilização da mesma, a maioria dos profissionais atribuem à notificação de um incidente um caráter punitivo e por isso não o realizam. Alves, Carvalho, & Albuquerque (2019) relativamente à elevada subnotificação de incidentes por parte dos profissionais, apontavam como principais barreiras percebidas por esses: o tempo exigido para notificar, o medo das consequências da sua notificação; a falta de

feedback; a incerteza sobre o que notificar e, porque muitas vezes as notificações não levam a mudanças positivas. Se por um lado as motivações devem ser alvo de um estudo mais detalhado, também é certo que das já conhecidas barreiras é urgente que os responsáveis pela área da gestão adotem estratégias específicas que tragam melhorias ao processo de notificação. No seu entender ressalta-se a importância de trabalhar uma cultura justa (e não punitiva) diante da ocorrência dos incidentes, que embora considere o elemento responsabilização profissional, se objetive a identificação das fragilidades ou falhas no sistema e não no desempenho em si do profissional, para realmente fortalecer a segurança dos utentes atendidos nos serviços de saúde. Além disso, dos diálogos com os enfermeiros da Equipa mostra-se necessário esclarecê-los relativamente a aspetos relacionados com a notificação propriamente dita, tais como: o que, como e onde realizar notificações de incidentes; e empenhar esforços para tornar a notificação mais fácil e desburocratizada, incentivando à sua participação neste importante processo.

Tendo por base os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem emanados pela OE (2001), no contexto à pessoa em situação crítica evidencio a política de prevenção de complicações, nomeadamente úlceras de pressão, no SU mediante a implementação de estratégias facilitadoras do cuidar, como planeamento e registo da recorrente alternância de posicionamento efetuado à pessoa em situação crítica (em normal efectuam dois momentos por turno). Relativamente a este indicador de cuidados de enfermagem, seria relevante acrescentar às medidas já implementadas a utilização de um instrumento de avaliação de risco – *Escala de Braden* (e em cumprimento das recomendações da DGS (2011) de forma sistematizada e protocolada entre a equipa de enfermagem.

No CHBV a política de *Gestão da Qualidade e Segurança do Utente* implementada permite estabelecer as diretrizes que levam à aquisição da melhoria contínua da qualidade, da segurança e do bem-estar dos utentes, familiares e dos profissionais do hospital (SNS, 2021a). De entre esta política destacamos as auditorias internas que a enfermeiros chefe promove, em articulação com elementos designados, no seio da própria equipa de enfermagem que efetuam, ao nível da identificação de utentes (com pulseira contendo, no mínimo 2 elementos identificativos), por exemplo. Operacionalmente, na SU, esses elementos ao auditarem os referidos aspetos, atestam se a conduta de enfermagem aí praticada está em conformidade com o previsto nas recomendações/protocolos institucionais e, simultaneamente, com as mais atuais evidências para a práticas nacionais, europeias e mundiais.

Ao nível do *Domínio da Gestão dos Cuidados*, durante o estágio colaborei com o enfermeiro responsável de turno na gestão dos recursos materiais e humanos do serviço, otimizando as respostas de enfermagem, garantindo a segurança e qualidade das tarefas realizadas. Este elemento é designado na elaboração de horário, de entre os enfermeiros com maior antiguidade no serviço, sendo preferencialmente um enfermeiro especialista. Costa & Gaspar (2017) a esse propósito defendia que os programas curriculares de Mestrado em Enfermagem têm um impacto positivo nas capacidades de liderança e habilidades de gestão do enfermeiro e que podem ser aplicadas no local de trabalho. Ao nível dos recursos materiais o mesmo desenvolve atividades na reposição do stock (por níveis e com verificação de validades), pedidos à farmácia, no acondicionamento e manutenção dos materiais e equipamentos e na mobilização de recursos humanos mediante a ocupação da Unidade. As competências de liderança do Enfermeiro Tutor foram uma forte inspiração para o estágio. O recurso ao humor na chamada de atenção dos enfermeiros, quando necessário, e a sua capacidade de unificação e mobilização de todos os elementos, identificando e potenciando as características predominantes e fortes, e simultaneamente a complementaridade em equipa das fraquezas individuais, foram das aprendizagens mais significativas que aqui experienciei e procurei incorporar na minha construção profissional enquanto enfermeiro especialista. Nesta sequência elaborei, de seguida, um subcapítulo reflexivo unicamente direcionado às competências de Liderança, em contexto da gestão de urgência e de emergência.

1.1. Análise Reflexiva: Ser Líder... Que Competências...?

No mundo atual, muito se diz e fala sobre Liderança e os seus processos. Várias escolas e filosofias tentaram, e tentam, estudar e entender esta característica tão importante em tantas áreas da atividade Humana (Frederico, 2019).

Um das questões que mais atenção tem merecido é a de saber se um líder nasce líder ou se se faz líder. E, no caso da resposta ser a de que é possível alguém fazer-se líder, então que métodos deve seguir para o conseguir ser? O foco central para responder a estas questões – que não deixam de ser pertinentes - é saber o que caracteriza um líder e de onde provém essa o exercício da liderança. Portanto, desde logo, é necessário reduzir a liderança ao cerne da sua definição. Liderança é um conjunto de competências e capacidades potenciadoras do sucesso organizativo aplicadas a uma operação ou organização. Nesta definição geral e abstrata tem-se, então, duas premissas-chave: as competências e a sua aplicação prática (Rhodes & Paul 't Hart, 2014; Northouse, 2016; Maxwell, 2019).

Um líder é, então, alguém dotado de um determinado conjunto de competências e que tem não só a capacidade, mas também a oportunidade, de as pôr em ação num determinado contexto. Ao conjunto das competências que tornam possível a existência do líder, exige-se a aplicação prática dessas competências para que se possa verificar o exercício da liderança. Pode, pois, afirmar-se que haverá pessoas que nunca poderão ser líderes porque não tem as competências necessárias para o ser, e outras que nunca o serão por não terem a oportunidade de pôr essas competências em prática ou ação. Assim, um líder não nasce líder, antes, partindo de uma base de competências detidas, desenvolvidas e aperfeiçoadas, conquista e vê-lhe atribuída a possibilidade de as colocar em ação, assumindo aí, e só aí, a liderança (Burnison & Ken Blanchard; 2016).

Desta forma, a mecânica da Liderança poderia ser reduzida, simplificada, a três momentos: a deteção de indivíduos com determinadas características e competências; a potenciação dessas características e competências; e, por fim, a atribuição de cargos de Comando, Chefia e Administração. Por esta razão se afirma, corretamente, que a principal função de qualquer líder, desde o primeiro momento em que assume a liderança, é descobrir, identificar, potenciar, desenvolver e expor os seus sucessores (Rhodes & Paul 't Hart, 2014; Northouse, 2016; Maxwell, 2019).

Seguindo a linha de raciocínio anterior levanto as seguintes questões, para nortearem a minha pesquisa reflexiva... Que características e competências têm de ser identificadas num líder em potência? O que esperar de um líder? E, em específico, o que esperar de um líder na área da gestão de urgência e emergência?

A literatura identifica cinco características /competências que um líder deve deter, independentemente da área onde essa liderança seja exercida - e por isso também implicadas na área da gestão de emergência (Figura 2):

Figura 2 - Capacidades que um líder deve deter



Fonte 3 – Elaborado pelo autor.

Não há liderança sem a capacidade de Comunicação, sem a capacidade de transmitir aos outros uma mensagem clara, entendível por todos, adequada a cada um, focada na operacionalidade, mas ancorada nas metas e objetivos estratégicos das operações, e mesmo das instituições (Burnison & Ken Blanchard; 2016).

Do mesmo modo, não há liderança sem Inteligência Emocional, isto é, sem a capacidade de alguém entender as emoções dos outros e a competência de se adequar, atuar e comportar de acordo com esse entendimento. Entender os outros e adequar a postura e a orientação da ação de modo a criar a convergência entre o que as pessoas esperam e que se lhes pode disponibilizar é algo de imprescindível em todas as lideranças e, mais ainda, no contexto da gestão de emergência (Rhodes & Paul 't Hart, 2014; Northouse, 2016; Maxwell, 2019).

O líder deve, também, deter a capacidade e a competência de Decisão, isto é, a capacidade de, no mais curto espaço de tempo possível, analisar os factos, determinar as linhas de ação possível, seleccionar a mais viável e aplicá-la. A capacidade e competência de decisão nada tem a ver com impulsividade, precipitação e voluntarismo; o líder tem de ter a capacidade de decidir, mas essa decisão tem de ser ponderada, consciente, racional e fundamentada. Para isso, o líder tem de ter excelentes competências de análise, de gestão de informação, de síntese, a capacidade de se manter calmo, focado e racional, mesmo em

ambientes de grande pressão e stress, de ter a capacidade de analisar holisticamente a situação e de entender todos os diferentes fatores envolvidos, as suas inter-relações, dependências e repelências (Burnison & Ken Blanchard; 2016; Maxwell, 2019).

Embora, atualmente, existam métodos e ferramentas muito válidas e eficazes de *Decision Support Systems*, como o *Military Leading Procedures*, o *Problem Solving Process* e o *Plan And Decision Making Process*, o líder tem de ter a capacidade de saber encontrar o momento crítico em que terá que passar da análise à ação, do pensamento à operacionalidade, da teoria à prática. É a eficácia (e a arte) de encontrar esse ponto preciso que define os grandes líderes.

- ***Military Leading Procedures (MLP)*** (Processos de Liderança Militar) → Conjunto de procedimentos e métodos, de gestão militar, standardizados pela OTAN/NATO que tem como objetivo dotar os líder de um conjunto de processos simples e exequíveis para liderar tropas em contexto de combate.
- ***Problem Solving Process (PSP)*** (*Processo de Resolução de Problemas*) → Conjunto de procedimentos e métodos, de gestão militar, standardizados pela OTAN/NATO que tem como objetivo, através de um processo algorítmico, fornecer aos decisores um método eficaz, assertivo e rápido de análise e resolução de problemas.
- ***Plan And Decision Making Process (PDMP)*** (Processo de Elaboração de Planos e tomada de Decisões) → Definição de um curso de ação, como o melhor para se completar, com sucesso, uma missão.

Outra característica/competência essencial do líder é a Partilha de Valores: o líder tem de partilhar os valores, as metas e os objetivos da missão e operação em que está envolvido, de modo a transmitir, inspirar e motivar aqueles que estão sob a sua liderança a segui-lo na persecução desses mesmos valores e objetivos. Como o dia o senso comum, a experiência e mesmo a ciência, ‘ninguém pode dar aquilo que não tem’. Assim, só é possível efetivamente liderar quando há uma partilha intrínseca e profunda por parte do líder do que se pretende alcançar, o que é necessário fazer para isso, e como o fazer (Burnison & Ken Blanchard; 2016; Maxwell, 2019).

Por último, e como é óbvio, não há liderança sem o líder ter o Conhecimento profundo do que está a liderar. Esse conhecimento implica a consciência aprofundada e a detenção de princípios sólidos da área, da ciência e dos fundamentos técnicos e operacionais do que se

está a realizar e a implementar. No entanto, não se exige ao líder, nem se poderia exigir, por ser humanamente impossível, que seja um especialista em todas as áreas, valências e funções colocadas sob a sua liderança. Exige-se, sim, que saiba o necessário para coordenar, conciliar, operacionalizar, agilizar e dirigir as operações de todos os envolvidos. Desta forma, o líder, antes de assumir, em pleno, a liderança, tem de percorrer um longo caminho, um *cursus honorum*, um longo percurso em que o estudo, a investigação e a formação devem ser complementadas pela experiência, a prática e a execução. Reforça-se, assim, a necessidade dos líderes atuais identificarem, logo que possível, os líderes futuros, de modo a que se torne possível essa atempada e, necessariamente, lenta aprendizagem e evolução até se atingir a capacidade plena e autónoma de liderança. Mais ainda, o reconhecimento por parte dos liderados do Conhecimento detido pelo líder é a primeira condição para a sua real aceitação do papel exercido por aquele (Burnison & Ken Blanchard; 2016; Maxwell, 2019).

Para além destas 5 competências intrínsecas (*Hard Skills*), pode enumerar-se um quase infindável conjunto de competências extrínsecas (*Soft Skills*), que são muito úteis (e quase imprescindíveis) para uma efetiva liderança em contexto de gestão de emergência. Meramente a título exemplificativo, eis algumas delas:

- Ética;
- Capacidade de Empatia;
- Agilidade Mental;
- Capacidade de julgamento;
- Inovação;
- Confiança;
- Resiliência;
- Exemplo;
- Convicção.

No entanto, é necessário afirmar que, segundo a literatura, para além de todas estas características e competências, tanto *Hard Skills*, como *Soft Skills*, existe uma outra sem qual não pode existir liderança efetiva: a Humildade. O líder tem de se assumir como ‘um entre iguais’, alguém que aprende constantemente, que erra, que falha, alguém que usa a autoridade para servir e não para ser servido, e, no caso específico da gestão de emergência, alguém a quem foi confiado, temporariamente, o delicado e responsabilizante papel de orientar e guiar indivíduos em situações extremas. A liderança é sempre um dever e nunca um privilégio, é

sempre um meio e não um fim, é sempre uma função transitória e nunca um posto vitalício, é sempre um encargo e nunca uma regalia. A liderança real e efetiva exige a meritocracia, o reconhecimento do mérito para tal por parte das bases que que são ou irão ser lideradas (Rhodes & Paul 't Hart, 2014; Northouse, 2016; Maxwell, 2019).

Para isso, reiterando o que já foi referido, é necessário que os líderes em função identifiquem, promovam, incentivem e sustentem o aparecimento de novos líderes, de modo a que estes, progressivamente, vão aprendendo e, sobretudo, vão provando aos restantes membros da equipa a sua capacidade para assumir a liderança. As condições para o sucesso de qualquer missão/operação, assim como de qualquer organização e instituição, são: objetividade, discernimento, imparcialidade, honestidade e humildade de todos os envolvidos no processo, pois, sem isso, nada se alcançará (Burnison & Ken Blanchard; 2016; Maxwell, 2019).

O poder exercido pelo líder no exercício da liderança é um ato de servir; e , no caso da gestão de emergência, de poder salvar e auxiliar os mais necessitados. Por isso, só pode ser exercido por aqueles que, de facto, detêm as condições totais para o exercer. Quando, no contexto de gestão de emergência, o uso do poder se torna um ato de vaidade e egocentrismo, de 'política' e de interesses, coloca em risco a vida, a saúde, o bem-estar e a propriedade das pessoas. Isso nunca pode, nem poderá, ser permitido (Maxwell, 2019).

Tive oportunidade a assessorar o meu Tutors, nas suas funções de gestão afetas à incumbência do papel de *Responsável de turno*, como foram exemplo: controlo diário de temperatura do frigorífico contendo medicação termolábil; contabilização de estupefacientes nos vários cofres do SU; stocks de medicação na farmácia satélite do SU; stock e requisição de material esterilizado; stock de empréstimos aos vários serviços do hospital; ajuste de rácios enfermeiros-utentes à lotação e tipologia dos utentes que recorrem ao SU; gerir ausência de profissionais por múltiplas razões (licenças de nojo, ausências por apoio à família, isolamentos profiláticos, consultas...); requisição semanal de material clínico e hoteleiro; requisição de resolução de anomalias/avarias de equipamentos; gestão de faltas de material clínico, etc...

Importa ressaltar a postura aberta e de reflexão que o Tutor dinamizava no seio da Equipa de Enfermagem que liderava, refletindo em grupo questões do foro organizacional ou de dinâmica do serviço conforme o turno assim o exigia. Considero que estes momentos de reflexão alargada, por vezes até a elementos da equipa multiprofissional, como foi exemplo uma situação envolvendo a gestão de um utente com tuberculose ativa que estava junto a

utentes que aguardavam o resultado de despiste sars-cov2 no SU... tais situações problemas complexas exigiram resoluções de problemas envolvendo diferentes serviços e profissionais... o que foi importantes, não só para o meu desenvolvimento profissional, mas, simultaneamente, ao processo de melhoria contínua do serviço, pois *ficou levantado o véu para os assuntos* passíveis de melhoria, e acredito que, a partir de daqui, novas ideias resolutivas possam surgir no futuro, do seio da própria equipa. As medidas corretivas, ao saírem da própria equipa, poderão ter maior probabilidade de serem aceites/incorporadas nos cuidados de enfermagem (quando comparadas com imposições/sugestões de elementos externos).

Com base no foco da melhoria contínua e dada a contínua alteração estrutural física que o SU está atualmente sujeito, dada a realidade pandémica vivenciada, desde cedo que me alertou o facto dos utentes facilmente se perderem dentro do próprio SU. Se por um lado é certo que o chão do SU está percorrido com linhas coloridas orientadoras dos utentes consoante as especialidades ou exames, a verdade é que as mesmas estão desatualizadas, dada a atual organização praticada. O próprio ato de sair do SU após a alta clínica tornava-se para muitos utentes um difícil percurso, onde frequentemente os mesmo se perdiam e não davam com a saída do edifício.

Ao nível do *Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais*, a reflexão da prática de cuidados com o meu enfermeiro orientador foi uma das estratégias que eu encontrei para promover o meu crescimento pessoal e profissional desta competência. Segundo Edwards, Hawker, Carrier, & Rees, (2015) o estágio é um local privilegiado de prática reflexiva. Os enfermeiros devem basear a sua atuação profissional nas boas práticas recomendadas, por forma a que os cuidados que prestam sejam cada vez mais seguros, visíveis e eficazes. De um modo geral posso dizer que os enfermeiros na SU dinamizam os projetos do serviço, para enriquecimento das suas competências e prática atualizada.

Uma das dificuldades sentidas prendeu-se com a tipologia e especificidade da terapêutica em uso no serviço, que exigiu que fizesse uma revisão dos conteúdos teóricos das unidades curriculares de Medicina Intensiva e Emergências Médicas do semestre anterior, o que considero que as colmatou. O mesmo aconteceu com as especificidades dos critérios de ativação das Vias Verdes estabelecidas na Instituição. A este nível, para além do estudo pessoal, o papel do meu tutor foi extremamente relevante na adequação dos princípios teóricos aos casos concretos dos utentes. Esse recordava-me a importância de desenvolver a capacidade de interpretar os exames de diagnóstico como uma das ferramentas disponíveis para, em conjunto de toda a restante anamnese e avaliação hemodinâmica da pessoa em situação crítica tomar as melhores decisões cuidativas.

A elaboração de registos de enfermagem, usando o programa *GHAF*®, possibilitou a integração de conhecimentos sobre uma plataforma de apoio à prática de enfermagem que não dominava. Trata-se de um programa informático prático e intuitivo que constitui uma ferramenta de registo crucial para os cuidados de enfermagem prestados. Segundo Mota, Pereira e Sousa (2014), os *Sistemas de Informação em Enfermagem* devem garantir os requisitos estruturais e de conteúdo, possibilitando a coordenação entre os vários profissionais envolvidos nos cuidados, promovendo a continuidade dos cuidados. A validação das intervenções de enfermagem são efetuadas de forma rápida e clara. Recordamos, ainda, as palavras de Lima, Ivo e Braga (2013): o recurso aos *Sistemas de Informação em Enfermagem* devem contribuir para que os enfermeiros tenham mais tempo para a prestação de cuidados diretos. Os recursos informáticos devem apoiar os serviços e não substituí-los, por isso é determinante que da sua utilização não resulte a desumanização dos cuidados.

O programa *GHAF*® (software informático de apoio aos registos clínicos de enfermagem) incorpora o referencial de diagnósticos para a Instituição, com recurso a terminologia CIPE. Relativamente ao recurso à referida terminologia CIPE, Clares, Guedes, e

Freitas (2020) e Sousa, Abreu, Araújo, Torres, R. & Freitas, (2019) defendiam a necessidade de consolidar a Enfermagem como ciência e fortalecer a sua prática clínica nos diferentes contextos do cuidado, mediante a adoção de uma linguagem padronizada que defina e descreva a sua contribuição para o cuidado em saúde, com representatividade internacional, o que suscitou inúmeros debates que culminaram na conceção e desenvolvimento da CIPE, na década de 1990, pelo Conselho Internacional de Enfermeiros”. A CIPE é, assim, um sistema de linguagem padronizada que permite elaborar diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para indivíduos e famílias nos diferentes contextos da prática clínica, representando o domínio da prática da Enfermagem no âmbito mundial. Só o seu uso de forma contínua, por parte dos Enfermeiros a nível mundial, culminará num pleno aperfeiçoamento das suas ações, por meio de uma intervenção cada vez mais reflexiva e baseada na melhor evidência científica, e maior efetividade do processo comunicativo entre enfermeiros e os demais profissionais de saúde, assegurando maior reconhecimento e visibilidade à profissão nos diferentes contextos e cenários da prática clínica (International of Nurses Consejo Internacional de Enfermeras Conseil International des Infirmières, 2020). Pessoalmente considero que a CIPE proporciona à enfermagem uma nomenclatura una, cuja utilização é determinante para descrever e organizar a informação decorrente da implementação do *Processo de Enfermagem* e, assim, criar um instrumento para os enfermeiros evidenciarem a sua tomada de decisões autónoma relacionada com a saúde do indivíduo e, assim, também em última estância, no próprio processo de determinação de políticas de gestão em enfermagem.

Os cuidados de enfermagem às pessoas em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistematizada de dados, com os objetivos de reconhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento n.º 429, 2018). Assim, neste tópico irei descrever as competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, por mim desenvolvidas, tendo por base o Regulamento n.º 429, 2018 da OE, identificando as dificuldades sentidas e as estratégias estabelecidas para as ultrapassar mediante uma análise reflexiva e cientificamente fundamentada.

Ao nível do *Cuidar da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica*:

Tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados ao utente com suporte ventilatório não invasivo, possibilitando o desenvolvimento e a aplicação de conhecimentos relacionados com modos ventilatórios, acompanhando a sua repercussão em termos de estabilidade hemodinâmica. Em termos de intervenções de enfermagem é fundamental desenvolver um conjunto de ações que visem monitorizar os parâmetros ventilatórios, adaptação ao ventilador (máscara adequada à face do utente), a higiene e hidratação oral, a auscultação respiratória, a aspiração de secreções (quando necessário) e os posicionamentos adequados/favoráveis à recuperação.

A existência de *protocolos de serviço* instituídos, dos quais me procurei empoderar nas primeiras semanas de ensino clínico, possibilitou não só uma atuação em conformidade com a situação, como proporcionou um crescendo de autonomia, confiança e segurança na prestação de cuidados de enfermagem (Sales, Bernardes, Gabriel, Brito, Moura, & Zanetti, 2018). Estes foram elaborados em estreita articulação entre a Equipa de Enfermagem e a Equipa de Médicos de diferentes especialidade relevantes e que, desta forma, permitem orientar a ação dos elementos dos elementos da equipa de Enfermagem (e multidisciplinar) na *correção* de eventuais situações clínicas de descompensação hemodinâmica e analítica, na sequência da monitorização contínua da pessoa em situação crítica, de forma previamente delegada e regulada. Os Protocolos constituem, por si só, linhas orientadoras da prática de enfermagem, tomando como exemplo o protocolo instituído para a correção da glicémia em que baseado no valor obtido, o enfermeiro procede à administração das unidades de insulina de ação rápida correspondentes e posterior realização de nova monitorização de controlo horário. Enalteço, também, a importância do Elemento de Gestão do serviço em instituir uma periodicidade curta de revisão dos mesmos (envolvendo os elementos da Equipa nessa), com vista a garantir que os mesmo estão em consonância com a melhor evidência científica detida, relativamente aquela temática, naquele momento temporal.

Outro dos resultados de aprendizagem que contribuíram para o domínio desta competência foi *fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar* da pessoa em situação crítica (Regulamento n.º 429, 2018). Esta competência é também reforçada pela OE (2008) que emanou um conjunto de boas práticas a aplicar pelos profissionais que incluem a avaliação da dor, a colaboração multidisciplinar na elaboração de um plano de intervenção farmacológico e não farmacológico e a continuidade de cuidados no que diz respeito ao

controle da mesma. No estágio tive oportunidade de utilizar diferentes escalas de avaliação da dor. Procurei de uma forma metódica promover o bem-estar do utente que era alvo dos meus cuidados, adotando medidas não farmacológicas de alívio de dor, através do posicionamento e da massagem, assim como o próprio equipamento utilizado, a cama e o colchão de pressão alterna, também contribuem. Enalteço, a título de exemplo, durante os meus turnos da sala de pacemaker, ter procurado recorrer ao toque terapêutico, como estratégia não farmacológicas de alívio de dor do utente submetido à intervenção cirúrgica. Utilizei, maioritariamente, a Escala Numérica, um instrumento simples que permite a avaliação contínua da dor (DGS, 2003; OE, 2008), no utente consciente, orientado e letrado.

Na SU existem 2 Carros de Emergências, sendo a sua organização uniforme entre si, bem como com os restantes serviços da Instituição, procurando que mantenham um certo grau de uniformidade organizacional e de etiquetagem, nos consumíveis e nos fármacos existentes. Estes aspetos são determinantes na promoção de um acesso rápido, como diminui a probabilidade de ocorrência do erro, em situações que já por si envolvem elevados níveis de stress (Oliveira, Oliveira, Silva, & Nunes, 2019). No que se refere à sua verificação (operacional e validades) a mesma está calendarizada (com periodicidade de diária e 3-3 meses, respetivamente). Relevo a calendarização de verificação de validades existente no serviço e fixada, cuja verificação do cumprimentos está a cargo dos Enfermeiros especialistas do serviço. Na qual tive oportunidade de colaborar ativamente com a minha enfermeira tutora. Tive oportunidade de demonstrar, em três situações distintas, competência de suporte avançado de vida, em contexto intra-hospitalar de paragem cardiorrespiratória presenciada, bem como colaborar na tomada de decisão partilha por parte da equipa multidisciplinar responsável pelas manobras de reanimação, ponderando critérios de prolongamento/suspensão dessas. Foi frutífero refletir sobre as similaridades/diferenças entre esta prática de enfermagem avançada em contexto intra-hospitalar e em contexto de extra-hospitalar (com o qual estou mais familiarizada).

Contrariamente ao estágio anterior, neste tive oportunidade de desenvolver competências de cuidados de enfermagem especializados relacionados com o procedimento de suporte ventilatório invasivo. Dada a minha inexperiência neste tipo de procedimento o meu interesse centrou-se em adquirir mais conhecimentos relacionados com os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, por exemplo na sala de emergência o utente entubado, perante a suspeita de queimadura da via aérea na sequência da exposição a uma detonação involuntária de um equipamento agrícola contendo gasolina.

1.2. Estudo de Caso

Com vista a complementar o processo de aprendizagem reflexiva especializada, no SU, do CHBV, Auto propus-me a realizar de um *estudo de caso*. Segundo Yin (2001), um *estudo de caso* é: uma investigação empírica que investiga um fenómeno no seu ambiente natural, em que múltiplas fontes de evidência são usadas, este permite-nos colocar questões do tipo como e porquê e, nesta vertente, visa compreender fenómenos sociais, preservando as características holísticas da pessoa. A realização deste tem, assim, com os objetivos de: analisar crítica e reflexivamente uma situação significativa de enfermagem de emergência em contexto hospitalar, relacionando-a com a aquisição de competências pessoais, psicossociais, profissionais e éticodeontológicas no pré-hospitalar; e proceder à autoavaliação crítica e reflexiva do meu desempenho, enquanto profissional diferenciado de socorro pré-hospitalar (*saber-ser*), que articula o conhecimento teórico adquirido (*saber-saber*) e que demonstra a sua aplicabilidade, no contexto pré e intra-hospitalar (*saber-fazer*).

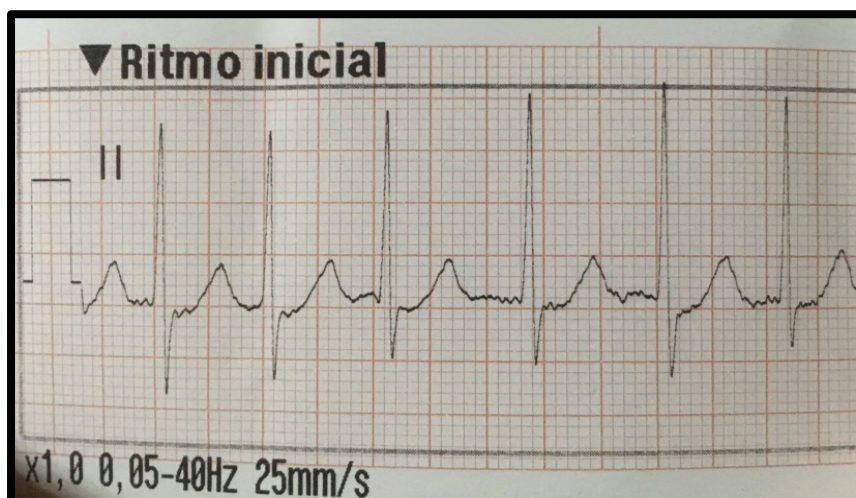
A seleção do utente/situação clínica para este *estudo de caso* foi baseada em critérios de pertinência da situação do foro da emergência médica complementar do pré e intra-hospitalar (e de critérios comunicacionais do próprio indivíduo, com vista à obtenção de dados coerentes e fidedignos). Assim, a opção recaiu sobre uma Pessoa que apresentava *taquicardia*, dado o facto de se tratar de uma emergência passível de ser incluída num dos Protocolos SIV: o de *Disrritmias*, combinado com a cardioversão elétrica que, esta sim, ainda, não preconizada em contexto pré-hospitalar SIV. O termo cardioversão elétrica é utilizado em medicina para descrever a conversão do ritmo cardíaco de fibrilhação auricular no ritmo cardíaco sinusal, através de um choque elétrico (Mead, Elder, & Cordina, 2017).

Declaro que previamente à realização do estudo de caso foi obtido o consentimento informado por parte do utente, cumprindo o Art. 105º alíneas a), b) e c) *do dever de informação*, do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e respeitando o Art. 3º de consentimento ou recusa dos Direitos do utente dos serviços de saúde, bem como o Art. 106º alíneas a) e d) *do dever de sigilo* e o Art. 107º alínea a) *do respeito pela intimidade* do CDE (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005; OE, 2010; SNS, 2021B; Diário da República, 1.ª série, N.º 57, 21 de março de 2014).

Como metodologia para a realização deste estudo de caso procedeu: à colheita de dados através de consulta do processo clínico do utente e à realização de entrevista ao próprio; e à pesquisa e consulta de documentação interna do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e de outras fontes bibliográficas de cariz científico (efetuadas em bases de dados), com vista à reflexão crítica fundamentada.

Circunstâncias do caso clínico: O Sr. M, de 82, género masculino e raça caucasiana recorreu ao SU, em viatura própria, acompanhado pela nora, com queixas de: dispneia com farfalheira noturna e cansaço com três dias de evolução, com agravamento na véspera e aquando apresentou uma queda, da própria altura, associada a lipotimia (de causa desconhecida), com amnésia para o acontecimento - *circunstâncias*. Tendo lhe sido atribuída a triagem de *muito urgente* (laranja) (Zachariasse, Seiger Rood, Alves, Freitas, Smit, Roukema, & Moll, 2017; DGS, 2019). Duas horas depois, deu entrada na sala de emergência, pela porta de acesso ao corredor interior, deitado em decúbito dorsal em maca [enquadrável no Protocolo SIV de *abordagem da vítima* - INEM, 2007a], acompanhado pelo médico de medicina interna, por necessidade de cardioversão dada fibrilação auricular (FA) persistente. Efetuou, previamente: gasometria arterial (pH 7,49, pCO₂ 26, pO₂ 76, HCO₃⁻ 19,8, SpO₂ 96%, Na⁺ 1333, K⁺ 4,4, Ca²⁺ 1,12, Lac 2,3); raio X tórax e colheitas séricas [hemograma, bioquímica [hipocoagulado com varfine, dentro do intervalo terapêutico (2-3): INR 2,3] e tempos de coagulação]. O eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações (por frequência cardíaca - FC:159bat/min) [enquadrável nos Protocolos SIV de *dor torácica* - INEM, 2007b - e *disritmias – taquicardia* – INEM, 2007c] revelou FA paroxística, com QRS<0,12seg, de ritmo irregular (com resposta ventricular entre os 90-149 milímetros de mercúrio - mmHg) (Figura 3), com sinal de gravidade: história de síncope (sem história de choque TA sistólica <90mmHg, disritmias ventriculares, insuficiência cardíaca ou isquemia do miocárdio).

Figura 3 - Traçado eletromagnético inicial



Fonte: Fotografia da tira, produzida pelo monitor da sala de emergência

Fez dose de impregnação com perfusão de *amiodarona* 300mg endovenosa (ev) diluída em 100 mililitros (ml) de dextrose a 5% (Dx5%), em meia hora (200ml/h) – em cateter venoso periférico 18G, na veia cefálica esquerda - e depois iniciou a dose de manutenção (*amiodarona* 300mg, em 500ml de Dx5%, perfusão de 24h), sem resposta clínica (Müssigbrodt, John, Kosiuk, Richter, Hindricks, & Bollmann, 2018).

Abordagem ABCDE (Hooks, 2018) → Airway: Consciente. Efetua pausas em frases longas, por noção de cansaço.

Breathing: Polipneica [frequência respiratória (FR) 24 ciclos/minuto (min)], amplitude superficial e ritmo irregular; fadiga, ansiedade. Expansão torácica simétrica, de predomínio misto. Auscultação pulmonar: ferveores discretos na base direita. Saturação parcial de oxigênio (SpO₂) 96%, a ar ambiente, avaliada por oximetria periférica. Sem alterações a registrar à apalpação, percussão ou inspeção.

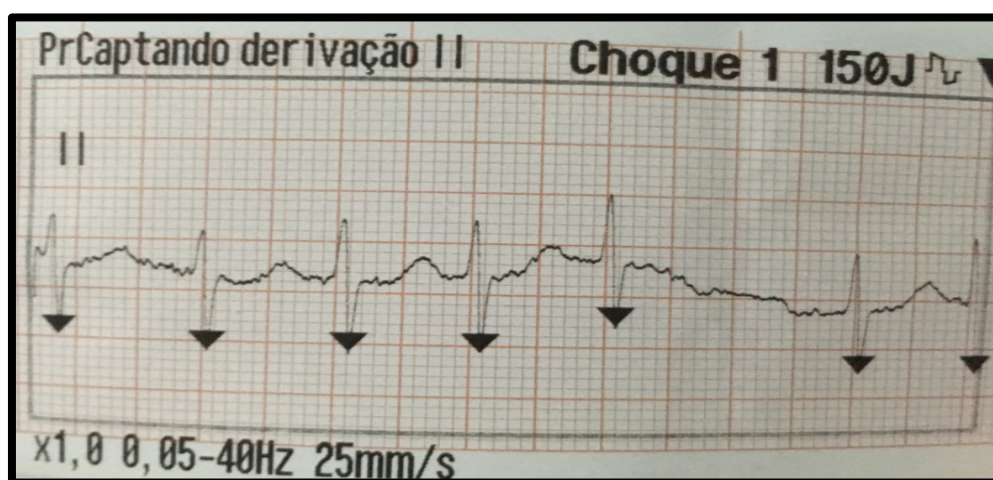
Circulation: Taquicardia [FC: 145 batimentos(bat)/min] pulso bilateral (B), cheio (C), arritmico (A). Tensão arterial (TA) de 137mmHg sistólica e 71mmHg diastólica. Tempo de preenchimento capilar (TPC) de 2 segundos (seg). Pele suada, ruborizada, quente e hidratada (aplicado *teste de turgor*). Dor: localizada na zona torácica difusa, com duração de três dias, desencadeada e agrava ao esforço físico e alivia com o repouso, não qualifica (descreve como: “aceleração do coração”); *Numeric Rating Scale* (NSR) score 5 (DGS, 2003; OE, 2008). Substituído de imediato a perfusão ev de amiodorona por soro fisiológico (SF) a manter via ao ritmo de 40 gotas por minuto (gts/min). Definida: VÍTIMA CRÍTICA.

Cardiologista prescreveu, então, cardioversão elétrica, pelo que foi iniciada preparação do utente para o procedimento, por parte da equipa de enfermagem (descrita detalhadamente e fundamentada no tópico, seguinte, de discussão).

Preparado e re-testado material de suporte da via aérea. A anestesista, no local, prescreve sedação com midazolam 1mg ev e analgesia com alfentanil 0,5mg ev. É algaliado com sonda vesical foley n.º14 e fica com urimeter para contabilização da diurese.

Cardioversão elétrica síncrona efetuada pelo cardiologista, com pás, com 1 choque de 150J de energia (Figura 4), com reversão do ritmo a sinusal aparente, na análise da monitorização de ECG simples.

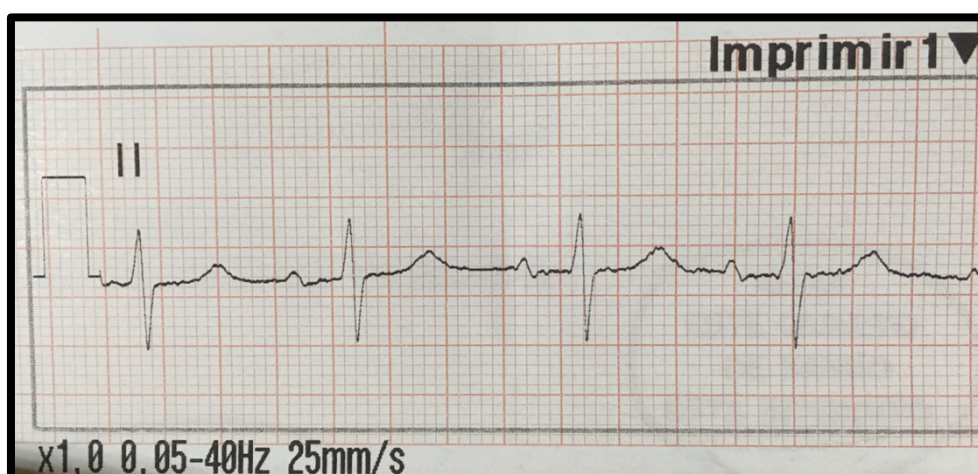
Figura 4 - Traçado eletromagnético no momento da cardioversão elétrica



Fonte: Fotografia da tira, produzida pelo monitor da sala de emergência

Efetuada, depois, novo eletrocardiograma de 12 derivações a confirmar a resolução da arritmia em ritmo sinusal (Figura 5).

Figura 5 - Traçado eletromagnético após a cardioversão elétrica



Fonte: Fotografia da tira, produzida pelo monitor da sala de emergência

No período posterior, de vigilância, o utente está sonolento, com fervores à AP, inicia oxigenoterapia e faz furosemida 80mg ev (com boa resposta), tendo melhoria clínica franca na meia hora seguinte ao procedimento.

Circulation (continuação): Sem hemorragias visíveis ou invisíveis aparentes. Sem defesa à palpação abdominal e pélvica. Observa-se colostomia funcionante no flanco esquerdo, com fezes pastosas, amarelas, em quantidade moderada, com odor discreto.

2^a, 3^a, 4^a avaliação → FR: 28 superficial e irregular, SpO₂ 91% → iniciou oxigenoterapia suplementar a 6l/min por máscara simples, FC: 149bat/min BCA, TA: 115/79mmHg; 23 superficial e irregular, SpO₂ 93%, FC: 99bat/min BC rítmico (R), TA: 96/56mmHg; 23 superficial e regular, SpO₂ 95% → retirada oxigenoterapia suplementar, FC: 109bat/min BCR, TA: 111/82mmHg, pele rosada e normotérmica, dor NSR score 0 (zero).

Disability: Pupilas isocóricas e isorreativas. Glicemia capilar 127mmHg (última refeição o pequeno almoço, às 09:00). Força bilateral mantida nos membros superiores (MS's) e membros inferiores (MI's). Fralda de proteção, por história de incontinência vesical associada ao stress, no domicílio.

Exposure: Pele sem alterações (à observação, palpação e percussão). Sem sinal de godet nos MI's. Temperatura timpânica 37°Celsius (°C).

História anterior de doença: FA paroxística, hipertensão arterial. *Alergias*: desconhecidas. *Medicação habitual*: varfine 5mg, uma vez ao dia (id), perindopril 5mg id, furosemida 40mg id, pantoprazol 20mg.

Sai da sala de emergência transferido para o serviço de cardiologia, 1h após o procedimento, hemodinamicamente estável, para vigilância e estudo.

Discussão: A bibliografia científica diz-nos que a necessidade de tratamento de arritmias depende não só dos sintomas clínicos do utente, mas também da gravidade da própria arritmia. Quando o cardiologista opta por uma terapia antiarrítmica direta esta incluir, ou não, a combinação de várias opções clínicas: medicação antiarrítmica, cardioversão elétrica ou cardiodesfibriladores implantáveis (CDI) (Mead, Elder, & Cordina, 2017).

O termo cardioversão eléctrica é utilizado em medicina para descrever a conversão do ritmo cardíaco de fibrilhação auricular no ritmo cardíaco sinusal, através de um choque eléctrico. Assim, o choque transtorácico, de magnitude suficiente despolariza a totalidade do coração, deixando o miocárdio momentaneamente refratário à repetição da despolarização, e,

desta forma, o nódulo sinusal, reassume o controle do ritmo cardíaco. A cardioversão elétrica interrompe, portanto, de forma bastante efetiva as taquiarritmias de origem supraventricular que não cedem, favoravelmente, à medicação antiarrítmica. Nesta, o choque ocorre em sincronia com o complexo QRS, uma vez que o choque, que incide durante o período vulnerável (próximo ao pico da onda T), pode induzir uma fibrilhação ventricular. Após a confirmação da sincronização ao complexo QRS no monitor de monitorização eletrocardiográfica (simples), o choque é aplicado. O nível de energia aplicado varia de acordo com a taquiarritmia em tratamento. A eficácia da cardioversão aumenta com o uso de choques bifásicos, em que a polaridade da corrente é invertida, em parte do percurso (Mead, Elder, & Cordina, 2017).

Prévio ao procedimento da cardioversão elétrica, numa fase ainda preparatória, o enfermeiro valida junto da pessoa:

- Pausa alimentar, desta, de 6 a 8 horas (por risco de aspiração) (Ramirez, Fliset, Cleland, Zakutney, Nery, Nair, Redpath, Sadek, & BirnieI, 2016);
- Eventuais alergias a medicamentos.

Prévio ao procedimento da cardioversão elétrica imediato, o enfermeiro valida junto da pessoa:

- A compreensão da explicação médica relativa ao procedimento, reforçando/esclarecendo-a, com vista à redução do stress (dado o cariz assustador do procedimento) (Ramirez, Fiset Cleland, Zakutney, Nery, Nair, Redpath, Sadek, & Birnie, 2016);
- Verificação da existência de dispositivos médicos, como: cateter implantado, pacemaker, CDI ou outros, para definição do local de aplicação das pás/eléttodos. As pás ou eléttodos usados para a cardioversão, podem ser colocados:
 - No sentido ântero-lateral: entre a clavícula e o segundo espaço intercostal ao longo do bordo esternal direito e sobre os quinto e sexto espaços intercostais no ápice cardíaco;
 - No sentido ântero-posterior: ao longo do bordo esternal esquerdo, sobre o terceiro e o quarto espaço intercostais esquerdos e na região infraescapular esquerda - aplicável, por exemplo, em pessoas portadoras

de pacemaker (Ozkan, Ince, Eskin, Erol, Kadan, Ozgur, Doganci, & Yildirim, 2016).

- Tricotomia do local de contato das pás (com gele condutor)/elétrodos com a superfície cutânea.
- Remoção de pensos transdérmicos da zona torácica e abdominal, quer a nível anterior ou posterior.

Prévio ao procedimento imediato, o enfermeiro valida na sala de emergência:

- A preparação da medicação prescrita, precedente, de anestesia geral breve ou analgesia ev e sedação (por exemplo, a associação de fentanilo 1mcg/kg, seguida de midazolam 1-2 mg, a cada 2 minutos, até o máximo de 5mg, por via ev) – enquanto minimizadora da componente dolorosa do procedimento, para o utente (Ramirez, Fiset, Cleland, Zakutney, Nery, Nair, Redpath, Sadek, & BirnieI, 2016);
- A equipa de profissionais de saúde treinados para assegurar a via aérea permeável e o suporte ventilatório, bem como o equipamento respetivo, previamente testado e em pleno funcionamento (Mead, Elder, & Cordina, 2017).

As complicações da cardioversão elétrica, descritas na literatura, envolvem: extrassístoles atriais e ventriculares e sensibilidade muscular. Com menor frequência, mas com maior probabilidade, se a pessoa tiver, de base, função ventricular esquerda marginal ou houve a necessidade de múltiplos choques, a cardioversão precipita lesão de miócitos e dissociação eletromecânica. Estão ainda descritos alguns riscos, como:

- Bradicardia (habitualmente transitória e raramente necessita de tratamento com atropina e/ou pacemaker externo);
- Acidente Vascular Cerebral (sendo raro, se garantido intervalo de anti-coagulação prévio ao procedimento);
- Queimaduras da pele ou irritação cutânea causada pelas pás metálicas;
- Riscos anestésicos gerais (associada sobretudo a obesidade e patologias) (Ramirez, Fiset, Cleland, Zakutney, Nery, Nair, Redpath, Sadek, & Birnie, 2016; Ozkan, Ince, Eskin, Erol, Kadan, Ozgur, Doganci, & Yildirim, 2016; Mead, Elder, & Cordina, 2017; Müssigbrodt, John, Kosiuk, Richter Hindricks, & Bollmann, 2018).

Debroçando-me agora sobre vigilâncias de enfermagem e considerações, posteriores, à cardioversão elétrica, em cerca de 90% das pessoas submetidas a cardioversão elétrica o ritmo sinusal é restaurado, mas uma pequena proporção retoma imediatamente o ritmo da FA. Nos dias seguintes, em 10-20%, desses, a FA reaparece (justificando, por exemplo, a inibição de conduzir nas 24 horas seguintes), mas esta percentagem é reduzida, quando associada à toma de medicação antiarrítmica. Após o procedimento a pessoa desperta em poucos minutos, apesar de permanecer sonolento inicialmente, pelo que se trata de um período crítico de vigilância hemodinâmica, no qual é obrigatório um novo eletrocardiograma de 12 derivações (Ramirez, Fiset, Cleland, Zakutney, Nery, Nair, Redpath, Sadek, & Birnie, 2016; Ozkan, Ince, Eskin, Erol, Kadan, Ozgur, Doganci, & Yildirim, 2016; Mead, Elder, & Cordina, 2017; Müssigbrodt, John, Kosiuk, Richter, Hindricks, & Bollmann, 2018).

Ao nível do *Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multivítima, da Conceção à Ação:*

Embora seja uma preocupação da Chefia da Equipa de Enfermagem da SU dotar os seus elementos de conhecimento e experiência, que lhes permitam o desenvolvimento de competências que os orientem numa tomada de decisão, para a ação, correta e atempada, para situações de emergência e catástrofe... Se, por um lado reconheço como positivo o facto do CHBV já deter, institucionalmente definida, uma Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, constituída por 2 médicos do SU, que procura responder às situações de paragem cardiorrespiratória que ocorrem em qualquer parte da Instituição, por meio de um alerta telefónico rececionado no SU... Por outro, também é verdade que o CHBV, ainda tem numa fase muito embrionária o seu *Plano de emergência interno* e os seus respetivos circuitos específicos.

Segundo a *Federal Emergency Management Agency* (FEMA), a evacuação de emergência é o movimento imediato e urgente de pessoas para longe de uma ameaça ou ocorrência real de um perigo (Figueira, 2020a; 2020b). Essas, não só, são mais comuns do que muitas pessoas pensam, como afetam os locais mais inóscuos, como são exemplos os edifícios dedicados ao cuidado humano, como é exemplo um hospital. Ciente desta realidade e dado que o SU do CHBV, Pólo Aveiro, se encontra numa fase de elaboração e aprovação do Plano de Emergência interno, tomei a liberdade de propor ao meu Tutor Enfermeiro T.G. e ao Senhor Enfermeiro Chefe J.F. a realização de um cartaz (genérico) referente à evacuação hospitalar. Numa tentativa de colmatar o vazio atualmente existente.

Perante a constatação de uma equipa de enfermagem relativamente jovem, em que metade dos enfermeiros da equipa apresentam entre 1-3 anos de serviço naquele serviço, proponho-me a realizar um cartaz reflexivo sobre princípios básicos a ter em consideração perante uma emergência não clínica no SU e quais as orientações táticas e operacionais básicas que os Enfermeiros (entre outros profissionais) devem adotar para proceder a uma evacuação segura dos utentes. Tive, então como principais objetivos para a realização desse projeto de intervenção:

- Divulgar a informação relativo à evacuação de emergência num SU, com recurso a ações básicas operacionais;
- Promover a reflexão e partilhar conhecimento com a Equipa de enfermagem relativo à importância da implementação de um Plano de Emergência a curto/médico prazo no SU;
- Despertar a Equipa de enfermagem a desenvolver junto da restante equipa multiprofissional ações articuladas de planeamento e simulação de evacuação hospitalar;
- Promover a segurança do utente, alvo de cuidados no SU do CHBV, na eventualidade de ocorrer uma emergência não clínica.

Assim procedi à operacionalização de um Cartaz, que visou os utentes do SU, de forma a orientar a sua ação nas situações de emergência não clínica, tais como:

- Incêndio;
- Bloqueio de elevador;
- Fuga de utentes;
- Rapto de crianças/adultos;
- Derrame/incidente grave com produtos químicos e/ou gases medicinais;
- Acidente com material radiativo;
- Inundação;
- Fuga de gás;
- Ameaça de bomba.

... Em que haja a necessidade de evacuar o SU, essa decisão está a cargo do Chefe de Equipa e do Enfermeiro Coordenador do turno, enquanto a operacionalização será efetuada pela Equipa Multiprofissional (Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Técnicos de Exames Auxiliares de diagnóstico e Seguranças) que se encontram de serviço.

Identificamos que as precedências a priorizar na evacuação no SU deverão ser:

1. Indicar os utentes com potencial, para se deslocam autonomamente, para o fazeres por eles próprios, pelas saídas;
2. Auxiliar na saída dos utentes total ou parcialmente dependentes que não se desloquem por si próprios e que estejam afastados da zona de saída;
3. Auxiliar na saída dos utentes total ou parcialmente dependentes que não se desloquem por si próprios e que estejam próximos da zona de saída.

Nas ações de evacuação será fundamental assegurar uma correta preparação do utente, de forma a garantir que o mesmo tem colocada a pulseira identificativa e que, o mesmo, se está a fazer acompanhar dos equipamento(s) absolutamente indispensável(eis) ao seu tratamento.

Relativamente às técnicas de evacuação hospitalar de utentes, estas devem ser selecionadas em função do estado clínico destes; consoante se tratar de um utente com algum potencial de aplicação de técnicas de transferências alternativas (Figura 6); ou se tratar de um utente dependente confinado ao leito/maca, devendo, neste último caso, ser transportado nessa, e em última instância, por uma outra via horizontal alternativa.

Figura 6 - Cartaz relativo à ‘Evacuação Hospitalar: em reflexão...’

Evacuação Hospitalar: em reflexão...

Autor: Enfermeira Sónia M. M. Figueira, no âmbito do 7º Mestrado e 8ª Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – ESSV e o **Revisor:** Enfermeiro Tiago Gomes, do CHBV.

A decisão de Evacuação será do **Chefe de Equipa e do Enfermeiro Coordenador do turno** e a operacionalização será efetuada pela Equipa Multiprofissional de serviço (Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Técnicos de Exames Auxiliares de diagnóstico e Seguranças,...).

Assegurar que o utente possui: pulseira identificativa; e os equipamento(s) absolutamente indispensável(eis) ao seu tratamento. As técnicas de evacuação hospitalar a efetuar devem ser selecionadas **em função do estado clínico do utente...**

Prioridades de evacuação do SU:

- 1º Indicar os utentes com potencial, para se deslocarem autonomamente, para as saídas;
- 2º Auxiliar na saída de utentes que não se desloquem por si próprios - afastados da zona de saída.
- 3º Auxiliar na saída de utentes que não se desloquem por si próprios e que estejam próximos da zona de saída.

Em situações de emergência não clínica, tais como:

- Incêndio;
- Bloqueio de elevador;
- Fuga de utentes;
- Rapto de crianças/adultos;
- Derrame/incidente grave com produtos químicos e/ou gases medicinais;
- Acidente com material radiativo;
- Inundação;
- Fuga de gás;
- Ameaça de bomba..

A ponderar...

Fonte: Elaborado pelo autor.

O cartaz ilustrado pela Figura 6 foi entregue, por mim, em formato impresso A3, devidamente plastificado, ao Enfermeiro tutor. e ao Senhor Enfermeiro Chefe, com a finalidade de, se assim o entendessem oportuno, e após a necessária aprovação superior, o fixassem em local de acesso à Equipa de Enfermagem do SU do CHBV. O resultado final foi enaltecido pelo Senhor Enfermeiro Chefe pela sua abrangência multiprofissional e pela sua praticidade, ao ponto de levantar a possibilidade do mesmo ser utilizado a nível institucional! Atualmente a autora está a colaborar com o Tutor na divulgação, sobre a forma de Poster, do Projeto de implementação hospitalar que daqui surgiu.

Ao nível do *Maximizar a Intervenção na Prevenção e Controlo Da Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos Perante a pessoa em situação crítica:*

Segundo dados do Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos (2017) as *Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde* (IACS) são um problema de saúde pública que assumem cada vez maior relevância na gestão em saúde, pelos elevados custos e mortalidade a elas associados. Estatisticamente, as infeções cruzadas, tendo como veículo de transmissão as mãos dos profissionais de saúde, é apontada como a sua causa mais prevalente, sendo por isso a higiene das mãos o procedimento basilar efetivamente capaz de prevenir e reduzir a transmissão de microrganismos responsáveis pela grande maioria das infeções hospitalares. Ainda, segundo a mesma fonte, as IACS e o aumento da resistência aos antimicrobianos são responsáveis por significativos agravamentos do prognóstico clínico dos utentes portadores de uma patologia primária, bem como pelo acréscimo de consumo de recursos hospitalares, prolongamento dos dias de internamento e, conseqüentemente o agravar de custos em saúde. O contacto com a prática clínica de enfermagem, no âmbito de um SU hospitalar, foi vital para me pôr a refletir sobre a minha própria prestação de cuidados de enfermagem, no meu contexto profissional, no dia-a-dia... e redefinir as minhas próprias estratégias de controlo de infeção cruzada, que procurei, desde o primeiro dia, operacionalizar/implementar, a fim de melhorar a minha prática clínica (como é exemplo: a delimitação física de espaços contaminados, por exemplo delimitado com um resguardo no chão, diferenciado do espaço limpo a ocupar no pós desinfeção). Embora, assumo que seja complexo aplicar determinados pressupostos no controlo de infeção hospitalar em contexto extra-hospitalar, por não se tratar de um ambiente controlado, a verdade é que depende de cada um de nós fomentar esta área de preocupação/foco da enfermagem e dar-lhe a adequada resposta, independentemente do contexto intra ou extra-hospitalar. Prova desse alargamento

ao contexto extra-hospitalar foi a criação da Via Verde Sepsis, que infelizmente ainda não tem continuidade formal no CHBV.

A implementação de medidas direcionadas para as IACS (Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos, 2017) nomeadamente com: a existência de solução alcoólica em todas as unidades do utente; o sistema de abertura de água com o cotovelo; a disponibilização de Equipamento de Proteção Individual descartável (bata, touca, máscara e luvas), como *Precauções Básicas do Controlo da Infeção* (PBCI); a disponibilidade de fardamento higienizado em contexto hospitalar para troca; a higienização terminal da unidade do utente após alta, e da própria unidade em todos os turnos; o uso de desinfetante à base de Clorohexidina 2% para a manipulação de conexão dos sistemas obturados; a etiquetagem dos sistemas e fármacos em perfusão para a sua substituição diária; separação/triagem de resíduos/lixos adequada; etc... Como elemento passível de melhoria recomendaria, como adaptações físicas ao serviço, a introdução de sistema automático de abertura de portas para quartos e serviço; substituição dos sistemas manuais dispensadores de sabão para lavagem das mãos por sistemas automáticos (na presença de mãos na proximidade); a desinfeção periódica dos teclados e ratos em utilização pela equipa multiprofissional; aumentar o número de quartos com antecâmara para melhor proceder de colocação/remoção do EPI.

Os cuidados de enfermagem real acionados com a execução de técnicas, tais como inserção de inserção do cateter venoso central e linha arterial na sala de emergência, foram realizadas sempre de forma asséptica, cumprindo todas as normas associadas à prevenção da infeção.

A limpeza na SU é assegurada diariamente pelas assistentes operacionais, garantindo a operacionalização de todos princípios básicos de assepsia, existindo a separação das zonas limpas e das zonas sujas, a limpeza diária/terminal da unidade do utente e o desperdício de todos os materiais clínicos que estiveram no interior do quarto do utente (preferencialmente de uso descartável e único). Contudo, não posso deixar de referenciar a negligencia gradual que se foi instalando, com o passar dos dias de EC. Claramente a equipa de assistentes operacionais apresentava-se extenuada, decorrendo daí comportamentos que nem sempre garantiam o cumprimento escrupuloso das regras de minimização das IACS. O que exigia do meu tutor, no papel de enfermeiro especialista e responsável de turno, uma especial atenção e, até, chamadas de atenção, quando necessário aos profissionais implicados.

Segundo dados do Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos (2017), os profissionais da área da saúde estão expostos constantemente ao risco de adquirir infeções pelo contacto com os fluídos corporais durante o desenvolvimento da sua atividade profissional. O procedimento da aspiração da via aérea é aquele que mais expõe o enfermeiro, sendo fonte potencial de transmissão de doença, devendo este ter plena consciência dos riscos a que se expõe, durante o mesmo. No que diz respeito aos tipos de isolamento, os utentes são alvo de rastreio séptico, sempre que necessário, como a realização da zaragoas a exsudatos respiratórios, urocultura e/ou hemoculturas. A implementação de medidas de isolamento (por contacto, aérea ou gotículas), exigem, por si só, medidas adicionais às precauções básicas e tem em consideração as vias de transmissão do patógeno cujo utente é portador (DGS, 2020b). Durante o EC há a registar a admissão na área de respiratória de vários utentes infetados com SARS-Cov-2 (cuja regularidade de incidência foi aumentando ao longo do decorrer do estágio) ou numa fase precoce, ainda, de despistagem desse (a aguardar resultado de teste molecular). Na sequência do contacto dos profissionais com estes utentes (que carece de medidas de isolamento por gotículas) e dado não estarem em uso no serviço diagnósticos de enfermagem direcionados a esta situação em particular, considereei como pertinente debruçar-me reflexivamente sobre a sua documentação no processo clínico. O desafio que coloquei a mim mesma foi: se fosse possível agir no quadro de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, no que se refere a esta situação assistencial, o que me motivaria a alterar na prática clínica de enfermagem atual. Como posso documentar as especificidades dos cuidados de enfermagem ao utente com necessidades de medidas de isolamento por gotículas, melhorando os cuidados que lhe são prestados e, simultaneamente, garantir que os mesmos são documentados, justificando superiormente, por exemplo, a necessidade de aumentar o rácio de enfermeiro-utente por turno, nessa situação? Desta forma, desenvolvi uma pequena pesquisa para determinar os focos e, subsequentes, diagnósticos de enfermagem, com base na linguagem CIPE, bem como as intervenções de enfermagem emergentes.

PARTE II – ESTÁGIO DE CUIDADOS INTENSIVOS

A escolha do CHTV para realização do *Estágio de Cuidados Intensivos* teve por base a mesma motivação da escolha do local de estágio, descrita na Parte I.

Em contexto de estágio e também enquanto profissional, é imprescindível conhecer a orgânica e a dinâmica da Unidade onde se exerce a prestação e cuidados. Só dessa forma é possível retirar o seu maior potencial de aprendizagem e, ao mesmo tempo incorporar os valores instituídos, de forma a nos envolvermos de forma comprometida com a sua consecução. Este conhecimento, obtido (sobretudo) na primeira semana, foi determinante na definição dos objetivos de estágio a que me propus alcançar (a quando da elaboração do Projeto de estágio), num equilíbrio entre as minhas expectativas pessoais, as competências do enfermeiro especialista definidas pela OE como sendo expectáveis e reais e as condições humanas e recursos existentes da Unidade.

2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ADQUIRIDAS, EVIDÊNCIAS DAS ATIVIDADES REALIZADAS E AVALIAÇÃO POR COMPETÊNCIAS

Os utentes admitidos na UCIC são, maioritariamente, provenientes do serviço de Urgência e do serviço de internamento de Cardiologia, cujos critérios de admissão dizem respeito às situações de agudização clínica, cujo prognóstico seja potencialmente reversível e que necessitam de cuidados diferenciados, nomeadamente ao nível da falência cardíaca, com necessidade de suporte hemodinâmico. Não se verificando estas condições os utentes podem ter alta desta unidade, ou para serviço de internamento de Cardiologia ou para o domicílio.

Relativamente à articulação da UCIC com os restantes serviços do CHTV, destacamos as restantes unidades relacionadas com a cardiologia: sala de hemodinâmica e recobro; internamento de cardiologia; serviço de exames especiais; serviço de aprovisionamento (baseado num sistema de reposição por níveis); serviços hoteleiros; entre outros.

Neste tópico descreverei as *competências comuns do enfermeiro especialista* por mim desenvolvidas, tendo por base o Regulamento n. 140/2019 da OE, identificando as dificuldades sentidas e as estratégias estabelecidas para as ultrapassar mediante uma análise reflexiva e cientificamente fundamentada.

Ao nível da *integração na equipa multidisciplinar da UCIC do CHTV*, a sua consecução foi explanada no subcapítulo *1.1 Caracterização do Serviço: UCIC*.

Ao nível do *Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal*, considero que desenvolvi cuidados humanizados, respeitando costumes e culturas, sendo promovida a reflexão sobre algumas questões éticas, tais como a abordagem e preparação da família perante o luto, as questões do sigilo profissional na abordagem de utentes/famíliares ou o direito à privacidade.

O direito à privacidade assume vários sentidos, por um lado na prestação de cuidados preservando a intimidade e a individualidade da pessoa, por outro o dever de sigilo profissional no acesso à informação pessoal fornecida à família. A existência de cortinas garante a privacidade dos utentes na prestação de cuidados diretos ou procedimentos invasivos, respeitando a carta de direitos e deveres do utente internado (OE, 2010). Como foi exemplo o recurso a cortinas e tom de voz adequado quando prestei cuidados ao utente que dividia o espaço com mais 2 pessoas, como acontece na Unidade de cuidados intermédios, adotando uma conduta antecipatória, garantindo a segurança e a privacidade da pessoa e recorrendo a todas as estratégias para minimizar o impacto negativo do processo de doença na pessoa).

Relativamente à garantia de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, exerci atividades como a verificação da unidade do utente, a verificação da mala de emergência ou do carro de emergência, da conformidade e operacionalidade dos equipamentos e dos testes de segurança e manutenção possibilitando o controlo antecipado de variáveis indesejáveis, para que no momento de receção de uma pessoa em situação crítica esteja tudo plenamente funcional. E ainda, o empenho dos recursos humanos para dar resposta às situação de emergência baseando a sua prática clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimentos, e o desenvolvimento de estratégias de trabalho em equipa, para dessa forma potenciar a atuação de todos, foi um dos aspetos que destaco.

Desenvolvi uma prática profissional, ética e legal na UCIC do CHTV, agindo de acordo com as normas legais e princípios éticos e a deontologia profissional ao utente crítico

sob supervisão do enfermeiro tutor; baseada numa tomada de decisão no âmbito ético e deontológico, recorrendo às orientações da OE sempre que surgiam dúvidas no meu exercício - desenvolvendo uma prática profissional considerando a legislação em vigor na área da saúde e da profissão; bem como tomei conhecimento e promovi a proteção dos utentes, aplicando os direitos e deveres dos utentes do SNS consagrados, nomeadamente, na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, alterada pelo *Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril*, na *Portaria n.º 87/2015, de 23 de março*, na *Portaria 153/2017, de 4 de maio* e no *Despacho n.º 5344-A/2016, de 14 de abril*, publicado no *Diário da República n.º 76/2016, 1.º suplemento, Série II de 19 de abril* (SNS, 2020b). (não existindo especificamente uma *Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes do CHTV*).

Embora no serviço, a implementação da ‘*Norma n.º 001/2017, de 08/02/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*’ (DGS, 2017) ainda não esteja sedimentada (todavia, segundo o meu tutor, a equipa de enfermagem tenha conhecimento e formação relativamente a ela) procurei ser um exemplo dessa implementação, promovendo a segurança da informação de saúde transmitida entre profissionais de saúde (enfermeiro-enfermeiro e/ou enfermeiro-médico). A este nível, numa análise reflexiva detalhada com o enfermeiro tutor, reconhecemos que os momentos de passagem de turno no serviço são complexos, extensos e desorganizados, com inevitáveis riscos para o utente (colocando em causa a continuidade de cuidados a prestar) e para o próprio profissional de saúde (dado que a informação transmitida nem sempre correspondia à totalidade da verdade/realidade). Neste sentido, dado que já houve uma formação teórica prévia relativamente à temática (assumindo que o domínio do *saber-saber* está já conseguido), sugeri elaborar, para a equipa de enfermagem do serviço, um ‘*layout* de passagem de turno’ (uma ferramenta facilitadora do *saber-fazer*), no qual articularia cada uma das siglas do acrónimo ISBAR (DGS, 2017) às especificidades da informação do foro cardíaco relevantes à UCIC. Também entre mim e os colegas de estágio esta foi uma área passível de ser alvo de melhoria (contudo a enfermeira chefe priorizou outra área de necessidade de desenvolvimento, tendo, por isso, esta ficado descartada, de forma formal).

Considero que esta competência foi alcançada dado que respeitei os valores inerentes ao exercício da profissão, promovi sempre uma prática dos cuidados que respeitam os direitos humanos e participei no processo de tomada de decisão, com a equipa multidisciplinar, necessário nalgumas situações complexas, mas sempre tendo por base os princípios éticos fundamentais.

Neste estágio não tive oportunidade de assistir à realização de provas de morte cerebral, realizadas de acordo com a Lei n.º12/2009 de março. Segundo este acordo, estas provas permitem verificar a ausência da totalidade dos reflexos do tronco cerebral. A verificação da morte requer a realização de pelo menos dois conjuntos de provas com intervalo de tempo adequado à situação clínica e à idade e devem ser realizadas por dois médicos especialistas (neurologia, neurocirurgia ou cuidados intensivos) e nenhum deles poderá pertencer a equipa envolvidas no transplante de órgãos ou tecidos (Ortega, & Rodríguez, 2018). Relacionada com esta área, partilhei com os Tutores reflexões sobre: a *Decisão/Ordem de Não Reanimação* e o *Registo Nacional de Não Dador*. Relativamente ao primeiro, tive a oportunidade de prestar cuidados especializados ao utente com *Decisão de Não Reanimação*, contudo em nenhum momento vi a Equipa de Enfermagem, o Utente ou a Família a ser envolvida em tal decisão. Infelizmente não existe um ‘Procedimento instituído’ no serviço/instituição para estas situações o que leva a inexistência de uniformização numa decisão ética tão complexa, e que claramente é centrada na decisão médica. O Registo Nacional de Não Dador (RENDA) (Decreto-Lei n.º 244/94), principalmente, pela comum perceção de que a população portuguesa desconhece muitos artigos do código constitucional que lhe diz diretamente respeito, levanta questões sobre o seu direito de opção, claramente descritas na lei, mas que por desconhecimento/afastamento do cidadão dos seus direitos e deveres cívicos, este se aliena. Contudo, também falamos do papel, preponderante que o enfermeiro, em especial o enfermeiro especialista, tem na clarificação destes conteúdos ao cidadão e família.

Ao nível do *Domínio da Melhoria da Qualidade* - o CHTV foi acreditado pela *King's Fund Health Quality Service* (fundação britânica empenhada na melhoria das condições de saúde), em 2004 (SNS, 2020).

Fazendo uma pesquisa nas *Unidades de Saúde Certificadas 2010-2020*, do *Modelo de Certificação do Ministério da Saúde*, não consta o CHTV. Não encontrei evidência da aplicação do Programa Nacional de Acreditação em Saúde, criado pelo Despacho n.º 69/2009, de 31 de agosto, que aprovou o modelo ACSA como modelo de acreditação para as Instituições do Serviço Nacional de Saúde, no CHTV (SNS, 2020c). Contudo o *Modelo de Certificação do Ministério da Saúde* visa reconhecer a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde e promover o seu empenho voluntário na melhoria contínua, consolidando a cultura de qualidade e segurança que se deve generalizar a todo o Serviço

Nacional de Saúde. Com o reconhecimento da qualidade das estruturas organizativas e da prática clínica, a confiança dos cidadãos e dos profissionais nas respetivas instituições é fortalecida (DGD, 2020c).

A uniformização e divulgação de procedimentos, instruções e protocolos, assim como a evidência do cumprimento de políticas institucionais, são reflexo das boas práticas. Estes são instrumentos fundamentais na diminuição da ocorrência de erro, promovendo a prestação de cuidados com qualidade, revestida de uma cultura de segurança e uniformização coletiva. O SNS disponibiliza a todas as instituições um *Sistema de Notificação de Incidentes*. O *NOTIFICA* é uma plataforma destinada à gestão de incidentes ocorridos no Sistema de Saúde, na qual o cidadão ou o profissional de saúde podem reportar três tipos diferentes de incidentes relacionados com: prestação de cuidados de saúde; violência contra profissionais de saúde ocorrida no local de trabalho; utilização de dispositivos médicos corto-perfurantes. É de realçar o papel determinante que este tipo de sistema representa no estabelecimento de um ambiente de segurança para o utente (DGS, 2014). Infelizmente, quando dialoguei com os profissionais, relativamente ao seu conhecimento e utilização da mesma, a maioria dos profissionais atribuem à notificação de um incidente um caráter punitivo e por isso não o realizam. Alves, Carvalho, & Albuquerque (2019) relativamente à elevada subnotificação de incidentes por parte dos profissionais, apontavam como principais barreiras percebidas por esses: o tempo exigido para notificar, o medo das consequências da sua notificação; a falta de feedback; a incerteza sobre o que notificar e, porque muitas vezes as notificações não levam a mudanças positivas. Se por um lado as motivações devem ser alvo de um estudo mais detalhado, também é certo que das já conhecidas barreiras é urgente que os responsáveis pela área da gestão adotem estratégias específicas que tragam melhorias ao processo de notificação. No meu entender ressalta-se a importância de trabalhar uma cultura justa (e não punitiva) diante da ocorrência dos incidentes, que embora considere o elemento responsabilização profissional, se objetivise na identificação das fragilidades ou falhas no sistema e não no desempenho em si do profissional, para realmente fortalecer a segurança dos utentes atendidos nos serviços de saúde. Além disso, dos diálogos com os enfermeiros da Equipa mostra-se necessário esclarecê-los relativamente a aspetos relacionados com a notificação propriamente dita, tais como: o que, como e onde realizar notificações de incidentes; e empenhar esforços para tornar a notificação mais fácil e desburocratizada, incentivando à sua participação neste importante processo.

Tendo por base os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem emanados pela OE (2001), no contexto à pessoa em situação crítica evidencio a política de prevenção de complicações, nomeadamente úlceras de pressão, na UCIC mediante a implementação de estratégias facilitadoras do cuidar, como o recurso aos colchões adaptados, o registo do posicionamento efetuado à pessoa em situação crítica e a utilização de um instrumento de avaliação de risco – *Escala de Braden* (e em cumprimento das recomendações da DGS (2011).

No CHTV a política de *Gestão da Qualidade e Segurança do Utente* implementada permite estabelecer as diretrizes que levam à aquisição da melhoria contínua da qualidade, da segurança e do bem-estar dos utentes, familiares e dos profissionais do hospital (SNS, 2020). De entre esta política destacamos as auditorias internas que a enfermeiros chefe promove, em articulação com elementos designados, no seio da própria equipa de enfermagem que efetuam, as mesmas, ao nível de: identificação de utentes (com pulseira contendo, no mínimo 2 elementos identificativos); avaliação do risco de queda dos utentes internados e atribuição da respetiva pulseira (operacionalizando a Normal N.º 8/2019 da DGS, referente à *prevenção e intervenção na queda*, DGS 2019); aplicação de pulseira, específica, na eventualidade de existirem alergias conhecidas; a identificação dos dispositivos relativos a cateterismos, central/periféricos (registo de data de introdução, data de aplicação de penso; adequabilidade de penso; otimização do dispositivo médico; data de colocação dos sistemas a ele acoplados; etc...). Operacionalmente, na UCIC, esses elementos ao auditarem os referidos aspetos, atestam se a conduta de enfermagem aí praticada está em conformidade com o previsto nas recomendações/protocolos institucionais e, simultaneamente, com as mais atuais evidências para a práticas nacionais, europeias e mundiais.

Ao nível do *Domínio da Gestão dos Cuidados* - durante o estágio colaborei com o enfermeiro responsável de turno na gestão dos recursos materiais e humanos do serviço, otimizando as respostas de enfermagem, garantindo a segurança e qualidade das tarefas realizadas. Este elemento é designado na elaboração de horário, de entre os enfermeiros com maior antiguidade no serviço, podendo ocasionalmente ser um enfermeiro especialista. Costa & Gaspar (2017) a esse propósito defendia que os programas curriculares de Mestrado em Enfermagem têm um impacto positivo nas capacidades de liderança e habilidades de gestão do enfermeiro e que podem ser aplicadas no local de trabalho. Ao nível dos recursos materiais o mesmo desenvolve atividades na reposição do stock (por níveis e com verificação de

validades), pedidos à farmácia, no acondicionamento e manutenção dos materiais e equipamentos e na mobilização de recursos humanos mediante a ocupação da Unidade.

Outro dos aspetos que mereceu a minha reflexão prendeu-se com as questões relacionadas com a avaliação de desempenho. No serviço está implementado o modelo do Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP) para Enfermeiros. Segundo este modelo pretende-se desenvolver uma cultura de gestão orientada para os resultados com base em objetivos previamente estabelecidos, favorecendo a autoavaliação e orientando os profissionais na sua atividade em função de objetivos claros e critérios de avaliação transparentes. Possibilita o reconhecimento do mérito, assegurando a diferenciação e valorização dos níveis de desempenho (Diário da República n.º 250/2007, atualizada a 25-12-2020). No âmbito do quadro legislativo referente à SIADAP, aplicado à Carreira Especial de Enfermagem, esta é uma problemática de administração e gestão com potencial de melhoria, necessitando, no meu entendimento, de um incremento reflexivo para se tornar mais sustentada e operacionalizável. Atualmente, a avaliação é interpretada pelos profissionais como sendo, tendencialmente, subjetiva, punitiva, sem parâmetros claros e quantificáveis, retirando ao processo o carácter motivador e diferenciador do desempenho. Contrariando essa tendência, acredito que uma avaliação clara e objetiva seria percebida como motivadora pelos profissionais, traduzindo-se na melhoria da qualidade de cuidados e com ganhos em saúde para a população. Em tempos propus a elaboração de um instrumento de Gestão, com vista à sua clarificação, tornando-a acessível, transparente e, potencialmente, motivadora do desempenho dos Enfermeiros, em específico na área da emergência extra-hospitalar, por se tratar do meu contexto de exercício profissional; com o objetivo de: contribuir para uma mudança de paradigma da Avaliação de desempenho em saúde, com base no atual quadro legislativo; e criar uma ferramenta com linhas orientadoras claras e quantificáveis, que permitam mensurar a avaliação de desempenho dos profissionais. Quem sabe não volte a abraçar este desafio... pois também aqui, no contexto intra-hospitalar senti que os Enfermeiros não reconhecem o potencial nesse sistema de avaliação.

Na constituição destas equipas, recomenda-se que 50% sejam enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, preferencialmente na área da Enfermagem à pessoa em situação crítica, em permanência nas 24 horas (Regulamento n.º 743/2019, 2019). O cálculo das dotações seguras não pode limitar-se ao critério do número de horas de cuidados por utente/dia ou tempos médios utilizados em determinados procedimentos, sendo

imprescindível que considere as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar. Tratando-se de uma unidade nível I os rácios enfermeiros/utentes recomendados são de um enfermeiro para dois utentes (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Uma das questões que também foi alvo de reflexão, prendeu-se com a gestão de recursos humanos tendo em conta a ocupação da unidade, sendo que quando a unidade se encontra com menos ocupação o enfermeiro responsável de turno comunica a um dos elementos escalado em horário para esse turno, para a possibilidade de gozo de horas acumuladas, não se apresentando ao serviço. A este propósito, outras unidades de cuidados intensivos utilizam o *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS), que possibilita, para além de medir a gravidade do utente segundo a complexidade e o grau de invasividade das intervenções, ainda permite aferir o tempo dispensado pelos enfermeiros para a realização de determinados procedimentos (Gonçalves, Garcia, Toffoleto, Telles, & Padilha, 2006). Mais recentemente, essa foi reestruturada na Nursing Activities Score (NAS), tendo sido incluídos os índices de gravidade de base fisiológica e as atividades de enfermagem não contempladas anteriormente, como os cuidados de higiene e o suporte e cuidados aos familiares/utentes. Segundo Borges, Bohrer, Bugs, Nicola, Tonini, & Oliveira (2017), a NAS é amplamente utilizada e recomendada na mensuração da carga/horário de trabalho efetivo da enfermagem *intensivista*, e contribui para o próprio dimensionamento de pessoal. Foi uma das sugestões de ferramenta de apoio à toma de decisão do enfermeiro especialista que sugeri aos meus tutores de para integrarem futuramente na UCIC.

O método de trabalho utilizado na UCIC é o método de trabalho de *enfermeiro responsável*, possibilitando a individualidade dos cuidados de enfermagem. Como referia Costa (2017), a metodologia de organização dos cuidados é um dos pontos essenciais na promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem. Para este autor, o modo como poderá ser organizada a prestação de cuidados, cuja responsabilidade é do enfermeiro gestor, reflete como são pensados e prestados os cuidados por toda a sua equipa, espelhando-se na qualidade da assistência prestada. O *método de enfermeiro responsável* caracteriza-se pela responsabilidade individual do Enfermeiro, pelas tomadas de decisão sobre os cuidados a serem prestados aos seus clientes, espelhando-se na descentralização da tomada de decisão e autorização em dirigir as ações de outros que o substituem na sua ausência.

Tive oportunidade a assessorar os meus Tutores, nas suas funções de gestão afetas à incumbência do papel de *Responsável de turno*, como foram exemplo: controlo diário de

temperatura do frigorífico contendo medicação termolábil; ajuste de rácios enfermeiros-utentes à lotação e tipologia dos utentes internados; gerir ausência de profissionais por múltiplas razões (licenças de nojo, ausências por apoio à família, isolamentos profiláticos, consultas...); requisição semanal de material clínico e hoteleiro; requisição de esterilização; requisição de resolução de anomalias/avarias de equipamentos; gestão de faltas de material clínico, etc...

A passagem de turno de Enfermagem decorre na sala de apoio de enfermagem, adjacente ao *open space* central da unidade, no turno da manhã com a presença de toda a equipa e a Enfermeira Chefe, para que todos tenham conhecimento da totalidade da informação, contudo tal facto faz com que a passagem de turno envolva a transmissão de muita informação, aumentando consideravelmente a sua duração (para além dos 15 minutos organizacionalmente previstos em horário). Segundo Almeida, & Costa (2017), as instituições de saúde podem adotar qualquer modalidade de passagem de turno, pressupondo que responde às necessidades do serviço. Sobre a gestão dos locais de passagem de informação, os mesmos autores indicam que deve ocorrer em locais “adequados, sem interrupções desnecessárias, sendo as informações transmitidas de forma clara, objetiva e completa” (Almeida & Costa, 2017, p. 86). Como já descrevi anteriormente, este é um elemento em que identifique a necessidade de ser ajustado à melhor evidência científica e às próprias orientações da DGS (2017) na, já anteriormente referida, ‘*Norma da Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*’ e às melhores evidências que prestigiam o momento de passagem de turno de enfermagem como sendo um momento de especial importância da segurança do utente (Melo, Balsanelli, Neves, & Bohomol, 2020). Procurando identificar algumas lacunas que, possivelmente, desmotivam a equipa de enfermagem a implementar medidas corretivas, relativas à atual metodologia de passagem de turno, aponto a exaustão dos profissionais, dado o arrastar da atual situação pandémica vivenciada, que causa uma já longa e permanente pressão à sua prestação de cuidados. Reconheço que a enfermeira chefe está desperta para esta problemática, procurando, não só, incentivar os enfermeiros a partilharem com ela as suas inquietações, como, ainda, divulga cartazes promotores de uma procura ativa e individualizada de apoio psicológico, dentro da própria instituição.

Importa ressaltar a postura aberta e de reflexão que, quer os Tutores, quer os restantes elementos da Equipa de Enfermagem demonstraram ao refletirmos em grupo questões do foro organizacional ou de dinâmica do serviço. Considero que estes momentos de reflexão alargada, por vezes até a elementos da equipa multiprofissional, foram importantes, não só

para o meu desenvolvimento profissional, mas, simultaneamente, ao processo de melhoria contínua do serviço, pois *ficou levantado o véu para os assuntos* passíveis de melhoria, e acredito que, a partir de daqui, novas ideias resolutivas possam surgir no futuro, do seio da própria equipa. As medidas corretivas, ao saírem da própria equipa, poderão ter maior probabilidade de serem aceites/incorporadas nos cuidados de enfermagem (quando comparadas com imposições/sugestões de elementos externos).

Em grupo elaboramos, ainda, por solicitação da Senhora Enfermeira Chefe da (UCIC), uma revisão científica dos cuidados de Enfermagem especializados ao Doente Cardíaco, no que se refere à Intervenção de Enfermagem: Procedimento de 1º Levante na UCIC, após um evento coronário agudo. A fundamentação desta solicitação, veio no sentido de procurar uniformizar o referido procedimento entre os diferentes enfermeiros da Equipa de Enfermagem, por reconhecimento de existirem discrepâncias nas suas práticas clínicas (necessidade percebida). Com a elaboração do mesmo, pensamos ter identificado as linhas orientadoras para uniformizar a Intervenção de Enfermagem: Procedimento de 1º Levante na UCIC, após um evento coronário agudo. E para tal, para além do trabalho descritivo, ainda sintetizamos os tópicos chaves desse Procedimento, para facilitar a sua operacionalização na prática clínica do enfermeiro. Ressalvamos que foi uma constante preocupação nossa elaborar o mesmo em consonância com o Enfermeiro do serviço, atualmente a frequentar a especialidade de enfermagem de reabilitação, com vista a garantir que o presente trabalho não colidia com o projeto final de curso que esse está a desenvolver, e de acordo com as competências de cada área de especialidade.

Desta forma, procurámos, positivamente, enquanto estudantes da pós-licenciatura de especialização enfermagem médico-cirúrgica, colaborar com a enfermeira chefe do serviço da UCIC na elaboração de um resumo científico, relativo à temática que foi por ela reconhecida como de prioritária/necessária normalização, para podermos, então, partilhar com os enfermeiros da Equipa de Enfermagem e, assim, desencadear efetivas melhorias das práticas clínicas, com ganhos efetivos em saúde para os utentes alvo de cuidados. Relevo a importância desta revisão no apoio às funções de chefia de enfermagem, cuja intenção passa por dar continuidade ao trabalho, por nós iniciado, com futuros estudantes, com vista a daí resultar uma *instrução de trabalho* interna da UCIC, relativa à temática.

Considero, ainda, que o trabalho de grupo, foi importante para fomentar a relação de inter-ajuda entre colegas de estágio, pois considero que inicialmente o mesmo não foi beneficentemente rentabilizado. O que infelizmente resultou, por exemplo, que no mês de

dezembro a enfermeira chefe não tivesse recebido, atempadamente, o horário planeado para estágio, facto que só foi apurado no mês seguinte; pois os restantes colegas confiaram no colega a quem foi atribuída essa tarefa. Considero que foi necessário implementar estratégias que aumentassem a confiança no trabalho colaborativo entre os elementos que, claramente, não estavam habituados a trabalhar em documentos simultaneamente, nem enviavam e-mail de interesse comum com o conhecimento dos colegas. Fazer uma avaliação das competências dos nossos colegas de trabalho e tirar o maior partido delas, também deve ser uma competência que enquanto enfermeiro especialista, com funções de chefia, devo aprimorar.

Ao nível do *Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais* - a reflexão da prática de cuidados com o meu enfermeiro orientador foi uma das estratégias que eu encontrei para promover o meu crescimento pessoal e profissional desta competência. Segundo Edwards, Hawker, Carrier, & Rees, (2015) o estágio é um local privilegiado de prática reflexiva. Os enfermeiros devem basear a sua atuação profissional nas boas práticas recomendadas, por forma a que os cuidados que prestam sejam cada vez mais seguros, visíveis e eficazes. De um modo geral posso dizer que os enfermeiros na UCIC dinamizam os projetos do serviço, para enriquecimento das suas competências e prática atualizada.

Uma das dificuldades sentidas prendeu-se com a tipologia e especificidade da terapêutica em uso no serviço, que exigiu que fizesse uma revisão dos conteúdos teóricos das unidades curriculares de Medicina Intensiva e Emergências Médicas do semestre anterior, o que considero que as colmatou. O mesmo aconteceu com as especificidades da leitura/interpretação de ritmos cardíacos (menos comuns), obtidos por eletrocardiografia, por mim efetuados em todos os turnos. A este nível, para além do estudo pessoal, o papel do meu tutor foi extremamente relevante na adequação dos princípios teóricos aos casos concretos dos utentes. Esse recordava-me, ainda, a este propósito que *'o enfermeiro cuida de pessoas e não de ritmos cardíacos'*, por isso devo desenvolver a capacidade de interpretação aquele exame de diagnóstico como uma das ferramentas disponíveis para, em conjunto de toda a restante anamnese e avaliação hemodinâmica da pessoa em situação crítica tomar as melhores decisões.

Relativamente ao desenvolvimento da competência de interpretação de ritmos cardíacos, relato uma situação em que estava a prestar cuidados a uma pessoa em situação crítica, em contexto pré-hospitalar, e perante um utente com bradicardia severa, cuja eletrocardiografia era indicativa de um bloqueio completo de ramo direito, e na qual me

foquei eu reverter a sintomatologia, que estava ao meu alcance reverter com base nas ações de enfermagem protocoladas, e abster-me de me centrar no bloqueio, pois não tinha, a esse nível, qualquer poder interventivo imediato. Procurei, assim, orientar a minha intervenção de enfermagem para a garantia do encaminhamento para um hospital com valência intensiva coronária e realizar um transporte até à unidade de saúde sob uma vigilância cardiológica de enfermagem especializada (que felizmente teve um desfecho positivo).

Acrescida à competência de interpretação de traçados de eletrocardiografia, considero que a oportunidade de colaborar com o enfermeiro durante o procedimento de *estudos eletrofisiológicos* foi de extrema relevância para sistematizar conhecimento relativos ao funcionamento elétrico cardíaco. Sucintamente os *estudo eletrofisiológicos*, caracterizam-se por serem estudos intracardíacos especialmente desenvolvidos para diagnosticar anomalias no sistema elétrico cardíaco, pelo que representam um grande avanço tanto no diagnóstico de arritmias, quando no poder de identificar a origem dessas e, assim, melhor orientar o tratamento a seguir, e que, consecutivamente, trará maiores resultados ao utente que deles são alvo. Para tal, utilizam-se eletrodos específicos, ligados a polígrafos de eletrofisiologia (com um mínimo, seis canais intracavitários, ligados a um estimulador cardíaco com capacidade para gerar estímulos elétricos básicos e, no mínimo, três extra-estímulos; e de realizar pacemaker temporário) computadorizados, que são colocados no interior das cavidades cardíacas, guiada por um equipamento com arco móvel de radiologia raio-x. Procurei, durante esses estudos, enquanto futura enfermeira, a desenvolver competências de especialista, ter como focos de atenção: a gestão de risco ambiental da equipa multiprofissional presente, estimulando o uso de equipamentos adequados à minimização da exposição à irradiação ionizante presente; a monitorização contínua do utente (de forma a verificar a estabilidade hemodinâmica do utente durante o procedimento invasivo); e assegurar a acessibilidade e operacionalidade do material de reanimação.

A elaboração de registos de enfermagem, usando o programa *Glinntt*®, possibilitou a integração de conhecimentos sobre uma plataforma de apoio à prática de enfermagem que não dominava. Trata-se de um programa informático prático e intuitivo que constitui uma ferramenta de registo crucial para os cuidados de enfermagem prestados, como anteriormente já referi (no sub-capítulo *1.1 Caracterização do Serviço: UCIC*). Segundo Mota, Pereira e Sousa (2014), os *Sistemas de Informação em Enfermagem* devem garantir os requisitos estruturais e de conteúdo, possibilitando a coordenação entre os vários profissionais envolvidos nos cuidados, promovendo a continuidade dos cuidados. A validação das

intervenções de enfermagem são efetuadas de forma rápida e clara. Recordamos, ainda, as palavras de Lima, Ivo e Braga (2013): o recurso aos *Sistemas de Informação em Enfermagem* devem contribuir para que os enfermeiros tenham mais tempo para a prestação de cuidados diretos. Os recursos informáticos devem apoiar os serviços e não substituí-los, por isso é determinante que da sua utilização não resulte a desumanização dos cuidados.

O programa *Glinntt*® (software informático de apoio à prática de registos clínicos de enfermagem) incorpora o referencial de diagnósticos para a Instituição. Nesse pode consultar-se o *padrão de diagnósticos de enfermagem* definido para o CHTV, com base na *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (CIPE); bem como a operacionalização de protocolos específicos da UCIC. Este tipo de ferramentas é determinante para a documentação de registos clínicos de enfermagem com o duplo objetivo de defesa do efetuando (enquanto prova da execução dos cuidados) e do alvo (no que diz respeito à continuidade de cuidados de saúde). Relativamente ao recurso à referida terminologia CIPE, Clares, Guedes, & Freitas, (2020) e Sousa, Abreu, Araújo, Torres, R. & Freitas, (2019) defendiam a necessidade de consolidar a Enfermagem como ciência e fortalecer a sua prática clínica nos diferentes contextos do cuidado, mediante a adoção de uma linguagem padronizada que defina e descreva a sua contribuição para o cuidado em saúde, com representatividade internacional, o que suscitou inúmeros debates que culminaram na conceção e desenvolvimento da CIPE, na década de 1990, pelo Conselho Internacional de Enfermeiros”. A CIPE é, assim, um sistema de linguagem padronizada que permite elaborar diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para indivíduos e famílias nos diferentes contextos da prática clínica, representando o domínio da prática da Enfermagem no âmbito mundial. Só o seu uso de forma contínua, por parte dos Enfermeiros a nível mundial, culminará num pleno aperfeiçoamento das suas ações, por meio de uma intervenção cada vez mais reflexiva e baseada na melhor evidência científica, e maior efetividade do processo comunicativo entre enfermeiros e os demais profissionais de saúde, assegurando maior reconhecimento e visibilidade à profissão nos diferentes contextos e cenários da prática clínica (International Council of Nurses Consejo Internacional de Enfermeras Conseil International des Infirmières, 2020). Pessoalmente considero que a CIPE proporciona à enfermagem uma nomenclatura una, cuja utilização é determinante para descrever e organizar a informação decorrente da implementação do *Processo de Enfermagem* e, assim, criar um instrumento para os enfermeiros evidenciarem a sua tomada de decisões autónoma

relacionada com a saúde do indivíduo e, assim, também em última instância, no próprio processo de determinação de políticas de gestão em enfermagem.

Os cuidados de enfermagem às pessoas em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistematizada de dados, com os objetivos de reconhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento n.º 429, 2018). Assim, neste tópico pretendo descrever as competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, por mim desenvolvidas, tendo por base o Regulamento n.º 429, 2018 da OE, identificando as dificuldades sentidas e as estratégias estabelecidas para as ultrapassar mediante uma análise reflexiva e cientificamente fundamentada.

Ao nível do *Cuidar da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica*:

Durante os dias de estágio tive oportunidade de acompanhar as várias etapas pelas quais um utente passa ao ser proposto ao processo de internamento na UCIC, desde a admissão até ao momento de alta para outro serviço de internamento/domicílio (situação rara). Participei na admissão da pessoa em situação crítica, preparando a unidade e o material para implementar a necessária monitorização invasiva (nomeadamente colocação e manuseamento de: *cateterismo venoso central* e de *cateterismo arterial central*, da *linha artéria - para avaliação de tensão arterial invasiva e gasimetria arterial; etc...*); manipulação do compressor mecânico e pneumático arterial temporário; e realizei junto do utente a respetiva *avaliação inicial de enfermagem*. A propósito do *cateterismo venoso central*, relevo que, para além do seu manuseamento asséptico desenvolvi competências na utilização dos seus acessos em função proximidade ou afastamento vascular. Aperfeiçoei, ainda, os meus conhecimentos relativos a interações e incompatibilidade farmacológica, sobretudo no que se referiu a fármacos do foro cardíaco (recorrendo frequentemente à tabela de interações presente na sala de preparação de medicação), e em função de dessa análise de risco selecionei o lúmen/acesso venoso que melhor se adequava à administração.

A propósito da *gasometria arterial*, relevo a desenvolvimento de competências de interpretação da mesma contextualizada numa avaliação clínica de enfermagem e anamnese do utente.

Desenvolvi competências em termos de monitorização de peso corporal diário (através da cama-balança), cálculos de diurese e de balanços hídricos, facilitadores da avaliação hemodinâmica do utente.

Tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados ao utente com suporte ventilatório não invasivo, possibilitando o desenvolvimento e a aplicação de conhecimentos relacionados com modos ventilatórios, acompanhando a sua repercussão em termos de estabilidade hemodinâmica. Em termos de intervenções de enfermagem é fundamental desenvolver um conjunto de ações que visem monitorizar os parâmetros ventilatórios, adaptação ao ventilador (máscara adequada à face do utente), a higiene e hidratação oral, a auscultação respiratória, a aspiração de secreções (quando necessário) e os posicionamentos adequados/favoráveis à recuperação.

A existência de *protocolos de serviço* instituídos, dos quais me procurei empoderar nas primeiras semanas de estágio, possibilitou não só uma atuação em conformidade com a situação, como proporcionou um crescendo de autonomia, confiança e segurança na prestação de cuidados de enfermagem (Sales, Bernardes, Gabriel, Brito, Moura, & Zanetti, 2018). Estes foram elaborados em estreita articulação entre a Equipa de Enfermagem e a Equipa de Médicos Cardiologistas (e de outras especialidade relevantes) e que, desta forma, permitem orientar a ação dos elementos da equipa de Enfermagem (e multidisciplinar) na *correção* de eventuais situações clínicas de descompensação hemodinâmica e analítica, na sequência da monitorização contínua da pessoa em situação crítica, de forma previamente delegada e regulada. Os Protocolos constituem, por si só, linhas orientadoras da prática de enfermagem, tomando como exemplo o protocolo instituído para a correção da glicémia em que baseado no valor obtido, o enfermeiro procede à administração das unidades de insulina de ação rápida correspondentes e posterior realização de nova monitorização de controlo horário. Existe, também, um protocolo sobre a nutrição entérica do utente crítico, que clarifica os critérios de iniciação ou de exclusão da nutrição entérica, bem como vantagens, desvantagens, prevenção de complicações e cuidados de enfermagem. A terapia nutricional no utente crítico deve ser iniciada o mais precocemente possível, pois reduz as complicações, mortalidade e os custos associados ao internamento, através de uma melhoria na sobrevida (Pedro, 2019). Enalteço, também, a importância do Elemento de Gestão do serviço em

instituir uma periodicidade curta de revisão dos mesmos (envolvendo os elementos da Equipa nessa), com vista a garantir que os mesmo estão em consonância com a melhor evidência científica detida, relativamente aquela temática, naquele momento temporal.

Outro dos resultados de aprendizagem que contribuíram para o domínio desta competência foi *fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar* da pessoa em situação crítica (Regulamento n.º 429, 2018). Esta competência é também reforçada pela OE (2008) que emanou um conjunto de boas práticas a aplicar pelos profissionais que incluem a avaliação da dor, a colaboração multidisciplinar na elaboração de um plano de intervenção farmacológico e não farmacológico e a continuidade de cuidados no que diz respeito ao controlo da mesma. No estágio tive oportunidade de utilizar diferentes escalas de avaliação da dor. Procurei de uma forma metódica promover o bem-estar do utente que era alvo dos meus cuidados, adotando medidas não farmacológicas de alívio de dor, através do posicionamento e da massagem, assim como o próprio equipamento utilizado, a cama e o colchão de pressão alterna, também contribuem. Enalteço, a título de exemplo, durante os meus turnos da sala de pacemaker, ter procurado recorrer ao toque terapêutico, como estratégia não farmacológicas de alívio de dor do utente submetido à intervenção cirúrgica. Utilizei, maioritariamente, a Escala Numérica, um instrumento simples que permite a avaliação contínua da dor (DGS, 2003; OE, 2008) (por exemplo: na sala de colocação de Pacemaker), no utente consciente, orientado e letrado. Enalteço, a título de exemplo, durante os meus turnos da sala de pacemaker, ter sugerido a aplicação de analgesia endovenosa a um utente, pois do contacto ocular permanente com o utente (acordado) fiz uma avaliação primeiro da expressão facial, depois confirmada com da aplicação da escala numérica de dor, de score 5. A dor dos utentes críticos, por vezes sedados e incapazes de verbalizarem as suas experiências dolorosas, é dos procedimentos mais desafiadores e complexos que os profissionais de saúde têm de desenvolver. Assim, sobretudo durante a execução e procedimentos sob sedação (por exemplo: na sala de hemodinâmica) apliquei a escala Behavior Pain Scale (BPS). Esta baseia-se em três itens comportamentais: expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória (Batalha, Figueiredo, Marques & Bizarro, 2013).

Segundo Galinha de Sá, Botelho e Henriques (2015), o conhecimento das formas de comunicação verbais e não verbais, são fulcrais para possibilitar ao enfermeiro construir uma relação terapêutica com a pessoa em situação crítica, tendo presente que esta possui, pela sua situação de doença, uma vulnerabilidade acrescida. As estratégias adotadas foram: utilização de frases simples, olhar dirigido, leitura dos lábios e o incentivo à comunicação não verbal.

Segundo Galinha de Sá, Botelho e Henriques (2015), a gestão da comunicação interpessoal com a pessoa e a família nestes contextos assume especial relevância, a família partilha informação essencial aos cuidados personalizados. Contudo, dado o atual contexto pandémico as visitas encontram-se suspensas no serviço. Assim, a presença da família enquanto elemento favorável para ultrapassar barreiras culturais e linguísticas, fornecendo o apoio emocional, carinho, esperança e promovendo a orientação na pessoa no tempo e espaço, teve que ser reinventada. No serviço, essa adaptação transformou-se numa prática corrente para alguns enfermeiros, ao concretizarem chamadas de vídeo dos utentes (cl clinicamente estáveis) com os seus familiares. Esta relação utente-família-equipa de saúde é uma verdadeira bandeira da intervenção de um dos meus tutores. Mostrou-se sempre extremamente preocupado por manter o elo de ligação familiar, de minimizar a solidão (e até alguma perceção de abandono) sentida e verbalizada por alguns dos utentes. Nesse seguimento, propôs aos meus tutores e à enfermeira chefe a elaboração de um Folheto informativo “Guia de acolhimento” (Apêndice I) na UCIC, adaptado à vigência do *Plano de Contingência COVID-19 – CHTV*. Este tem como objetivos: elucidar os utentes e familiares relativamente às restrições nas visitas hospitalares; contrariar sentimento de isolamento do utente internado; envolver os familiares no internamento do utente (prognóstico, tratamento, etc...); orientar utentes e familiares relativamente à dinâmica de permissões e restrições de bens pessoais do utente, no internamento UCIC; favorecer um clima salutar entre utente-família-profissionais, indispensável à criação de confiança mútua favorável à parceira de cuidados (DGS, 2020). Ainda neste sequência desenvolvi dois questionários de satisfação, acessíveis por links (a partir desse mesmo Guia de Acolhimento). Nesses envolvemos/desafiamos o Utente e os Familiares ([Link acesso https://forms.gle/KScUiNuxgFNvXsE49](https://forms.gle/KScUiNuxgFNvXsE49)) (Apêndice II) a, separadamente, avaliarem os Profissionais de Saúde com quem mais interagiram e o próprio serviço da UCIC. O formulário em questão, recolhe os dados (de forma anónima), e importando-os sob a forma de tabela de *excel*, a que o meu tutor tem acesso. A partir, desses, ele em conjunto com a enfermeira chefe, poderão futuramente fazer o seu respetivo tratamento avaliativo, com um olhar reflexivo interno, baseada na perceção daqueles que são alvo dos cuidados de saúde prestados na UCIC – debruçando-se sobre o indicador de qualidade: grau de satisfação dos utente/familiares. Esse indicador obtido, não só constituirá um elemento comparativo (com outras UCIC), verificando o seu grau de congruência com o patamar de regularidade, como, caso o mesmo não se verifique, se reconheça que se trata um indicador com potencial de melhoria... e, nesse sequência, definir e instituir as medidas corretivas necessárias! Relembro

que os processos de melhoria contínua devem ser um foco de atenção e de intervenção do enfermeiro especialista (*Domínio da Melhoria da Qualidade*, como já vimos anteriormente).

Relativamente à questão da autogestão medicamentosa, já anteriormente abordada, relato os casos clínicos de três utentes internamentos na UCIC, por bloqueios aurículo ventriculares completos que, segundo avaliação médica, teriam na sua origem uma provável iatrogenia medicamentosa. Num dos casos, a utente teve alta da UCIC, diretamente para o domicílio, após uma revisão do regime medicamentoso e de serem efetuados os respetivos ensinamentos de enfermagem relacionados com a adesão e a autogestão do regime medicamentoso. Tendo eu ficado mais desperta para este tipo de influência na agudização do doente cardíaco, atualmente, nas situações de insuficiência cardíaca em contexto de extra-hospitalar, em que pela anamnese tenho indícios de uma não adesão ou inadequada autogestão medicamentosa, documento essa suspeita nos registos clínicos como uma possível causa da agudização e, simultaneamente, deixo a indicação para o sistema de registos do INEM referenciar o utente para os cuidados de saúde primários, por ‘não cumprimento de regime medicamentoso’.

Uma outra oportunidade de aprendizagem que influenciou, significativamente, a minha prestação de cuidados de enfermagem especializados, foi ter aprendido a ler o cartão relativo à implantação de CDI, durante a colaboração na *sala de implantação*. Compreendi a relação entre a situação clínica e a tipologia de CDI selecionado para implantação e, dessa forma, aprendi a interpretar as siglas que aí constam, o que me permite, a partir daí, compreender a causa da insuficiência cardíaca que esteve na origem da sua implantação, e dessa forma ajuda-me a distinguir alterações eletrocardiográficas recentes das já anteriormente, expectavelmente, existentes. Tal facto é, em muitas situações, importante para me ajudar a avaliar o impacto dessas alterações na criticidade da pessoa no momento atual de agudização. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica tendem a ser associados à execução de técnicas e procedimentos num ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas, associadas à constante presença da hipótese de *morte*, aspetos esses que podem gerar ansiedade, não só no próprio utente e família, como também nos Enfermeiros (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011). A partilha de informação entre a equipa multidisciplinar facilita o processo de tomada de decisão, dado que maioritariamente a pessoa em situação crítica se encontra prostrada (ou até sedada, em algumas situações), incapaz de interagir verbalmente o que condiciona a expressão da sua vontade/opinião, por isso escutar as famílias é uma parte fundamental do cuidar daquele indivíduo vulnerável. As famílias, durante as vídeo-chamadas, questionam-nos sobre os alarmes sonoros/parâmetros vitais dos monitores

desviando a atenção do seu familiar, propriamente dito, cabendo ao enfermeiro recentrar o foco daquele momento. Segundo Galinha de Sá, Botelho, & Henriques (2015), a família vivencia de forma muito intenso e emocional todos os momentos e alterações no estado clínico do seu ente querido (enquanto que a pessoa, por vezes, até só compreende a gravidade da sua situação na fase posterior, já de convalescença). As principais estratégias, utilizadas por mim nestas videochamadas, para desenvolver competências ao nível da parceria de cuidados com a família, foram: comunicar de forma eficaz informações realistas sobre o estado clínico do utente, numa articulação multiprofissional; promover o seu envolvimento otimista com o utente; e prestar apoio em situações de tristeza/luto (possibilitando por exemplo, excepcionalmente, a visita presencial dos familiares mais próximos). Ainda, a este propósito, tive a oportunidade de acompanhar a gestão multiprofissional, de uma situação de exceção relativamente à proibição de visitas, relativa a um utente em cuidados paliativos em que foi permitido que os familiares, de referência, viessem *despedir-se* do seu ente querido (tendo, assim, a oportunidade de trabalhar competências comunicacionais e emocionais de gestão do luto familiar). Nesta situação, enalteço, simultaneamente às intervenções direcionadas à gestão do luto, a ação empática e humana para com esses familiares, bem como o rigor asséptico que o tutor não descurou - os familiares foram recebidos à porta pelo mesmo, foi-lhe explicada a necessidade de higienização das mãos, através da fricção antisséptica dessas com solução alcoólica, a utilização de bata descartável e na saída, após retirada do EPI (com orientação e supervisão desse profissional, explicando as etapas e importância do seu cumprimento), realizar a repetida fricção antisséptica (DGS, 2020b).

Para Bertoncello Fontes, de Menezes, Borgato, & Luiz, (2017) mediante a reflexão sobre os cuidados prestados, os enfermeiros compreendem os obstáculos representados pela falta de habilidade da equipa médica na comunicação de más notícias, pela falta de preparação dos enfermeiros para lidar com os familiares que vivenciam uma perda repentina, ou pela dificuldade que as famílias têm em aceitar e compreender o significado do final de opções terapêuticas. Mas se por um lado, considero que nunca estamos devidamente preparados para a comunicação de más notícias, enalteço a oportunidade de acompanhar o meu tutor na comunicação telefónica do falecimento de utentes a familiares e de aprender as suas estratégias de gestão do luto familiar, com recurso, por exemplo à empatia, respeito, gestão dos silêncios; gestão das manifestações de tristeza, etc...

A implementação organizacional de uniformidade entre os **Carros de Emergências** de diferentes serviços é uma preocupação do serviço. Procura, assim, que exista um certo grau

de uniformidade quer na sua organização, etiquetagem, consumíveis e fármacos existentes. Estes aspetos são determinantes na promoção de um acesso rápido, como diminui a probabilidade de ocorrência do erro, em situações que já por si envolvem elevados níveis de stress (Oliveira, Oliveira, Silva, & Nunes, 2019). No que se refere à sua verificação (operacional e validades) a mesma deverá ser calendarizada (por exemplo, com periodicidade de diária e 3-3 meses, conforme o elemento a que diz respeito). Relevo a importância de existir uma calendarização de verificação de validades devidamente fixada, cuja verificação do cumprimentos está, frequentemente, a cargo dos Enfermeiros especialistas do serviço. Tive oportunidade de demonstrar, em três situações distintas, competência de suporte avançado de vida, em contexto intra-hospitalar de paragem cardiorrespiratória presenciada, bem como colaborar na tomada de decisão partilha por parte da equipa multidisciplinar responsável pelas manobras de reanimação, ponderando critérios de prolongamento/suspensão dessas. Foi frutífero refletir sobre as similaridades/diferenças entre esta prática de enfermagem avançada em contexto intra-hospitalar e em contexto de extra-hospitalar (com o qual estou mais familiarizada).

Duas das situações em que gostaria de ter desenvolvido competências, mas que não existiram, infelizmente, oportunidades de aprendizagem desse foro, foram os cuidados de enfermagem especializados relacionados com o procedimento de hemodiafiltração e o procedimento de suporte ventilatório invasivo. No caso da primeira área, o meu interesse devia-se à minha inexperiência na mesma. No caso da segunda área refere-se ao meu interesse em adquirir mais conhecimentos relacionados com os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, com *Síndrome de Dificuldade Respiratória no Adulto* grave, com suporte ventilatório invasivo, e implementar e promover o posicionamento em decúbito ventral (tão em voga na atual realidade clínica pandémica). Segundo AHC MEDIA (2021) e MISHRA (2020) o recurso ao decúbito ventral tem-se mostrado uma técnica segura e eficaz para melhorar a oxigenação da pessoa, sendo importante o seu treino por parte das equipas de enfermagem, de modo a: promover a sua execução de forma mais recorrente; reduzir o tempo associado à sua execução propriamente dita; diminuir o risco de intercorrências a ela associada; e vigiar possíveis complicações. Ainda relativamente a esta última área de interesse, também não houve a oportunidade de aplicar a técnica de aspiração em circuito fechado do utente ventilado, cujas vantagens são: evitar a diminuição dos volumes pulmonares controlados e a descida da saturação parcial de oxigénio, (associada à desconexão

do ventilador) nomeadamente na insuficiência respiratória grave e quando se recorre a altos níveis de pressão expiratória final positiva.

Ao nível do *Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multivítima, da Conceção à Ação* - é uma preocupação da Chefia da Equipa de Enfermagem da UCIC dotar os seus elementos de conhecimento e experiência, que lhes permitam o desenvolvimento de competências que os orientem numa tomada de decisão, para a ação, correta e atempada, para situações de emergência e catástrofe.

Assim, o CHTV tem, institucionalmente definido, uma Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, associada ao '*Núcleo de Emergência*', constituída por um médico e um enfermeiro, que tem como objetivo responder a situações de emergência que ocorrem na Instituição. A sua ativação baseia-se em *critérios de ativação* concretos, para uma situação emergente, e é efetuada através de chamada telefónica, para o número #112. Dado que a UCIC tem médico permanente e a Equipa de Enfermagem possui conhecimento e experiência de suporte avançado de vida, este tipo de ativação do Núcleo de Emergência não ocorre (por norma). Todavia, as informações relativas à ativação desse, não só estão vertidas no '*Protocolo de Serviço*', como existem expostas na *Hall* da Unidade para consulta e operacionalidade rápida dos profissionais.

Ainda relativamente ao Plano de emergência interno do CHTV e os seus respetivos circuitos, este não inclui um específico para a UCIC. A *Equipa de Gestão do Risco* da Instituição já promoveu a esse nível formações destinada aos Colaboradores da Instituição, nas quais alguns elementos da Equipa de Multiprofissional a UCIC já teve oportunidade de frequentar e empoderar-se do conhecimento e treino das respetivas ações expectáveis. Nessas foram abordadas temas como: '*Como proceder em caso de Emergência*'; e '*O que fazer em Caso de Incêndio?*' (cujos esquemas estão afixados nas paredes da Unidade).

Ao nível do *Maximizar a Intervenção na Prevenção e Controlo Da Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos Perante a pessoa em situação crítica* - o CHTV possui um *Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)*, que tem em cada serviço um elo de ligação, que, por sua vez, promove a missão do grupo junto dos enfermeiros da equipa, com vista à sua operacionalização.

Segundo dados do Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos (2017) as IACS são um problema de saúde pública que assumem cada vez maior relevância na gestão em saúde, pelos elevados custos e mortalidade a elas associados. Estatisticamente, as infeções cruzadas, tendo como veículo de transmissão as mãos dos profissionais de saúde, é apontada como a sua causa mais prevalente, sendo por isso a higiene das mãos o procedimento basilar efetivamente capaz de prevenir e reduzir a transmissão de microrganismos responsáveis pela grande maioria das infeções hospitalares. Ainda, segundo a mesma fonte, as IACS e o aumento da resistência aos antimicrobianos são responsáveis por significativos agravamentos do prognóstico clínico dos utentes portadores de uma patologia primária, bem como pelo acréscimo de consumo de recursos hospitalares, prolongamento dos dias de internamento e, conseqüentemente o agravar de custos em saúde. O contacto com a prática clínica de enfermagem, no âmbito de uma *unidade de cuidados intensivos*, foi vital para me pôr a refletir sobre a minha própria prestação de cuidados de enfermagem, no meu contexto profissional, no dia-a-dia... e redefinir as minhas próprias estratégias de controlo de infeção cruzada, que procurei, desde o primeiro dia, operacionalizar/implementar, a fim de melhorar a minha prática clínica (como é exemplo: a delimitação física de espaços contaminados, por exemplo delimitado com um resguardo no chão, diferenciado do espaço limpo a ocupar no pós desinfeção). Embora, assumo que seja complexo aplicar determinados pressupostos no controlo de infeção hospitalar em contexto extra-hospitalar, por não se tratar de um ambiente controlado, a verdade é que depende de cada um de nós fomentar esta área de preocupação/foco da enfermagem e dar-lhe a adequada resposta, independentemente do contexto intra ou extra-hospitalar.

A implementação de medidas direcionadas para as IACS (Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos, 2017) nomeadamente com: a existência de solução alcoólica em todas as unidades do utente; o sistema de abertura de água com o cotovelo; a disponibilização de Equipamento de Proteção Individual descartável (bata, touca, máscara e luvas); a disponibilidade de fardamento higienizado em contexto hospitalar para troca; a higienização terminal da unidade do utente após alta, e da própria unidade em todos os turnos; o uso de desinfetante à base de Clorohexidina 2% para colheita de sangue (a partir do *cateter venoso central/linha arterial*) ou para manipulação de conexão dos sistemas obturados; a etiquetagem dos sistemas e fármacos em perfusão para a sua substituição diária; separação/triagem de resíduos/lixos adequada; etc... Como elemento passível de melhoria recomendaria, como adaptações físicas ao serviço, a introdução de sistema automático de

abertura de portas para quartos e serviço; substituição dos sistemas manuais dispensadores de sabão para lavagem das mãos por sistemas automáticos (na presença de mãos na proximidade); a desinfecção periódica dos teclados e ratos em utilização pela equipa multiprofissional; aumentar o número de quartos com antecâmara para melhor proceder de colocação/remoção do EPI.

Os cuidados na execução de técnicas, tais como executar técnicas de tratamento ao local de inserção do cateter venoso central e da linha arterial, foram realizadas sempre de forma assética, cumprindo todas as normas associadas à prevenção da infeção.

A limpeza na UCIC é assegurada diariamente pelas assistentes operacionais, garantindo a operacionalização de todos princípios básicos de assepsia, existindo a separação das zonas limpas e das zonas sujas, a limpeza diária/terminal da unidade do utente e o desperdício de todos os materiais clínicos que estiveram no interior do quarto do utente (preferencialmente de uso descartável e único).

Segundo dados do Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos (2017), os profissionais da área da saúde estão expostos constantemente ao risco de adquirir infeções pelo contacto com os fluídos corporais durante o desenvolvimento da sua atividade profissional. O procedimento da aspiração da via aérea é aquele que mais expõe o enfermeiro, sendo fonte potencial de transmissão de doença, devendo este ter plena consciência dos riscos a que se expõe, durante o mesmo. No que diz respeito aos tipos de isolamento, os utentes são alvo de rastreio séptico, sempre que necessário, como a realização da zaragoas a exsudatos respiratórios, urocultura e/ou hemoculturas. A implementação de medidas de isolamento (por contacto, aérea ou gotículas), exigem, por si só, medidas adicionais às precauções básicas e tem em consideração as vias de transmissão do patógeno cujo utente é portador (DGS, 2020b). Durante o EC há a registar o internamento de vários utentes infetados com SARS-Cov-2 (cuja regularidade de incidência foi aumentando ao longo do decorrer do estágio) ou numa fase precoce, ainda, de despistagem desse (a aguardar resultado de teste molecular). Na sequência do contacto dos profissionais com estes utentes (que carece de medidas de isolamento por gotículas) e dado não estarem em uso no serviço diagnósticos de enfermagem direcionados a esta situação em particular, considereei como pertinente debruçar-me reflexivamente sobre a sua documentação no processo clínico. O desafio que coloquei a mim mesma foi: se fosse possível agir no quadro de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, no que se refere a esta situação assistencial, o que me motivaria a alterar na prática clínica de enfermagem atual.

Como posso documentar as especificidades dos cuidados de enfermagem ao utente com necessidades de medidas de isolamento por gotículas, melhorando os cuidados que lhe são prestados e, simultaneamente, garantir que os mesmos são documentados, justificando superiormente, por exemplo, a necessidade de aumentar o rácio de enfermeiro-utente por turno, nessa situação? Desta forma, desenvolvi uma pequena pesquisa para determinar os focos e, subsequentes, diagnósticos de enfermagem, com base na linguagem CIPE, bem como as intervenções de enfermagem emergentes.

A convite da Enfermeira Chefe do serviço tive a oportunidade de frequentar o *Curso pré-reunião de Insuficiência Cardíaca para Enfermagem*, do evento *'Heart Team 2021: Cuidados Multidisciplinares e Integrados na Insuficiência Cardíaca – O doente no centro'*, promovido pelo Grupo de Estudo de Insuficiência Cardíaca, da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, no dia 28 de janeiro, em formato digital. Foi muito interessante ver os projetos de enfermagem que se desenvolvem, atualmente, por várias zonas do país relativos ao acompanhamento do utente com insuficiência cardíaca. Tive a oportunidade de ouvir enfermeiros peritos preocupados em avaliar a adesão dos utentes com insuficiência cardíaca ao regime medicamentoso (aplicam em ambulatório, por exemplo, a escala de *Medida de Adesão aos Tratamentos - MAT*). Foi curioso ver que a área de interesse e de investigação, em que estou a desenvolver o meu *Relatório final*, é igualmente partilhada por outros enfermeiros e que inclusive também optaram pelo mesmo instrumento para a aferirem. Também na insuficiência cardíaca se considera que a não adesão ao tratamento constitui, provavelmente, a mais importante causa de insucesso das terapêuticas prescritas, introduzindo disfunções hemodinâmicas e, no próprio, sistema de saúde através do aumento da morbilidade e da mortalidade evitável. Diariamente, sou ativada no extra-hospitalar, para prestar cuidados à pessoa em situação crítica causada por agudização/descompensação de uma condição crónica já conhecida e sob medicação, daí esta se ter tornado uma área de relevante interesse para mim. Dada a presente realidade percebida, identifiquei como linha de investigação para o meu *Relatório final*: a *'adesão e autogestão do regime medicamentoso pela pessoa com condição crónica'*, a partir da qual irei desenvolver uma investigação, com o objetivo de: determinar o nível de adesão ao regime medicamentoso; e relacionar a influência dos fatores sociodemográfico e clínicos na adesão e na autogestão ao regime medicamentoso. Os sistemas de saúde, nas últimas décadas, têm procurado capacitar as pessoas com condição crónica na autogestão da sua patologia, nos autocuidados e na auto-monitorização do seu nível de saúde (Kwan et al., 2020). Numa apologia clara de que os utentes controlados

apresentam, não só, maiores índices de qualidade de vida, como também, menores taxas de internamentos evitáveis, constata-se uma subsequente redução da sobrecarga dos serviços hospitalares e gastos em cuidados clínicos (Anderson et al., 2020). Um utente que consegue com sucesso atingir a auto-gestão da sua condição crónica vive com melhor qualidade de vida (Tesfaye et al., 2020). Será o investimento crescente em promover o conhecimento destas matérias junto deste tipo de utentes que permitirá uma maior sustentabilidade dos sistemas de cuidados. Assim, ao direcionarmos os focos de enfermagem para a vertente da capacitação e da literacia em saúde, acreditamos ser possível que o utente portador de patologia crónica reconheça os benefícios da adesão e autogestão do regime medicamentoso (Heizomi et al., 2020; While, 2020). Desta forma, procurar-se-á que o utente tire o maior partido da utilização da sua medicação crónica, em consciência, cumprindo-a de forma rigorosa e de acordo com as instruções do profissional de saúde que a prescreveu, em contínua parceria com uma vigilância/accompanhamento de enfermagem. O utente ao seguir, com o rigor necessário as recomendações feitas pelos profissionais de saúde, tanto na toma correta da medicação, como na gestão do horário e da duração da terapêutica, em função das características de cada medicamento, conseguirá atingir o expoente máximo do seu eficiente uso (Anderson et al., 2020; Tesfaye et al., 2020).

2.1. Linguagem classificada aplicada ao utente infetado com SARS-Cov-2 (ou com suspeita) admitido na UCIC

O ambiente hospitalar envolve a exposição dos profissionais de saúde a uma diversidade de riscos, especialmente os biológicos, tendo como consequências exposição e aquisição de infeção (DGS, 2020b). Perante os utentes internados infetados com SARS-Cov-2 ou na fase de despistagem/suspeita, é fundamental manter, continuamente, as medidas de isolamento até que se confirme analiticamente a sua inexistência ou durante todo o período em que se apresente positiva. Essa pessoa é mantida no quarto de isolamento, com antecâmara, e todos os profissionais que a ele prestam cuidados munem-se de EPI adequado a um isolamento por gotículas.

Perante este tipo de utente sugiro, então, a identificação dos seguintes *focos* (enquanto áreas de atenção relevantes para a enfermagem), segundo a CIPE® Versão 2: *Limpeza da Via Aérea* (10002090); *Ventilação* (10020704); *Infeção* (10015133); e *Dor* (10013950).

Perante os referidos *focos* de enfermagem formulei os seguintes diagnósticos enfermagem emergentes, e as subsequentes intervenções de Enfermagem emergentes associadas a cada um deles, segundo CIPE® Versão 2:

- *Limpeza das vias aéreas ineficaz* → A limpeza das vias aéreas é um procedimento bastante frequente e essencial na pessoa em situação crítica em ventilação mecânica (MISHRA, M. (2020; Pagotto, Oliveira, Araújo, Carvalho & Chiavone, 2008). A eliminação de secreções no trato respiratório é uma prioridade nos cuidados à pessoa em situação crítica, permitindo a passagem de ar pelas vias respiratórias e promovendo as trocas gasosas. Dada a sedação, a pessoa em situação crítica carece de ser substituída nesta função fisiológica, uma vez apresentar reflexo de tosse ineficaz na presença do tubo orotraqueal. A limpeza das vias aéreas tem como objetivo manter as vias aéreas permeáveis, prevenir infeções, promover trocas gasosas, incrementar a oxigenação, melhorando, assim, a função pulmonar (Pagotto, Oliveira, Araújo, Carvalho & Chiavone, 2008). A monitorização da pessoa em situação crítica na UCIC é contínua, possibilitando a antecipação precoce de complicações e a atuação em caso de complicação não detetada antecipadamente. Para garantir a limpeza eficaz das vias aéreas é necessário por vezes realizar a aspiração de secreções, contudo esta deve ser efetuada de forma ponderada e não rotineira.
 - *Avaliar limpeza das vias aéreas;*
 - *Executar inaloterapia;*
 - *Vigiar as secreções;*
 - *Aspirar secreções;*
 - *Vigiar características das secreções.*
- *Ventilação comprometida* → Na pessoa em situação crítica é importante a relação ventilação / perfusão, considerada como um continuum, tendo em conta que por vezes o processo mecânico é afetado pelo processo fisiológico e vive-versa. Os alvéolos recebem ventilação, mas as trocas gasosas não são promovidas, enquanto que noutras situações, os alvéolos são perfundidos mas não ventilados, o que limita igualmente a participação na troca gasosa, podendo ambas resultar em hipoxemia. A pessoa em situação crítica com compromisso respiratório apresenta necessidades específicas e eminentes, tendo em conta o carácter vital dessa alteração. Respirar é fundamental para a

oxigenação de células e tecidos. Alterações no padrão de oxigenação/respiração representam potencialmente consequências importantes a nível sistémico, nomeadamente no que respeita à perfusão de órgãos vitais (Ferreira & Mendes, 2017).

- *Vigiar alterações de estado de consciência;*
 - *Monitorizar sinais vitais (com especial enfoque para a frequência respiratória);*
 - *Monitorizar a saturação de oxigénio periférica;*
 - *Vigiar respiração;*
 - *Avaliar adaptação à máscara do sistema de ventilação não invasiva;*
 - *Avaliar adaptação parâmetros de ventilação não invasiva;*
 - *Posicionar para otimizar a ventilação;*
 - *Monitorizar balanço hidroeletrólítico;*
 - *Hidratar mucosas;*
 - *Executar higiene oral.*
- Infeção presente → É definido como “processo patológico: invasão do corpo por microrganismos que se reproduzem e multiplicam, causando doença...” (OE 2010b, p. 59). Aquando da admissão no UCIC todos os utentes realizam o respetivo rastreio, mediante colheita de zaragatoa orofaríngea. A continuidade da implementação de medidas de isolamento decorre do resultado obtido, ou pela presença dos critérios de presunção de infeção (DGS, 2020b). Enfatizar, ainda, que as infeções (sejam ISCS ou de outra causa) implicam para a unidade prestadora de cuidados, um acréscimo significativo de recursos humanos dedicados à pessoa com infeção, bem como elevados custos financeiros. O enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica deve atuar no sentido de prevenir a transmissão cruzada de forma a promover a melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança dos doentes. Na pessoa em situação crítica com foco infeccioso ativo o uso de EPI é mandatório, pois visa a proteção coletiva e individual do enfermeiro que executa a técnica.
 - *Monitorizar temperatura corporal;*
 - *Restringir infeção;*
 - *Aplicação de medida de isolamento;*
 - *Executar tratamento ao local de inserção do cateter arterial/cateter venoso;*

- *Vigiar sinais inflamatórios.*
- Dor presente (em grau elevado) → O “aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento” (OE 2010b, p. 50). A abordagem da pessoa em situação crítica com dor deve ser baseada na melhor evidência científica, no sentido de prevenir e controlar a dor, melhorar a sua qualidade de vida e capacidade funcional (DGS, 2017). As fontes de dor na pessoa em situação crítica são variáveis, dado que sofrem pela gravidade do seu estado clínico, pela quantidade de cuidados de enfermagem prestados de forma contínua, pelos procedimentos invasivos de diagnóstico e tratamento, pelas cirurgias e pela presença de dispositivos terapêuticos de forma contínua (Batalha, Figueiredo, Marques & Bizarro, 2013).
 - *Vigiar dor;*
 - *Monitorizar dor (através de escala adequada);*
 - *Executar estratégias não farmacológicas;*
 - *Posicionar posicionamento melhor tolerado;*
 - *Assistir a identificar estratégias de alívio da dor;*
 - *Gerir terapêutica.*

PARTE III – INVESTIGAÇÃO

No presente capítulo será descrito o trabalho investigativo desenvolvido no final desta etapa e com ele demonstrar a aquisição das competências investigativas desejadas.

A motivação pela temática em estudo deve-se ao interesse pessoal da autora pela pediatria, que é Mestre e Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, que trabalhou no Serviço de Oncologia Pediátrica no Hospital Pediátrico de Coimbra, de 2011 a 2017. Se é verdade que já teve um histórico investigativo, esse foi no âmbito da investigação qualitativa distinto deste a que atualmente se propõe. Na altura desenvolveu um estudo de cariz fenomenológico, segundo a metodologia do Georgi, com o tema *'Vivências diagnósticas dos adolescentes com doença hemato-oncológica'*.

Associado a esse interesse pessoal, está a especificidade do contexto profissional em que atualmente exerce cuidados de enfermagem, o ambiente pré-hospitalar... em que desde sempre procurou exercer cuidados positivamente diferenciados, sempre com vista à especialização. Este contexto pré-hospitalar, que lhe é tão familiar, caracteriza-se por especificidades próprias (ex.s: a transdisciplinaridade das intervenções, a abrangência pluripatológica em todo o ciclo vital, a diversidade dos espaços de trabalho, a imprevisibilidade pelo desconhecido que cada ocorrência comporta,...). É ali, neste local inóspito, que a autora procura continuamente exercer cuidados de enfermagem de excelência. Fundindo estes elementos chave - pediatria e pré-hospitalar - numa única problemática de estudo, desenvolveu, como trabalho de investigação de suporte à conclusão do mestrado, o *Protocolo da Revisão sistemática da literatura Scoping* que visa identificar e mapear as técnicas de imobilização administradas às vítimas pediátricas de trauma no pré-hospitalar. Foram formuladas as seguintes questões de investigação: Quais as técnicas de imobilização utilizadas nas situações de trauma pediátrico no pré-hospitalar? Quais as especificidades clínicas presentes na seleção das técnicas de imobilização? Quais os profissionais que aplicam as técnicas de imobilização? O estudo final terá interesse científico, destinando-se a sua publicação a informar especialistas e interessados sobre o estado da ciência existente, a respeito da área em análise, inclusive de dados que eventualmente ainda não tenham sido divulgados de forma mais generalizada à comunidade científica.

Os orientadores deste Curso de Mestrado sugeriram que a apresentação da investigação em causa fosse feita sob a forma de *Artigo Científico*. E dado que o Instituto Politécnico de Viseu tem a sua *própria* Revista Científica de revisão por pares, teria interesse avançar a preparação do Artigo para submissão à mesma. O manuscrito será preparado para dar resposta à checklist de submissão à Revista Millenium – *Journal of Education, Technologies, and Health*, cujo editor é *Centre for Education, Technology and Health Studies (CI&DETS) at the Polytechnic Institute of Viseu*.

Esta revisão Scoping foi registada no Open Science Framework (Anexo I). Foi obtido, ainda, um parecer favorável da Comissão de Ética do IPV (Parecer n.º 25/SUB/2021) para a consecução final desta Revisão Scoping (Anexo II).

A opção pela segunda investigadora P.L., para a realização do trabalho investigativo, deve-se ao facto desta investigadora e da autora principal estarem ambas no mesmo nível académico investigativo e a desenvolver um processo de investigação de Revisão Sistemática da Literatura (RSL) para conclusão do grau de Mestre em enfermagem especializada médico-cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica.

3. ARTIGO CIENTÍFICO

Seguem-se nas próximas 15 páginas o Artigo científico, no *template* da Revista a que foi submetido (Anexo III).

Millenium, (),

ORIGINAL ARTICLE

**TÉCNICAS DE IMOBILIZAÇÃO EXECUTADAS NO PRÉ-HOSPITALAR NO TRAUMA PEDIÁTRICO –
PROTOCOLO DE REVISÃO SCOPING**

**IMMOBILIZATION TECHNIQUES PERFORMED IN PRE-HOSPITAL CARE IN PEDIATRIC TRAUMA - SCOPING
REVIEW PROTOCOL**

**TÉCNICAS DE INMOVILIZACIÓN REALIZADAS EN LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN TRAUMA
PEDIÁTRICO - PROTOCOLO SCOPING REVIEW**

m

RESUMO

Introdução: O trauma é a principal causa evitável de mortalidade pediátrica. Aos profissionais de saúde do pré-hospitalar cabe utilizar diversas técnicas de imobilização com o objetivo de melhorar o desfecho clínico dessas vítimas e as co-morbilidades daí resultantes. As especificidades anatomofisiológicas encontradas nesse grupo etário levam a que as evidências encontradas quanto à tipologia e técnicas de imobilização sejam escassas e dispersas.

Objetivos: Identificar e mapear técnicas de imobilização em vítimas de trauma pediátrico.

Métodos: A Revisão Scoping seguirá a metodologia da JBI, usando a estratégia de pesquisa em bases de dados on-line revistas por pares (CINAHL Plus, PubMed, Cochrane Central Register of Controlled Trials, JBI Database Systematic Reviews & Implementation Reports and Cochrane Database Systematic Reviews) e de literatura cinzenta (RCAAP, OpenGrey: System Information Grey Literature in Europe, Banco de teses CAPES), de 2001 a 2021. Dois investigadores analisarão e extrairão os dados de forma independente, para uma análise descritiva e quantitativa estatística apropriada.

Conclusões: A Revisão servirá para identificar as técnicas de imobilização utilizadas na população pediátrica, em função do tipo e localização do trauma, e permitirá identificar lacunas de pesquisa. Os estudos serão classificados de acordo com as técnicas de imobilização utilizadas, serão, ainda, descritas as especificidades clínicas na seleção dessas e os profissionais que as aplicam.

Palavras-chave: Serviços Médicos de Emergência; Assistência Pré-Hospitalar; Ferimentos e Lesões; Criança; Imobilização.

ABSTRACT

Introduction: Trauma is the main preventable cause of pediatric mortality. It is up to prehospital health professionals to use various immobilization techniques to improve the clinical outcome of these victims and the resulting comorbidities. The anatomical and physiological specificities found in this age group mean that the evidence found on the typology and immobilization techniques is scarce and dispersed.

Objectives: Identify and map immobilization techniques in pediatric trauma victims.

Methods: The scoping review will follow the JBI methodology, using a search strategy in peer-reviewed online databases (CINAHL Plus, PubMed, Cochrane Central Register of Controlled Trials, systematic reviews of the JBI database and reports Cochrane database implementation and systematic reviews) and gray literature (RCAAP, OpenGrey: System Information Gray Literature in Europe, CAPES Thesis Bank) from 2001 to 2021. Data will be independently analyzed and extracted by two researchers for statistical analysis descriptive and quantitative appropriate.

m

Conclusions: The Review will serve to identify the immobilization techniques used in the pediatric population, according to the type and location of the trauma, and will allow to identify research gaps. The studies will be classified according to the immobilization techniques used, the clinical specificities in their selection and the professionals who apply them will be described.

Keywords: Emergency Medical Services; Prehospital Care; Wounds and Injuries; Child, Immobilization.

RESUMEN

Introducción: Introducción: El trauma es la principal causa prevenible de mortalidad pediátrica. Depende de los profesionales de la salud prehospitalaria utilizar diversas técnicas de inmovilización para mejorar el resultado clínico de estas víctimas y las comorbilidades resultantes. Las especificidades anatómicas y fisiológicas encontradas en este grupo de edad hacen que la evidencia encontrada sobre la tipología y técnicas de inmovilización sea escasa y dispersa.

Objetivos: Identificar y mapear técnicas de inmovilización en víctimas de trauma pediátrico.

Métodos: La revisión de alcance seguirá la metodología del JBI, utilizando una estrategia de búsqueda en bases de datos en línea revisadas por pares (CINAHL Plus, PubMed, Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados, revisiones sistemáticas de la base de datos del JBI e informes de implementación y revisiones sistemáticas de la base de datos Cochrane) y literatura gris (RCAAP, OpenGrey: System Information Grey Literature in Europe, CAPES Thesis Bank) de 2001 a 2021. Dos investigadores analizarán y extraerán de forma independiente los datos para un análisis estadístico descriptivo y cuantitativo apropiado.

Conclusiones: La Revisión servirá para identificar las técnicas de inmovilización utilizadas en la población pediátrica, según el tipo y localización del trauma, y permitirá identificar vacíos de investigación. Los estudios se clasificarán según las técnicas de inmovilización empleadas, se describirán las especificidades clínicas en su selección y los profesionales que las aplican.

Palavras-chave: Serviços Médicos de Urgência, Atención Prehospitalaria, Heridas y Lesiones, Niño, Inmovilización

m

INTRODUÇÃO

O trauma é um importante problema de saúde pública a nível global, resultando em mais de 14.000 mortes e situações de invalidez diárias (American College of Surgeons Committee on Trauma, 2017; American College of Surgeons Committee on Trauma, 2019). A Organização Mundial de Saúde (OMS) (World Health Organization [WHO], 2020) estima que 5,2 milhões de crianças, com menos de 5 anos, morreram em 2019, maioritariamente de causas evitáveis e tratáveis. As crianças, pela sua imaturidade, curiosidade, crescimento e desenvolvimento, encontram-se, especialmente, propensas a causas externas de trauma, sendo as lesões uma das principais causas de morbilidade e mortalidade mundiais (Associação para a promoção da segurança infantil [APSI], 2017; Park, Min, Cha, Jo, & Kim, 2020). Em Portugal, os traumatismos e as lesões por causas externas são a principal causa de mortalidade entre os 0 e os 19 anos (APSI, 2017). A análise de tais situações tem despertado, mundialmente, a realização de estudos do tratamento/socorro desses eventos na população infantojuvenil (Colson, Alberto, & Fritzeen, 2020), sem descuidar, simultaneamente, a implementação de amplas medidas preventivas (WHO, 2008; Sleet, 2018). Já em 2008, a OMS (WHO, 2008) alertava que a boa recuperação de lesões traumáticas dependia da disponibilidade, acessibilidade e qualidade do tratamento/socorro prestado. Segundo o World Report on Child Injury Prevention, a oferta de tratamento/socorro prestado pelos serviços de pré-hospitalar é infelizmente variável, consoante o nível económico do país, que vão desde a total indisponibilidade a imitações de alcance e de capacidade (WHO, 2008). A mesma fonte apontava como problemas mais críticos nos cuidados da criança com trauma: a carência de serviços de socorro, a necessidade de profissionais de pré-hospitalar treinados e o prolongamento temporal excessivo entre o incidente traumático e a admissão hospitalar (WHO, 2008).

O termo trauma é definido, atualmente, como um evento nocivo que ocorre quando há libertação de formas específicas de energia física ou quando há barreiras ao fluxo de energia (American College of Surgeons Committee on Trauma, 2017). No cuidado à vítima pediátrica de trauma o tempo é crucial. Assim, é essencial uma abordagem sistemática (também denominada como "avaliação inicial") que possa ser aplicada com rapidez e precisão, bem como a implementação atempada, das intervenções que visam a preservação da vida humana (Park et al., 2020). A multiplicidade de causas de trauma representa, por si só, um obstáculo significativo à sua avaliação e tratamento, pelas equipas de cuidados de saúde do pré-hospitalar. Esta complexidade é ainda acrescida quando se tem em consideração a idade da vítima de trauma. As prioridades para avaliar, gerir e tratar a vítima pediátrica com trauma são as mesmas do que as tidas em consideração em qualquer outra vítima de trauma de idades distintas, todavia, estes indivíduos, podem ter respostas fisiológicas que não seguem os padrões espectáveis, além de apresentarem diferenças anatómicas que, inevitavelmente, requerem equipamentos e considerações especiais (Park et al., 2020).

As características anatómicas e fisiológicas únicas dessa população pediátrica, combinadas com os mecanismos comuns de lesão, podem produzir padrões de lesões e velocidades da perda de calor distintas (Filipescu et al., 2020). As quantidades de sangue, fluidos e medicação variam com o desenvolvimento da

m

criança em causa. Como as crianças têm menor massa corporal do que os adultos, a energia transmitida por objetos (por exemplo um para-choques ou uma queda), resulta na aplicação de uma força superior exercida por área corporal. Essa energia mais concentrada é, por sua vez, transmitida a um corpo que tem menos gordura, menos tecido conjuntivo e uma maior proximidade entre os múltiplos órgãos do que num adulto (Filipescu et al., 2020; Quinn, Palmer, Bernard, Noonan, & Teague, 2020). Além disso, a cabeça de uma criança é, proporcionalmente, maior do que a de um adulto, o que resulta numa maior frequência de lesões cerebrais contundentes nessa faixa etária (Lang et al., 2020).

Do profissional de saúde do pré-hospitalar, que aborda a vítima pediátrica de trauma, espera-se que sustente a sua 'tomada de decisão' num equilíbrio entre princípio e prioridade, sendo que por princípio entende-se os cuidados necessários para alcançar a melhoraria ou sobrevivência da vítima, e por prioridade entende-se a sequência como o princípio é alcançado, dentro do intervalo de tempo que o profissional de saúde do pré-hospitalar dispõe para o conseguir (American College of Surgeons Committee on Trauma, 2017). A prioridade para realizar o princípio depende, por sua vez, de quatro fatores: a situação existente, a condição do doente, a base de conhecimentos do profissional de saúde e os equipamentos disponíveis (American College of Surgeons Committee on Trauma, 2017; Oosterwold et al., 2017; Purvis, Carlin, & Driscoll, 2017).

Na vítima pediátrica de trauma a avaliação e gestão da via aérea (A) está associada a intervenções de estabilização da cervical, isto é, ações que evitam o movimento (excessivo) da coluna vertebral (Van de Voorde et al., 2021). O profissional deve presumir a existência de uma eventual lesão na coluna vertebral na criança politraumatizada, especialmente na presença de uma lesão visível na cabeça ou no pescoço ou perante uma alteração do estado de consciência no status decorrentes do trauma (Quinn, Palmer, Bernard, Noonan, & Teague, 2020). A coluna vertebral deverá, então, ser protegida de mobilizações (passivas e ativas) excessivas, para evitar o desenvolvimento ou progressão de eventual dífice/sequelas neurológicas (American College of Surgeons Committee on Trauma, 2019). Assim, a imobilização das zonas anatómicas da cabeça e da coluna vertebral numa posição neutra, na criança pequena (devido à dimensão proporcionalmente aumentada da cabeça em relação ao corpo) tem de ser um elemento prioritário dos cuidados de saúde pré-hospitalares (Van de Voorde et al., 2021). É de notar que se trata de um posicionamento distinto do utilizado nos adolescentes (sub-luxação da mandíbula). A imobilização da vítima, independentemente da idade, tem então como objetivo conter os movimentos da vítima, assegurando, simultaneamente, o alinhamento da cabeça e do pescoço e a imobilização e estabilização da coluna vertebral, procedendo à imobilização em bloco total, para minimizar o risco de lesões adicionais/secundárias às do mecanismo de trauma primário (Fernando Camargo-Arenas et al., 2019). As especificidades anatómicas e fisiológicas encontradas no grupo etário pediátrico levam a que as evidências encontradas quanto à tipologia e técnicas de imobilização sejam escassas e dispersas. Neste sentido a realização de uma Revisão Scoping permitirá identificar e mapear as técnicas de imobilização executadas no pré-hospitalar no trauma pediátrico. Uma pesquisa nas Base de Dados JBI *Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, na *Cochrane Database of Systematic Reviews*,

m

PROSPERO, MEDLINE e CINAHL, permitiu verificar que não existe outra revisão, publicada ou em progresso, até à presente data sobre a temática em estudo.

Neste sentido, foram formuladas as seguintes questões de investigação:

1. Quais as técnicas de imobilização utilizadas nas situações de trauma pediátrico no pré-hospitalar?
2. Quais as especificidades clínicas presentes na seleção das técnicas de imobilização?
3. Quais os profissionais que aplicam as técnicas de imobilização?

1 REVISÃO DA LITERATURA

Esta revisão Scoping está registada no Open Science Framework. Foi obtido um parecer favorável da Comissão de Ética (Parecer n.º 25/SUB/2021) para a consecução final desta Revisão Scoping.

2 MÉTODOS

O presente estudo será conduzido, usando a metodologia recomendada pelo Joanna Briggs Institute (JBI) (Peters et al., 2020), seguindo a checklist do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews Extension for (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018; McGowan et al., 2020). O presente protocolo será realizado de acordo com Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Extension for Scoping Review Protocols (PRISMA-ScR) guidelines (Moher et al., 2015).

2.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão dos estudos, considerados para esta Revisão Scoping, serão as crianças, que segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (International Council of Nurses [ICN], 2019) um cliente dos cuidados de enfermagem e o Trauma um foco da prática de enfermagem. Segundo a mesma fonte, Imobilização é uma ação, praticada por enfermeiros, com vista à restrição; manter alguém ou algo restrito em movimento (ICN, 2019).

Participantes

Doravante, o termo pediátrico irá abranger crianças dos 0 aos 12 anos de idade inclusive, uma vez que em idades superiores, as técnicas de imobilização utilizadas nas situações de trauma, no pré-hospitalar, são maioritariamente semelhantes às aplicadas ao adulto (American College Of Surgeons Committee On Trauma, 2019).

Conceito

Os conceitos de interesse para a Revisão Scoping serão técnicas de imobilização e trauma pediátrico. Assim, para efeito desta revisão, serão apenas consideradas menções que se destinam a identificar a(s) técnica(s) e o(s) equipamento(s) de imobilização utilizados. As técnicas e equipamentos empregues, em contexto de intra-hospitalar, serão excluídas.

Contexto

Para a presente revisão será considerado, exclusivamente, o socorro pré-hospitalar posto em prática por profissionais de saúde que implementam cuidados em ambulância. Serão considerados estudos envolvendo quer cuidadores do foro médico (modelo francófono-benelux), quer paramédico (modelo anglo-saxónico), limitado a estudos oriundos de países com semelhanças em termos económicos (per

m

capita) a Portugal (high-income economies) (World Bank, 2021). Todos os descritivos de técnicas de imobilização, ocorridas em contexto de socorro de emergência intra-hospitalar (por exemplo, serviços de urgência/emergência), serão excluídos.

Tipos de estudos

Esta Revisão Scoping considerará, como elegíveis para análise, todos os estudos primários, observacionais e ensaios clínicos, assim como, revisões da literatura que cumpram com os critérios de inclusão. Serão também consideradas todas as pesquisas secundárias em qualquer paradigma e método, pesquisa de texto ou opinião, bem como, documentos desenvolvidos por organizações profissionais, órgãos de acreditação e agências governamentais que cumpram com os critérios de inclusão.

2.2 Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa terá como objetivo encontrar estudos publicados e não publicados, que vão ao encontro das questões em revisão. Inicialmente foi realizada uma pesquisa limitada no PubMed e CINAHL, seguida da análise das palavras presentes nos títulos e resumos e das palavras-chave usadas para descrever os artigos. Num segundo momento, serão usadas todas as palavras-chave e termos identificados para realizar uma segunda pesquisa na base de dados PubMed. A estratégia de pesquisa será, então, refinada com a ajuda de uma bibliotecária da área clínica/médica. A pesquisa bibliográfica será aberta, incluindo simultaneamente, pesquisa em bases de dados on-line de revisão por pares e em bases de dados dedicadas a fontes de literatura cinzenta (sem evidência de ter sido divulgada em publicações alvo de revisão por pares), conduzida numa procura sistemática por estudos relevantes. A estratégia de pesquisa proposta para a base de dados PubMed, aplicada a título exemplificativo, pode ser consultada na Tabela 1.

Tabela 1- Estratégia de pesquisa a utilizar na PubMed.

<i>Database</i>		<i>Search terms</i>	<i>N.º de revisões obtidas</i>
PubMed	#1	("immobilization"[MeSH Terms] OR "immobilisation"[Title/Abstract] OR "restraint, physical/methods"[MeSH Terms] OR "protective devices"[MeSH Terms] OR "retention activity"[Title/Abstract] OR "restrict activity"[Title/Abstract] OR "stabilization spinal"[Title/Abstract] OR "spinal"[Title/Abstract] OR "head immobiliz*"[Title/Abstract] OR "belt"[Title/Abstract] OR "spine board"[Title/Abstract] OR "restraint system"[Title/Abstract] OR "Vacuum mattress"[Title/Abstract] OR "coquille"[Title/Abstract] OR "cervical collar"[Title/Abstract] OR "extrication device" [Title/Abstract] OR "KED" [Title/Abstract])	377.975
	#2	("emergency medical services"[MeSH Terms] OR "emergency medical technicians"[MeSH Terms] OR "first aid"[MeSH Terms] OR "ambulances"[MeSH Terms] OR "air ambulances"[MeSH Terms] OR "ambulance*"[Title/Abstract] OR "prehospital"[Title/Abstract] OR "pre-hospital"[Title/Abstract] OR "out-of-hospital"[Title/Abstract] OR out of hospital[Title/Abstract] OR "at the scene"[Title/Abstract] OR	228.129

m

"paramedic*" [Title/Abstract] OR "ems" [Title/Abstract] OR
"emt" [Title/Abstract] OR "emergency service*" [Title/Abstract]
OR "emergency medical service*" [Title/Abstract] OR
"emergency technician*" [Title/Abstract] OR "emergency
practitioner*" [Title/Abstract] OR "emergency
dispatch" [Title/Abstract] OR "emergency
resus*" [Title/Abstract] OR "emergency care" [Title/Abstract]
OR "medical emergency" [Title/Abstract] OR "prehospital care"
[Title/Abstract])

#3	("multiple trauma" [MeSH Terms] OR "wounds and injuries" [MeSH Terms] OR "trauma" [Title/Abstract] OR "polytrauma" [Title/Abstract] OR "fractur*" [Title/Abstract] OR "accident" [Title/Abstract] OR "lesion" [Title/Abstract] OR "cervical spine" [Title/Abstract] OR "golden hour" [Title/Abstract])	1.544.744
#4	("infant, newborn" [MeSH Terms] OR "infant" [MeSH Terms] OR "child, preschool" [MeSH Terms] OR "child" [MeSH Terms] OR "pediatric*" [Title/Abstract])	2.687.377
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	540

As bases de dados, a incluir na revisão, serão: CINAHL Plus with Full Text, PubMed, Cochrane Central Register of Controlled Trials, The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports and Cochrane Database of Systematic Reviews. A pesquisa de documentos de literatura cinzenta contemplará a RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, OpenGrey – System for Information on Grey Literature in Europe, Banco de teses da CAPES. A abertura à inclusão de literatura cinzenta, com recurso a vários desenhos e metodologias de estudos distintas, tem como finalidade a obtenção de uma visão suficientemente abrangente do mapeamento final obtido.

Os resultados da pesquisa serão exportados de cada base de dados para um software de gestão de referências bibliográficas (Mendeley), com vista à remoção de eventuais artigos duplicados.

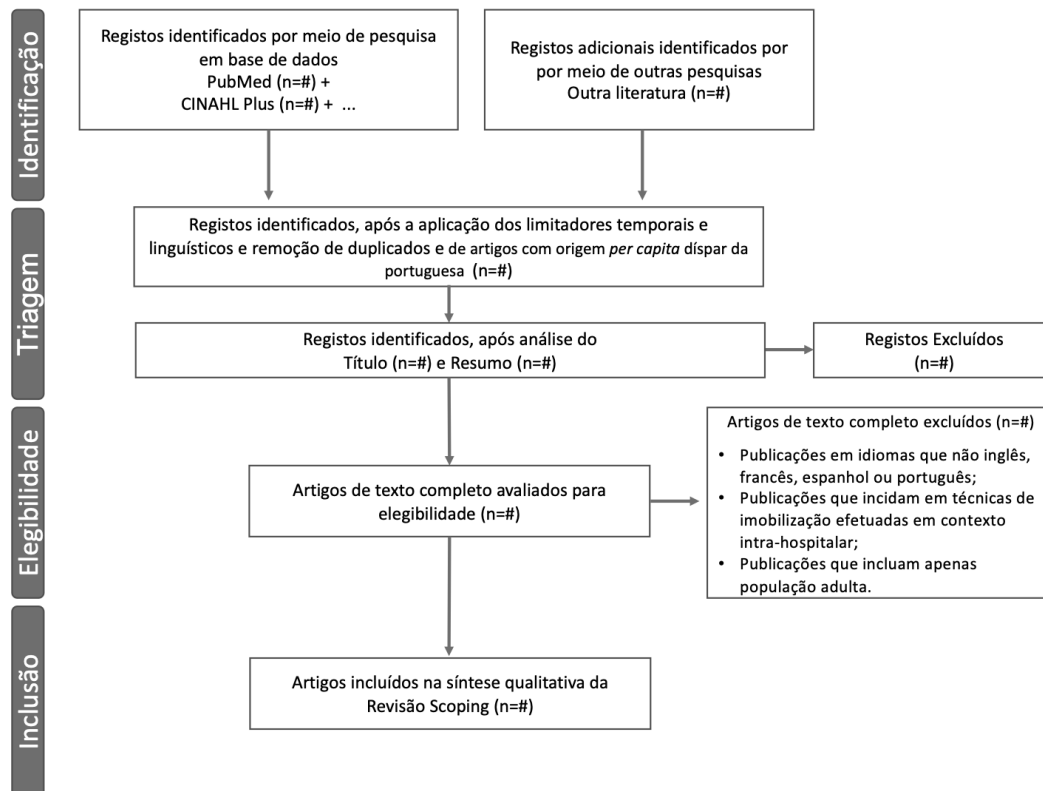
2.3 Seleção de estudos

Os investigadores conduzirão um processo de triagem e seleção de estudos para determinar a elegibilidade dos artigos gerados da pesquisa inicial. Este processo de triagem baseia-se em três elementos: título, resumo e revisão do texto completo. A triagem por título e resumo será conduzida de forma independente por dois investigadores (SF e PL), de acordo com os critérios de inclusão. As eventuais divergências entre os dois revisores serão resolvidas por meio de um terceiro revisor (MM). Serão feitas revisões de texto completo, igualmente, por ambos os revisores (SF e PL) para todos os artigos considerados com potencial relevância para a revisão. Este processo será documentado com um fluxograma PRISMA-ScR (Figura 1). O recurso a esta ferramenta ilustrativa permitirá sistematizar as etapas de pesquisa/seleção dos artigos, encerrando, em si mesmo, o resumo do processo metodológico num fluxograma (PRISMA), (McGowan et al., 2020). Após este terceiro momento, serão, ainda, analisadas as listagens de referências bibliográficas de todos os artigos/relatórios incluídos na procura de estudos adicionais. Segue-se uma discussão subsequente para estabelecer um consenso final de quais os artigos que serão, efetivamente, incluídos na Revisão Scoping.

m

Apenas artigos nos idiomas inglês, francês, espanhol e português serão incluídos nesta revisão, por serem os idiomas que os revisores dominam. A pesquisa foi, ainda, limitada a artigos publicados entre 1 de janeiro de 2001 e a data da pesquisa, uma vez que procuraremos centrar a pesquisa nas técnicas de imobilização, predominantes em uso nas vítimas pediátricas no pré-hospitalar, nos últimos 20 anos.

Figura 1 - Diagrama do fluxo PRISMA-ScR



Fonte: Elaborado pelos autores

2.4 Extração dos dados

Os dados serão extraídos dos estudos selecionados, utilizando uma versão modificada do modelo do instrumento de extração de dados da JBI (Tabela 2). Os dois revisores (SF e PL) irão extrair a informação relevante e agrupá-la nas categorias e subcategorias. Os dados relevantes serão, então, extraídos dos artigos incluídos e das restantes fontes para abordar as questões da revisão. No caso de existirem artigos e estudos incluídos em que seja necessário obter mais informações, os investigadores entrarão em contato com os autores dos mesmos. Qualquer discordância, referente aos estudos incluídos, será resolvida por discussão dentro da equipa de investigadores.

A tabela 2 constitui um elemento-chave neste protocolo da Revisão Scoping, pois do seu preenchimento decorrerão as possíveis ilações descritivas passíveis de dar resposta às questões em revisão. Assumimos,

m

contudo, que poderá haver, ainda, necessidade de eventuais refinamentos desta tabela resultantes do normal processo de operacionalização do mapeamento, ao longo do decorrer da revisão.

Tabela 2 - Formulário de registo de dados

Categorias	Informação geral							Objetivo/ Propósito	População-alvo	Metodologia	Tipo de intervenção/ detalhes			Resultados ¹	Principais descobertas/ conclusões
	Artigo/ estudo	Título	Autor	Ano de publicação	País de origem	Desenho de estudo ²	Género ³				Faixa etária	Localização do trauma ⁴	Especificidades clínicas		
Subcategorias															
1															
2															
...															

¹ Tolera imobilização/ não tolera imobilização.

² Entrevista/Observacional/Ensaio clínico/Revisão.

³ Masculino/Feminino.

⁴ [1 dia aos 11 meses]; [12 meses aos 2 anos]; [3 anos aos 6 anos]; [7 anos aos 12 anos].

⁵ Colar cervical (de peça única ou de peça dupla com diferentes tamanhos), Colete de extração, Plano duro, fixadores laterais (cintos de fixação); fitas fixadoras da cabeça; Maca vácuo, Maca resgate, Tala, Lençol, Toalha, Cadeira criança, Cinta pélvica, outra...

⁶ Politraumatizado; Traumatismo vertebro-medular (TVM); Traumatismo cranioencefálico (TCE); Abdominal; Pélvico; Traumatismo do membro superior inespecífico (MS); Traumatismo do membro superior direito (MSDto); Traumatismo do membro superior esquerdo (MSEsq); Traumatismo dos membros superiores bilateral (MSb); Traumatismo do membro inferior direito (MIDto); Traumatismo do membro inferior esquerdo (MIEsq); Traumatismo dos membros inferiores bilateral (Mib).

⁷ Médico; Enfermeiro; Bombeiro; Socorrista; Paramédico indiferenciado; Paramédico diferenciado.

3 ANÁLISE DE DADOS E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Nesta etapa, as características gerais de cada estudo serão resumidas. Os estudos serão classificados de acordo com as técnicas de imobilização, utilizadas nas situações de trauma pediátrico, no pré-hospitalar.

m

As especificidades clínicas presentes para a seleção das técnicas de imobilização e os profissionais que aplicam as técnicas de imobilização serão descritos. Serão, ainda, compilados em gráficos de barras alguns resultados para ilustrar contagens e proporções, com recurso ao Microsoft® Excel 2020 for Mac. Os resultados colhidos fornecerão uma visão geral da quantidade de pesquisas, em vez de uma avaliação da qualidade dos estudos. Para além disso, da revisão dos estudos incluídos, identificar-se-ão potenciais lacunas de pesquisa na literatura e determinar-se-ão quais as áreas que requerem uma análise mais profunda, em função das categorias e subcategorias com menor representatividade numérica.

4 DISCUSSÃO

O socorro pré-hospitalar às vítimas pediátricas de trauma é uma etapa importante no tratamento delas, uma vez que os profissionais de saúde do pré-hospitalar são os primeiros profissionais de saúde com quem elas contactam e que são capazes de realizar intervenções que visam o socorro clínico direcionado à recuperação e à própria sobrevivência (Seid, Ramaiah & Grabinsky, 2012; Quinn, Palmer, Bernard, Noonan & Teague, 2020). Contudo, mesmo com todos os avanços nos sistemas de socorro pré-hospitalar (Williamson, Ramesh, & Grabinsky, 2011), mundialmente as lesões traumáticas continuam a ser a principal causa de morbidade e mortalidade na população pediátrica (American College of Surgions Committee on Trauma, 2019; WHO, 2020). Tal realidade interpela-nos e leva-nos a refletir sobre a realidade atual. Nada melhor do que iniciar essa reflexão, identificando o que é a prática atual, como base para investigações futuras.

No cuidado e gestão da vítima de trauma, os profissionais de saúde do pré-hospitalar baseiam a sua tomada de decisão no equilíbrio de vários fatores: o tempo despendido na aplicação de equipamentos de imobilização complexos (por exemplo, o colete de extração), o custo dos equipamentos de imobilização, as contra-indicações no uso de alguns equipamentos de imobilização, a duração do transporte e a rede viária de evacuação, os efeitos sobre o conforto das vítima, o risco de compromisso respiratório e complicações hemodinâmicas causadas por eventuais pressões da imobilização das cintas de fixação (Guerrero, Caballero, & Aguilera Moreno, 2017; American College Of Surgions Committee On Trauma, 2019). Embora existam protocolos padrão que orientam a tomada de decisão dos profissionais na imobilização da coluna vertebral (para a utilização diferenciada dos vários equipamentos existentes), nos diversos Sistemas de Resposta de Emergência mundiais (American College Of Surgions Committee On Trauma, 2019), surgem, mais recentemente autores que se afastam da imobilização mandatória e generalizada e exploram a imobilização seletiva no pré-hospitalar (Oosterwold et al., 2017; Purvis, Carlin, & Driscoll, 2017). É verdade que a condição clínica da maioria das crianças vítimas de trauma não se deteriora durante o socorro, nem apresenta alterações hemodinâmicas, contudo, algumas crianças com lesões multissistémicas têm uma deterioração rápida e podem desenvolver complicações graves (American College Of Surgions Committee On Trauma, 2019). Os protocolos de tratamento para as vítimas pediátricas com trauma enfatizam a gestão agressiva da permeabilização da via aérea com estabilização da cervical (A) no pré-hospitalar e, simultaneamente, o transporte precoce destas vítimas, para uma unidade capaz de tratar a criança com lesões multissistémicas. Esta questão temporal é uma prioridade a

m

que os profissionais de saúde do pré-hospitalar devem estar especialmente atentos para minimizar o tempo no local onde ocorreu o trauma, procurando cumprir a *'golden hour'* (WHO, 2008; Guerrero et al., 2017; Park et al., 2020). As falhas nas intervenções que asseguram a permeabilização da via aérea com estabilização da cervical (A) no pré-hospitalar chegam mesmo a ser apontadas, por vários autores, como sendo das principais causas para o deterioramento clínico da vítima pediátrica de trauma e, conseqüentemente, o surgir de eventuais necessidades de reanimação (Park et al., 2020; Van de Voorde et al., 2021). Vários são os autores que reforçam que a utilização de técnicas de imobilização na vítima de trauma é determinante, quer nos resultados da sua recuperação e desfecho clínico positivo desse incidente, a curto prazo, quer na redução da incidência de co-morbidades neuro sensitivas e/ou musculares subseqüentes e na sobrevida final, a longo prazo (American College of Surgeons, 2019; Nolte et al., 2020). Assim, a avaliação e o tratamento bem-sucedido de crianças vítimas de trauma carecem, inevitavelmente, da utilização de equipamentos imediatamente disponíveis, bem como de implementar a(s) técnica(s) de imobilização que melhor se adequa(m) a cada vítima (Nolte et al., 2020).

Söderholm e colaboradores (2019) afirmam que é inequívoca a necessidade e a importância de realizar pesquisas que incidam na melhoria dos cuidados de saúde prestados no pré-hospitalar. Simultaneamente reconhecem a existência de inúmeras barreiras à investigação nesse contexto, desde a complexidade na pesquisa ou na operacionalização no desenvolvimento e avaliação dessa. Os mesmos autores chegam a ponderar o desenvolvimento de recursos de pesquisa alternativos, como por exemplo, um laboratório avançado de pesquisa pré-hospitalar baseado em simulação, todavia, reconhecem que se trata de um desafio imenso. Os autores (Maurin Söderholm et al., 2019) reconhecem o contexto pré-hospitalar como sendo distinto de outras áreas da prestação de cuidados de saúde, o que implicaria requisitos especiais para a conceção desse tipo de laboratório - em termos de amplitude de simulação (incluindo todo o processo de socorro pré-hospitalar), profundidade (nível de pormenor) do cenário, equipamentos e pessoal competente - à medida da investigação desejável.

A elaboração da Revisão Scoping em questão tem, então, como objetivo último o de identificar e mapear as técnicas de imobilização administradas às vítimas pediátricas de trauma no pré-hospitalar. A opção por este desenho de investigação, deve-se ao fato de se considerar ser o método que com maior rigor nos permitirá alcançar um mapeamento suficientemente abrangente, extenso e cuja natureza e alcance seja fiel à pesquisa empírica, relacionada com as técnicas de imobilização executadas no pré-hospitalar no trauma pediátrico. Durante o processo investigativo de identificação e mapeamento, resultante da operacionalização do presente Protocolo Revisão, os investigadores terão por base as três questões de investigação prévias, procurando na análise dos dados uma visão geral quantitativa da literatura existente relativa às técnicas de imobilização administradas às vítimas pediátricas de trauma no pré-hospitalar.

Após a pesquisa inicial efetuada, serão equacionadas eventuais dificuldades/condicionamentos na análise de alguns artigos/dados (relativas as técnicas e aos equipamentos de imobilização utilizados nas vítimas pediátricas de trauma e à categoria profissional de quem a executa), por parte dos investigadores, como aponta o Grupo de Trabalho de Trauma como sendo uma limitação da Rede de socorro pré-hospitalar e das suas plataformas de registo (Ordem dos Médicos: Grupo de Trabalho de Trauma, 2009). A fim de não

m

condicionar o mapeamento final, assume-se a necessidade de manter uma amostra inicial extensa de artigos, superior a 500, partindo do pressuposto que alguns dos artigos poderão não apresentar a profundidade e o rigor requeridos no registo (Ordem dos Médicos: Grupo de Trabalho de Trauma, 2009, 2009).

CONCLUSÕES

O presente estudo destina-se a informar especialistas e interessados sobre o estado da ciência existente, a respeito da área em análise, inclusive de dados que eventualmente ainda não tenham sido divulgados de forma mais generalizada à comunidade científica. Após a publicação bem-sucedida deste protocolo, pretende-se desenvolver uma Revisão Scoping para identificar omissões existentes na pesquisa das técnicas de imobilização, executadas no pré-hospitalar no trauma pediátrico, e identificar eventuais recomendações para preencher essas lacunas.

Os autores declaram que não há conflitos de interesses em relação ao artigo proposto a publicação.

REFERÊNCIAS

American College of Surgeons Committee On Trauma. (2017). *PHTS: Prehospitalar Trauma Life Support® – Atendimento Pré-hospitalar no Trauma*. 8ª ed. Tradução em português. 709 p. ISBN 978-1-284-09917-1.

American College of Surgeons Committee On Trauma. (2019). *ATLS - Advanced Trauma Life Support®: Student Course Manual*. American College of Surgeons. 10ª ed. 420p. ISBN 78-0-9968262-3-5. Acedido em <https://viaaerearcp.files.wordpress.com/2018/02/atls-2018.pdf>

Associação para a promoção da segurança infantil (APSI). (2017). *Relatório de Avaliação da Segurança Infantil em Portugal*. ©2018 APSI. Acedido em https://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI_RELATORIO_SEGURANCA_INFANTIL_2017.pdf

Fernando Camargo-Arenas, J., Aguilar-Mejía, J., & Quevedo-Florez, L. (2019). Aproximación a la evaluación y manejo del trauma en pediatría. *Revista Mexicana de Pediatría*, 86(1), 26-35. Acedido em <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2019/sp191g.pdf>

Filipescu, R., Powers, C., Yu, H., Yu, J., Rothstein, D. H., Harmon, C. M., Clemency, B., Guo, W. A., & Bass, K. D. (2020). Improving the performance of the Revised Trauma Score using Shock Index, Peripheral Oxygen Saturation, and Temperature—a National Trauma Database study 2011 to 2015. *Surgery*, 167(5), 821-828. doi:10.1016/j.surg.2019.12.003

Guerrero, G., Caballero, E., & Aguilera Moreno, M. (2017). Abordaje Inicial Al Trauma Pediátrico. *Ciber revista Enfermería de urgencias.com*, 56, 6-10. Acedido em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=127464823&lang=pt-br&site=ehost-live>

m

International Council of Nurses (ICN). (2019). The International Classification for Nursing Practice (ICNP) Browser 2019. © 2021 International Council of Nurses (ICN). Acedido em <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Lang, S., Valeri, A., Zhang, B., Storm, P., Heuer, G., Leavesley, L., Bellah, R., Kim, C., Griffis, H., Kilbaugh, T., & Huh, J. (2020). Head of bed elevation in pediatric patients with severe traumatic brain injury. *Journal of neurosurgery. Pediatrics*, 1-11. Advance online publication. doi:10.3171/2020.4.PEDS20102

Maurin Söderholm, H., Andersson, H., Andersson Hagiwara, M., Backlund, P., Bergman, J., Lundberg, L., & Sjöqvist, B. (2019). Research challenges in prehospital care: the need for a simulation-based prehospital research laboratory. *Adv Simul* 4, 3. doi.org/10.1186/s41077-019-0090-0

Mazo, A., Waddell, M., Raddatz, J., Blankenship, K., Rachal, J., Reynolds, S., & Christmas, A. (2021). Screening of Acute Traumatic Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder in Pediatric Trauma Patients: A Pilot Study. *Journal of Trauma Nursing*, 28(4), 235-242. doi:10.1097/JTN.0000000000000591

McGowan, J., Straus, S., Moher, D., Langlois, E., O'Brien, K., Horsley, T., Aldcroft, A., Zarin, W., Garitty, C. Hempel, S., Lillie, E., Tunçalp, Ö., & Tricco, A. (2020). Reporting scoping reviews-PRISMA ScR extension. *Journal of clinical epidemiology*, 123, 177-179. doi:10.1016/j.jclinepi.2020.03.016

Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, L. (2015). Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev*. 4(1):1. doi:10.1186/2046-4053-4-1

Nolte, P. C., Liao, S., Kuch, M., Grützner, P. A., Münzberg, M., & Kreinest, M. (2020). Development of a New Emergency Medicine Spinal Immobilization Protocol for Pediatric Trauma Patients and First Applicability Test on Emergency Medicine Personnel. *Pediatric Emergency Care*. doi:10.1097/PEC.0000000000002151

Oosterwold, J., Sagel, D., van Grunsven, P., Holla, M., de Man-van Ginkel, J., & Berben, S. (2017). The characteristics and pre-hospital management of blunt trauma patients with suspected spinal column injuries: a retrospective observational study. *European journal of trauma and emergency surgery : official publication of the European Trauma Society*, 43(4), 513-524. doi:10.1007/s00068-016-0688-z

Ordem dos Enfermeiros. (2020). Ordem avança para a melhoria dos Sistemas de Informação em Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros site. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/ordem-avan%C3%A7a-para-a-melhoria-dos-sistemas-de-informa%C3%A7%C3%A3o-em-enfermagem/>

Ordem dos Médicos: Grupo de Trabalho de Trauma. (2009). Normas de Boa Prática em Trauma. Ordem dos Médicos. 224p. Acedido em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-nbp-om-pdf.aspx>

m

Park, S., Min, J., Cha, W., Jo, I., & Kim, T. (2020). National Surveillance of Injury in Children and Adolescents in the Republic of Korea: 2011-2017. *International journal of environmental research and public health*, 17(23), 9132. doi:10.3390/ijerph17239132

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI. Acedido em <https://synthesismanual.jbi.global>. doi.org/10.46658/JBIMES-20-12

Purvis, T. A., Carlin, B., & Driscoll, P. (2017). The definite risks and questionable benefits of liberal pre-hospital spinal immobilisation. *The American journal of emergency medicine*, 35(6), 860–866. doi:10.1016/j.ajem.2017.01.045

Quinn, N., Palmer, C., Bernard, S., Noonan, M., & Teague, W. (2020). Thoracostomy in children with severe trauma: An overview of the paediatric experience in Victoria, Australia. *Emergency medicine Australasia : EMA*, 32(1), 117-126. doi:10.1111/1742-6723.13392

Seid, T., Ramaiah, R., & Grabinsky, A. (2012). Pre-hospital care of pediatric patients with trauma. *International journal of critical illness and injury science*, 2(3), 114-120. doi.org/10.4103/2229-5151.100887

Sleet, D. (2018). The Global Challenge of Child Injury Prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9):1921. doi:10.3390/ijerph15091921

The World Bank. (2021). World Bank Country and Lending Groups. © *The World Bank Group*. Acedido em https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519#High_income

van de Voorde, P., Turner, N., Djakow, J., de Lucas, N., Martinez-Mejias, A., Biarent, D., Bingham, R., Brissaud, O., Hoffmann, F., Johannesdottir, G. B., Lauritsen, T., & Maconochie, I. (2021). *European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric Life Support*. *Resuscitation*, 161, 327–387. doi:10.1016/j.resuscitation.2021.02.015

Williamson, K., Ramesh, R., & Grabinsky, A. (2011). Advances in prehospital trauma care. *International journal of critical illness and injury science*, 1(1), 44–50. doi:10.4103/2229-5151.79281

World Health Organization (WHO). (2020). Children: improving survival and well-being. © 2021 WHO. Acedido em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

4. Conclusão

O objetivo delineado na elaboração deste documento foi conseguido. A autora acredita ter documentado o processo de reflexão crítica sobre a implementação das várias atividades que revelam a aquisição das competências comuns e específicas expectáveis do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, no exercício de *cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica* de excelência.

Fazendo uma análise retrospectiva da metodologia utilizada para alcançar esse objetivo, a autora acredita que a elaboração de *Projetos de estágio* prévios foi positivamente construtiva para o seu processo de aprendizagem pessoal, pois não se extinguiu na necessidade de planear uma ferramenta avaliativa prevista no *Guia Orientador de estágio* (Escola Superior de Saúde de Viseu, 2020), mas, antes, representou uma mais-valia pessoal para delinear previamente os seus objetivos, de modo a que do seu alcance resultasse a aquisição das competências especializadas relevantes para a sua construção profissional especializada. Foi, também, um fator positivo e determinante nestes estágios a atribuição de enfermeiros tutores especialistas empenhados no ensino inter-pares pois estes favorecem uma metodologia com maior abertura ao debate e a uma maior e melhor coparticipação nos cuidados

O facto de se ter identificado precocemente o planeamento como uma *imagem antecipatória do futuro*, permitiu, ao elaborar e defender os Projetos junto dos tutores, desenvolver estratégias norteadoras das oportunidades de aprendizagem, com a finalidade última da aquisição das *competências comuns* e das *competências específicas* do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de *cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica*. Em consonância com isso, procurou-se que a aquisição de competências revelasse um sério compromisso pessoal ético e deontológico no exercício da profissão (à luz do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE]) e da responsabilidade da excelência do cuidado. As suas intervenções revelaram cuidados de enfermagem altamente qualificados, prestados de forma contínua, à pessoa, com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas identificadas (através da aplicação do *Processo de Enfermagem*) e que mantêm as funções básicas de vida, prevenindo

complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total (Regulamento n.º 429/2018, DR).

Foi um enorme desafio pessoal a inscrição e frequência no presente percurso formativo e profissional. Dar resposta a uma nova etapa de especialização e mestrado, distinta da que a autora já era detentora, fê-la aprimorar características profissionais (e pessoais, obviamente) de humildade, assertividade e empenho, fundamentais para o culminar, com sucesso deste novo objetivo pessoal que se propôs. Assim, considera que assumiu as novas oportunidades de aprendizagem com dedicação, num esforço acrescido para articular, saudavelmente, o tempo de estágio, trabalho investigativo, horário de trabalho e vida pessoal e familiar. Para isso, procurou cumprir escrupulosamente os *timings* temporais que planeou para este período. Esteve ciente de que a oportunidade de cuidar do utente crítico em contexto intra-hospitalar seria, tal como se veio a constatar, uma experiência que lhe permitiu melhorar o seu knowhow e prática clínica especializada na sua prática diária de cuidados de enfermagem especializados em contexto extra-hospitalar, à pessoa em situação crítica.

Analisar o passado é uma oportunidade de reflexão do percurso que originou o Ser Humano que somos no tempo presente e, simultaneamente, um momento determinante de focalização na (re)organização e estabelecimento de metas que norteiam as nossas ações do presente em direção ao futuro. Numa procura equilibrada entre aspiração, racionalidade e emotividade, o presente *compêndio* respondeu ao fim profissional primário a que se destina. Mas também, para além disso, *narra* o modo de vida e existência atual da autora, o Ser Humano que é, por de trás do profissional, e de que se orgulha e o somatório de aprendizagens decorrentes deste percurso.

Certa do papel do presente documento para a sólida construção da sua ação profissional especializada, invoca Queirós (2016), segundo o qual os Enfermeiros atuam, não só colocando em ação conhecimentos aprendidos, como também a sua própria experiência. Estes, ao encontrarem soluções para os problemas que lhes surgem, num processo de tomada de decisão para a ação e reflexão sobre a própria ação, possibilitam a construção continuada de conhecimentos próprios da enfermagem, que ao serem sistematizados, partilhados e validados pelos seus pares, se transformam em *ciência de enfermagem*. Foi com esse foco que encarou as semanas de estágio e de investigação na busca pela aprendizagem como algo que vai adquirindo, de uma forma progressiva e dinâmica, no processo do seu *crescimento* profissional.

Procurou persistentemente investir ao nível da pesquisa científica, quer ao longo do decorrer dos estágios, para colmatar as possíveis lacunas teóricas relativas à área de enfermagem especializada em urgência e cuidados intensivos, bem como na fase de elaboração do artigo científico e na consolidação dos conhecimentos adquiridos na componente curricular, no primeiro ano de curso.

Como limitação ao desenvolvimento deste documento identifica a necessidade de cumprir os restritos timings institucionais impostos de entrega. Assim, com vista a ultrapassá-la procurou ser metódica no cumprimento do cronograma que propôs. Agradece, ainda, aos seus orientadores pela persistência nos momentos de maior abrandamento da investigação.

Para finalizar, considera que o percurso académico e profissional que desenvolveu nestes meses – e continua a desenvolver – lhe proporcionaram experiências, saberes e competências profissionais que serão uma mais-valia na sua prestação de cuidados de enfermagem especializados. Espera que a qualidade do manuscrito, que apresenta, permita obter o título de Especialista e de Mestre.

E a etapa seguinte...

A autora não pretende parar aqui. A inércia não a caracteriza. Recorda e analisa o passado, para estabelecer novas etapas tendo em vista metas futuras... A breve tempo, pretende iniciar o percurso do Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Partindo da sua experiência na área da formação internacional e aproveitando o ensino *b-learning*, propõe-se concorrer ao Doutoramento numa Universidade no Reino Unido, num *PhD Nursing Studies programme*. Dada a sua apetência pelo *Safety* e *Security*, pretende dar continuidade à investigação na área da prestação de cuidados de enfermagem especializada à vítima de trauma, em contexto hostil. Mais concretamente, pretende desenvolver e definir a metodologia andragógica para lecionar protocolos de intervenção imediata a enfermeiros que prestem cuidados à vítima crítica em ambiente hostil, com evidência de ganhos em saúde, quantificados a curto, médio e longo prazo. Esta linha de investigação permitir-lhe-á dar continuidade às duas grandes áreas do seu percurso profissional - *safety* e *security*, criando uma transversalidade entre elas. A opção pelo Reino Unido tem em conta este contexto de estudo, pois é um país com um historial de grande diversidade de situações de exceção (por

exemplo, terrorismo com diferentes abordagens) e com credibilidade internacional nos estudos académicos a este nível.

...Que a minha eterna incompletude de conhecimento me mantenha sempre predisposta a me autoavaliar, identificar lacunas de conhecimento e me dê a clarividência de encontrar as melhores estratégias para as colmatar e superar. E porque o processo de aprendizagem não tem termo, aspiro à consciência e orientação necessárias para, incansavelmente aprender!

By Sónia Figueira, 2020

Referências Bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências*. RT 11/2015. 59 p. Acedido em http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf
- AHC MEDIA. (2021). COVID-19 Patients Can Be Managed Safely with Noninvasive Respiratory Strategies. *Critical Care Alert*, 28(11), 1-2. Acedido em <https://www.reliasmedia.com/articles/147469-covid-19-patients-can-be-managed-safely-with-noninvasive-respiratory-strategies>
- Almeida, F. & Costa, M. (2017). Passagem de plantão na equipe de enfermagem: um estudo bibliográfico. *Arquivo Médico Hospital Faculdade de Ciências Médicas*. São Paulo. 62(2), 85-91. Acedido em <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/viewFile/49/35>
- Alves, M., Carvalho, D., & Albuquerque, G. (2019). *Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8), 2895-2908. Epub August 05, 2019. Acedido em <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>
- Anderson, L. J., Nuckols, T. K., Coles, C., Le, M. M., Schnipper, J. L., Shane, R., Jackevicius, C., Lee, J., Pevnick, J. M., & Group, M. of the P.-D. (2020). A systematic overview of systematic reviews evaluating medication adherence interventions. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 77(2), 138-147. doi.org/10.1093/ajhp/zxz284
- Batalha, Luis Manuel Cunha, Figueiredo, Ana Margarida, Marques, Marisa, & Bizarro, Vera. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicometricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale: Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*, serIII(9), 7-16. doi.org/10.12707/RIII12108
- Benner, P., Kyriakidis, P. H. & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Intervention in Acute and Critical Care: A thinking-in-action approach*. 2nd Edition. New York:

- Springer Publishing Company, 576p. Acedido em https://www.researchgate.net/profile/Mary_Harnegie/publication/268981101_Clinical_Wisdom_and_Interventions_and_Acute_and_Critical_Care_A_Thinking-in-action_Approach/links/547ca3790cf285ad5b0882f5.pdf
- Bertoncello Fontes, C., de Menezes, D., Borgato, M., & Luiz, M. (2017). Communicating bad news: an integrative review of the nursing literature. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1089-1095. doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0143
- Borges, F., Bohrer, C., Bugs, T., Nicola, A., Tonini, N. & Oliveira, J. (2017) Dimensionamento de pessoal de enfermagem na UTI- Adulto do Hospital Universitário Público. *Revista Cogitare Enfermagem. Brasil*. doi.org/10.5380/ce.v22i1.50306
- Burnison, Gary & Ken Blanchard (2016). *The Leadership Journey: How to Master the Four Critical Areas of Being a Great Leader*. John Wiley & Sons, Inc.
- Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE (2020). Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde - 2019. Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE (2020). Ministérios da Saúde. p.50 Acedido em http://www.chtv.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/24/2020/09/Relatorio_Acesso_2019_CHTV.pdf
- Clares, J., Guedes, M. & Freitas, M. (2020). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em dissertações e teses brasileiras. *Rev. Eletr. Enferm.*, 2020; 22:56262, 1-12p. Acedido em <file:///Users/soniafigueira/Downloads/56262-Texto%20do%20artigo-285225-1-10-20200629.pdf>
- Costa, A & Gaspar, P. (2017). Perfil de competências do enfermeiro no serviço de Urgência. Leiria. 49-67 p.
- Costa, M. (2017). *Método de trabalho de Enfermeiro Responsável: Melhoria da Qualidade*. Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem. Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem do Porto. p.157. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20881/1/DISSERTAC%cc%a7A%cc%83O%20Vers%c3%a3o%20final%20Teresa%20Costa%20MDCSE.pdf>

- Cunha, C., Macedo, A., Vieira, I. (2017). Perceções dos estudantes de enfermagem sobre os processos formativos em contexto de ensino clínico. Referência- Revista de Enfermagem, páginas 65/74. Coimbra. Acedido em doi.org/10.12707/RIV16072
- Decreto-Lei n.º 244/94, de 26 de setembro, do Ministério da Saúde Regula o Registo Nacional de Não Dadores: Diário da República n.º 223/1994, Série I-A de 1994-09-26, pg.5780 – 5782. Acedido em http://ipst.pt/files/IPST/LEGISLACAO/Legislacao_Nacional/Legislacao_Transplantacao/Despacho_Normativo_700_1994.pdf
- Delgado, Artur Barata, & Lima, Maria Luísa. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 81-100. Acedido em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862001000200006&lng=pt&tlng=pt.
- Diário da República n.º 174/2008, Série I de 2008-09-09. N.º 58/2008. pp.6260-6274. Estatuto Disciplinar dos Trabalhadores Que Exercem Funções Públicas. Acedido em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/454014/details/maximized>
- Diário da República n.º 250/2007, 1.º Suplemento, Série I de 2007-12-28. Versão à data de 25-12-2020. Lei n.º 66-B/2007 - Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública. Acedido em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/122053025/202012251919/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice
- Direção Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Norma n.º 09/DGCG de 14/06/2003. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Norma n.º 017/2011 de 19/05/2011. Acedido em https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx
- Direção Geral da Saúde (2014). *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA*. Norma n.º 014/2014 DGS de 25/09/2014. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152014-de-25092014-pdf.aspx>

- Direção Geral da Saúde (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Norma nº 001/2017 DGS de 08/02/2017. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2019). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Norma nº 008/2019 DGS de 09/12/2019. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *COVID-19: Acompanhantes e Visitas nas Unidades Hospitalares*. Norma nº 138/2020 de 17/12/2020. Lisboa: DGS. Acedido em <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/12/i027030.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2020b). *COVID-19: Definição de Caso de COVID-19*. Norma nº 020/2020 de 09/11/2020. Lisboa: DGS. Acedido em https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/11/Norma_020_2020.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2020c). *Certificação em Saúde*. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/reconhecimento-da-qualidade/acreditacao-em-saude.aspx>
- Edwards, D., Hawker, C., Carrier, J., & Rees, C. (2015). A systematic review of the effectiveness of strategies and interventions to improve the transition from student to newly qualified nurse. *International Journal of Nursing Studies*, 52(7), 1254-1268. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.007
- Escola Superior de Saúde de Viseu, (2014). *Guia de Orientação de Trabalhos Escritos*. Instituto Politécnico de Viseu. Acedido em http://www.essv.ipv.pt/wp-content/uploads/UNICISE/DOCUMENTOS/Guia_Trabalhos_Escritos_17_7_2014.pdf
- Escola Superior de Saúde de Viseu, (2020). *Guia de Orientação de Orientação de Estágios*. 8º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Instituto Politécnico de Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu. p. 45.
- Ferreira, C., & Mendes, A. (2017). *Relatório de Estágio Gestão de sintomas e promoção da segurança da Pessoa em Situação Crítica com compromisso respiratório: Intervenção Especializada de Enfermagem*; Escola Superior de Saúde de Lisboa.

- Figueira, S. M. (2020a). *Padrão de resposta da WHO: gestão de situações de Emergência e Catástrofe*. Ed. Novas Edições Acadêmicas: fschimpf. 44p. ISBN: 978-613-9-800731-4;
- Figueira, S. M. (2020b). *Operações de Primeira Intervenção, em contexto de Catástrofe e Crise Humanitária*. Ed. Novas Edições Acadêmicas: fschimpf. 43p. ISBN: 978-613-9-800674-4.
- Frederico, Manuela (2019). Apontamentos da Disciplina de Gestão e Administração em Saúde. In 15º curso Pós-Graduação em Gestão e Administração de Serviços de Saúde. Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu.
- Galinha de Sá, F., Botelho, L., & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Revista Pensar Enfermagem* Vol. 19 N.º 1 1º Semestre. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.26/23757>
- Gonçalves, L., Garcia, P., Toffoleto, M., Telles, S. & Padilha, K. (2006). Necessidades de cuidados de enfermagem em Terapia Intensiva: evolução diária dos pacientes segundo o Nursing Activities Score (NAS). *Revista Brasileira de Enfermagem – Reben*, jan-fev, pg. 56-60. Acedido em <https://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a11v59n1.pdf>
- Grupo de Estudo de Insuficiência Cardíaca, da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2021). *Evento 'Heart Team 2021: Cuidados Multidisciplinares e Integrados na Insuficiência Cardíaca: O doente no centro'*, Acedido em <https://spc.pt/wp-content/uploads/2021/01/ProgramaHT.pdf>
- Heizomi, H., Iraj, Z., Vaezi, R., Bhalla, D., Morisky, D. E., & Nadrian, H. (2020). Gender Differences in the Associations Between Health Literacy and Medication Adherence in Hypertension: A Population-Based Survey in Heris County, Iran. *Vascular Health & Risk Management*, 157-166. doi.org/10.2147/VHRM.S245052
- Hussein, R., Everett, B., Ramjan, L., Hu, W., & Salamonson, Y. (2017). New graduate nurses' experiences in a clinical specialty: a follow up study of newcomer perceptions of transitional support. *BMC Nursing*, 16, 42. doi.org/10.1186/s12912-017-0236-0
- intensidade da Dor*. Norma nº 017/2011 DGS de 19/05/2011. Acedido em https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx

- International Council of Nurses Consejo Internacional de Enfermeras Conseil International des Infirmières (2020). ICNP Browser. Acedido em <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Kwan YH, Weng SD, Loh DHF, et al. Measurement Properties of Existing Patient-Reported Outcome Measures on Medication Adherence: Systematic Review. *Journal of medical Internet research*. 2020;22(10):e19179. doi:10.2196/19179
- Lei n.º 12/2009, de 26 de Março. Regime jurídico da qualidade e segurança relativa ao tratamento de tecidos e células de origem humana: Diário da República n.º 60/2009, Série I de 2009-03-26, pg. 1876 – 1897. Acedido em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/107958227/201902071217/73474696/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=diploma
- Lima, D., Ivo, G. & Braga, A. (2013). A informática em Enfermagem nos Sistemas de Informação: Revisão Sistemática da literatura. *Journal of Research Fundamental Care Online*, 5 (3), 18-26. Acedido em http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1432/pdf_808
- Maxwell, John C. (2019) – *NIV, Maxwell Leadership Bible*. 3ª Edição, Thomas Nelson Publishing.
- Melchior, Ana Carolina, Correr, Cassiano Januário, & Fernández-Llimos, Fernando. (2007). Tradução e validação para o português do Medication Regimen Complexity Index. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 89(4), 210-218. doi.org/10.1590/S0066-782X2007001600001
- Melo, E., Balsanelli, A. P., Neves, V. R., & Bohomol, E. (2020). Patient safety culture according to nursing professionals of an accredited hospital. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 41, e20190288. doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190288
- Ministério da Saúde (2013). Avaliação da Situação Nacional das Unidades De Cuidados Intensivos - Relatório Final. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>

- MISHRA, M. (2020). Prone positioning...Pooni RS. Research in brief: Prone positioning in COVID-19: What's the evidence. *Clinical Medicine*. 2020;20(4):369. *Clinical Medicine*, 20(6), e280. doi.org/10.7861/clinmed.Let.20.6.4
- Mota, L., Pereira, F., Sousa, P. (2014). Sistemas de Informação de Enfermagem: exploração da informação partilhada com os médicos. *Referência - Revista de Enfermagem*, série IV - n.º 1 - Fev./Mar., pg.85-91. Coimbra. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn1/serIVn1a10.pdf>
- Northouse, P. (2016). – *Leadership: Theory and Practice*. 7ª Edição, SAGE Publications, Inc.
- Oliveira, E., Oliveira, R., Silva, F., & Nunes, C. (2019). Padronização de fármacos em carros de emergência nas unidades de terapia intensiva e emergência. *Revista de Enfermagem Referência*, serIV(22), 97-105. doi.org/10.12707/RIV19021
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor – Guia orientador de boa prática. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosodor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade nos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos, Conselho de Enfermagem. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Carta Dos Direitos Do Utente Internado. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Utente_Internado.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). CIPE® Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Lusodidacta
- Ortega, D. I., & Rodríguez, A. D. (2018). Uncontrolled DCD: When Should We Stop Trying to Save the Patient and Focus on Saving the Organs? *Hastings Center Report*, 48, 33-35. doi.org/10.1002/hast.950
- Pagotto, I., Oliveira, L., Araújo, F., Carvalho, N. & Chiavone, P. (2008) Comparação entre os sistemas aberto e fechado de aspiração. Revisão sistemática. *Rev Bras Ter Intensiva*. Brasil. pg.331-338. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n4/v20n4a03>
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., Vaz, J., Coutinho, P. (2016). Rede de Referência de Medicina Intensiva. Acedido em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>

- Pedro, V. (2019). Avaliação do Estado Nutricional do doente Crítico. Escola Superior e saúde: Politécnico de Leiria. Acedido em https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4715/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20em%20Enfermagem%20PSC_vera%20pedro.pdf
- Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. (2017). Lisboa: Ministério da Saúde. ISBN: 2184-1810. p.24 Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22532/1/Programa%20de%20Prevenção%20e%20Controlo%20de%20Infeções%20e%20de%20Resistência%20aos%20Antimicrobianos%202017.pdf>
- Queirós, P. (2016). O Conhecimento em Enfermagem e a Natureza dos seus Saberes. Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem, volume 20 (3). Acedido em https://www.researchgate.net/publication/305399581_O_conhecimento_em_enfermag_em_e_a_natureza_dos_seus_saberes.
- Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série – N.º 26 – 6 de fevereiro de 2019. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª série - N.º 135 - 16 de julho de 2018. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>
- Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República: 2.ª série, n.º 184, de 25/9, p. 128-155. Acedido em <https://dre.pt/application/file/a/124970757>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/93. Aprova a Carta Deontológica do Serviço Público. Diário da República n.º 64/1993, Série I-B de 1993-03-17, N.º 18/93, pp. 1272-1263. Acedido em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/634129/details/maximized>
- Rhodes R. A. W. & Paul 't Hart (2014). *The Oxford Handbook of Political Leadership*. Oxford University Press.
- Sales, Camila Balsero, Bernardes, Andrea, Gabriel, Carmen Silvia, Brito, Maria de Fátima Paiva, Moura, André Almeida de, & Zanetti, Ariane Cristina Barboza. (2018).

Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 126-134. doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621

Serviço Nacional de Saúde. (2016). Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE - Organograma. Acedido em <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-do-baixo-vouga-epe/>

Serviço Nacional de Saúde. (2020). Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE. Acedido em <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-tondela-viseu-epe/>

Serviço Nacional de Saúde. (2020b). Direitos e deveres do utente. Acedido em <https://www.sns24.gov.pt/guia/direitos-e-deveres-do-utente/>

Serviço Nacional de Saúde. (2020c). Modelo de Certificação do Ministério da Saúde. Acedido em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dqs-unidades-de-saude-acreditadas1.aspx>

Serviço Nacional de Saúde. (2021a). Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE – Missão, Atribuições e Legislação. Acedido em <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-do-baixo-vouga-epe/>

Serviço Nacional de Saúde. (2021b). Direitos e deveres do utente. Acedido em <https://www.sns24.gov.pt/guia/direitos-e-deveres-do-utente/>

Serviço Nacional de Saúde. (2021c). Modelo de Certificação do Ministério da Saúde. Acedido em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dqs-unidades-de-saude-acreditadas1.aspx>

Sousa, N., Abreu, L., Araújo, E., Torres, R., & Freitas, M. (2019, mar). Enfermagem e ciência: uma reflexão sobre a sua consolidação/Nursing and science: a reflection about its consolidation. *Rev. enferm. UFPE on line*; 13(3): 839-843. Acedido em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238070/31591>

Tesfaye, W. H., McKercher, C., Peterson, G. M., Castelino, R. L., Jose, M., Zaidi, S. T. R., & Wimmer, B. C. (2020). Medication Adherence, Burden and Health-Related Quality of Life in Adults with Predialysis Chronic Kidney Disease: A Prospective Cohort Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1). doi.org/10.3390/ijerph17010371

- Vieira, M., Souto, L., Souza, S., Lima, C., Ohara, C., Domenico, E. (2016). Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da enfermagem: o papel das competências na formação do enfermeiro. RENOME: Brasil. Acedido em <http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/102>
- While, A. (2020). Medication adherence: understanding the issues and finding solutions. *British Journal of Community Nursing*, 25(10), 474-479. doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.10.474 b

Apêndices

Apêndice I - Panfleto de Acolhimento

A sua opinião é importante para nós...

Cada elemento da equipa de saúde (profissionais, utentes e familiares/pessoas significativas) é fulcral no processo do Cuidar do Indivíduo que necessita de cuidados hospitalares. Mostrar o respeito e admiração que temos pelas pessoas com quem interagimos é essencial e é um investimento em saúde, por isso pedimos-lhe que nos responda, sinceramente, a um breve

'[Questionário de Satisfação relativo ao Internamento](#)' para **Utentes e Familiar(es)**:

Link do Questionário

<https://forms.gle/NQ64TcbN8zNxHkbb9>

Muito Obrigada pela Colaboração!



UCIC

Contacto da Unidade:

UCIC Hospitalar Tondela-Viseu

Telefone: +351 232 420 546

GUIA DE

ACOLHIMENTO

Contacto Geral:

Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Av. Rei D. Duarte
3504-509 Viseu
Portugal

Adaptado à vigência do PLANO DE
CONTINGÊNCIA COVID-19, CHTV

Telefone: +351 232 420 508

Fax: +351 232 420 595

E-mail: dcinico@hstviseu.min-saude.pt

Está internado na...

Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC)

A atual realidade pandêmica mundial provocada pelo Coronavírus obrigou à reorganização dos serviços de saúde, com novos modos de atuação - **PLANO DE CONTINGÊNCIA COVID-19, CHTV.**

VISITAS

Assim, também a UCIC procurou adaptar-se preservando, dentro dos possíveis, o compromisso de Humanização, para com os utentes e a comunidade.

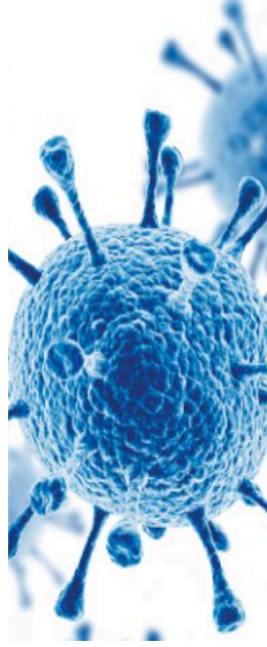
Estão neste momento suspensas

as **VISITAS** às pessoas internados*. Contudo, numa tentativa de minimizar o impacto desta medida, disponibilizamos o número de telefone direto, da enfermaria, para os seus familiares obterem informações:

Telefone: +351 232 420 546

A Equipa de Enfermagem também articulará vídeo chamadas, sempre que o seu estado clínico e dinâmica do serviço o permita.

* Eventuais, pontuais, exceções serão analisadas caso a caso, pelo médico assistente.



PODE TER EM SUA POSSE...

- Bilhete de identidade/Cartão de cidadão.
 - Cartão de utente do Serviço Nacional de Saúde e/ou Cartão de beneficiário de subsistema (ADSE, SAM, outro) se beneficiar.
 - Exames complementares de diagnóstico atuais.
 - Lista de medicamentos que toma habitualmente.
 - Telemóvel, desde que em modo de silêncio e restrinja o seu uso ao estritamente necessário.
- Comprometendo-se, ainda, a acatar todas as indicações da Equipa de Saúde relativas à sua utilização
- Espólio/Acervo.




NÃO DEVE TRAZER/SOLICITAR...

- Objetos de valor (artigos de ouro, carteira, dinheiro, etc.).
- Produtos alimentares e/ou bebidas.
- Roupa ou outros bens passíveis de serem focos de contaminação.

COVID-19

PLANO DE CONTINGÊNCIA

Apêndice II - Formulário de Satisfação de Utentes internado na UCIC e seus familiares



CENTRO HOSPITALAR
TONDELA | VISEU, EPE

Questionário de Satisfação relativo ao Internamento na UCIC - CHTV

Cada elemento da equipa de saúde (profissionais, utentes e familiares/pessoas significativas) é fulcral no processo do Cuidar do Indivíduo que necessita de cuidados hospitalares. Mostrar o respeito e admiração que temos pelas pessoas com quem interagimos é essencial e é um investimento em saúde, por isso pedimos-lhe que nos responda, sinceramente, a um breve 'Questionário de Satisfação relativo ao Internamento':

Caro Utente/Familiar...

Por favor, pedimos que leia com atenção todo o conteúdo deste descritivo. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Estamos a realizar um Projeto, cujo objetivo é a melhoria contínua da UCIC.

Asseguramos que será mantido o anonimato na resposta a este questionário e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os profissionais de saúde consagram como obrigação e dever o sigilo profissional. Os dados serão tratados através do global da amostra apenas para efeitos estatísticos e discussão científica suportada em evidências. Pode desistir a qualquer momento da sua participação no inquérito.

Para algum esclarecimento adicional poderá contactar o serviço.

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

***Obrigatório**

Declaro, para os efeitos do Regulamento Geral de Proteção de Dados – RGPD, depois de ler o texto introdutório, considero ter pleno conhecimento e compreendido devidamente os direitos que me assistem relativamente aos meus dados pessoais e compreendido o propósito deste inquérito, tendo conhecimento que posso recusar participar no mesmo sem qualquer tipo de consequências, mais declaro que aceito participar neste estudo, respondendo a este questionário e permitindo a utilização dos dados que voluntariamente faculto. *

Autorizo voluntariamente a recolha de dados no âmbito do Projeto.

A sua interação com o serviço UCIC foi no papel de: *

Utente internado

Familiar de um utente internado

Seguinte

 Página 1 de 3

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

PARTE I - Dados sociodemográficos

Género *

- Masculino
- Feminino

Idade (anos) *

A sua resposta

Estado Civil *

- Solteiro/a
- Casado/a
- União de facto
- Divorciado/a
- Viúvo/a

Local de residência (selecione todas as opções que melhor descrevem o seu contexto de residência). *

- Rural
- Urbano
- Litoral
- Interior

Escolaridade/ habilitação académica (selecione as habilitações académicas máximas que detém). *

- Analfabeto ou inferior ao 4º ano de escolaridade
- 4º a 6º ano de escolaridade
- 7º a 9º ano de escolaridade
- 10º a 12º ano de escolaridade
- Bacharelato/ Licenciatura
- Mestrado/Doutoramento

[Anterior](#)[Seguinte](#)

Página 2 de 3

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

PARTE II - Questionário de satisfação

Descreva-nos a sua percepção: *

	Nunca	Raramente	Por vezes	Com frequência	Sempre
Simpatia dos enfermeiros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Complexidade de linguagem utilizada pelos enfermeiros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relacionamento dos enfermeiros com os familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facilidade dos familiares acederem aos enfermeiros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Simpatia dos médicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Complexidade de linguagem utilizada pelos médicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relacionamento dos médicos com os familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facilidade dos familiares acederem aos médicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Simpatia dos auxiliares de ação médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Complexidade de linguagem utilizada pelos auxiliares de ação médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relacionamento dos auxiliares de ação médica com os familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facilidade dos familiares acederem aos auxiliares de ação médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organização das instalações/unidades/quartos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Constância na dinâmica dos turnos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ruído e sono nas instalações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpeza das instalações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gostaria de nos deixar alguma observação/nota relativa ao serviço/ instalações/ dinâmica/ etc...

A sua resposta _____

Anterior

Submeter

Página 3 de 3



Questionário de Satisfação relativo ao Internamento na UCIC - CHTV

A sua resposta foi registada.

[Enviar outra resposta](#)

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários

Anexos

Anexo I - Registo no Open Science Framework

The screenshot shows the OSFHOME interface for a project titled "Immobilization techniques performed in pre-hospital care in pediatric trauma - Scoping Review". The page includes a navigation bar with options like "My Quick Files", "My Projects", "Search", "Support", "Donate", and a user profile for "Sónia Maria de Matos Figueira". Below the navigation bar, there are tabs for "Files", "Wiki", "Analytics", "Registrations", "Contributors", "Add-ons", and "Settings". The main content area displays the project title, a file size of 0.0B, and buttons for "Make Private", "Public", and "P 0".

Contributors: [Sónia Maria de Matos Figueira](#)

Date created: 2021-08-24 11:11 AM | Last Updated: 2021-08-27 08:59 AM

[Create DOI](#)

Category: Project

Description:

This Scoping Review follows the JBI methodology. The research strategy will be used in online peer-review databases (CINAHL Plus with Full Text, PubMed, Cochrane Central Register of Controlled Trials, The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports and Cochrane Database of Systematic Reviews) and of gray literature (Open Access Scientific Repository of Portugal, OpenGrey: System for Information on Gray Literature in Europe, CAPES Thesis Bank), from 2001 to 2021, in: English, French, Spanish and Portuguese. Two investigators will independently analyze and extract the data, using a third investigator (if they disagree), those will be subjected to appropriate descriptive and quantitative statistical analysis.

License: [Add a license](#)

Wiki [✎](#)

Introduction: Trauma is the main preventable cause of pediatric mortality. In pediatric trauma situations, prehospital health professionals use various immobilization techniques with the aim of improving the clinical outcome of victims and the resulting comorbidities. The anatomical and physiological specificities found in the pediatric age group mean that the evidence found on the typology and im...

[Read More](#)

Citation [▼](#)

Components [Add Component](#) [Link Projects](#)

Add components to organize your project.


Tags

Anexo II - Parecer de Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu



Formulário para Avaliação Ética de Estudos: Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu (IPV)

DELIBERAÇÃO

N/Referência	PARECER N.º 25/SUB/2021
Título do projeto	Técnicas de imobilização executadas no pré-hospitalar no trauma pediátrico – Revisão Scoping
Proponentes do projeto	Sónia Figueira
Investigador responsável	Prof. Doutor António Madureira Dias Prof. Doutor Mauro Mota
Data de submissão	11/03/2021
Elementos da CE que deliberaram na reunião de 25/03/2021	Ernestina Batoca Silva, Edite Teixeira de Lemos, Ana Branca de Carvalho, Carlos Almeida Pereira, Carlos Fiolhais, Francisco Emiliano Mendes, Isabel Martins, Joana Raquel Fernandes Quina Araújo e Luís Manuel Ribau da Costa Patrão
A presidente da CE	 Ernestina Batoca Silva

Face ao pedido de Parecer sobre o estudo “Técnicas de imobilização executadas no pré-hospitalar no trauma pediátrico – Revisão Scoping” e uma vez que o estudo se trata de uma revisão scoping, a Comissão de Ética do IPV, partindo do princípio de que os artigos originais respeitaram os preceitos éticos usuais e que é garantida a fidelidade da informação contida nesses artigos que servem de base à revisão almejada pelo estudo em causa, deliberou que nada tem a opor.

Anexo III - Comprovativo de Submissão do Artigo à Revista *Millenium***Rcaap Noreply**

• [Mill] Submission Acknowledgement

Yahoo/Inbox ★

• **MILLENIUUM** <noreply@rcaap.pt>
To: Sónia Maria de Matos Figueira

Fri, Aug 27 at 9:37 AM ★

Sónia Maria de Matos Figueira:

Thank you for submitting the manuscript, "IMMOBILIZATION TECHNIQUES PERFORMED IN PRE-HOSPITAL CARE IN PEDIATRIC TRAUMA : SCOPING REVIEW PROTOCOL" to Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health. With the online journal management system that we are using, you will be able to track its progress through the editorial process by logging in to the journal web site:

Índice Temático

Introdução.....	17
PARTE I – ESTÁGIO DE URGÊNCIA.....	21
1. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ADQUIRIDAS, EVIDÊNCIAS DAS ATIVIDADES REALIZADAS E AVALIAÇÃO POR COMPETÊNCIAS.....	22
1.1. Análise Reflexiva: Ser Líder... Que Competências...?	30
1.2. Estudo de Caso	41
PARTE II – ESTÁGIO DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	55
2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ADQUIRIDAS, EVIDÊNCIAS DAS ATIVIDADES REALIZADAS E AVALIAÇÃO POR COMPETÊNCIAS.....	55
2.1. Linguagem classificada aplicada ao utente infetado com SARS-Cov-2 (ou com suspeita) admitido na UCIC	79
PARTE III – INVESTIGAÇÃO.....	83
3. ARTIGO CIENTÍFICO.....	85
4. Conclusão	103
Referências Bibliográficas	107
Apêndices	117
Apêndice I - Panfleto de Acolhimento	119
Apêndice II - Formulário de Satisfação de Utentes internado na UCIC e seus familiares ...	123
Anexos	127
Anexo I - Registo no Open Science Framework	129
Anexo II - Parecer de Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu	131
Anexo III - Comprovativo de Submissão do Artigo à Revista Millenium	133
Índice Temático	135

