



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

**Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
8.^a edição**

**Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica
9.^a edição**

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



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

MÉDICO-CIRÚRGICA

9º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

MÉDICO-CIRÚRGICA

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

O Estado da Arte da Investigação em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Viseu (2010-2022)

Francisco José Dinis da Silva Gomes

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Madalena Cunha

Março 2023

“A educação é a arma mais poderosa que podemos usar para mudar o mundo”.

Nelson Mandela

Agradecimentos

À Sílvia e à Constança.

Aos meus pais, por tudo o que fizeram e continuam a fazer por mim.

Resumo

Enquadramento: Este Relatório Final foi realizado no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório Final em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos, integrada no 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC), da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), do Instituto Politécnico de Viseu (IPV).

Objetivos: Demonstrar as competências desenvolvidas na área de especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Caracterizar o estado da arte da investigação em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Viseu.

Metodologia: O presente Relatório encontra-se dividido em dois capítulos principais, sendo que o primeiro é relativo aos estágios contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos, cujo objetivo foi atingir proficiência nas competências gerais do Enfermeiro Especialista e nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. No segundo capítulo foi desenvolvida uma componente de investigação que consistiu num estudo retrospectivo com o objetivo de caracterizar o estado de arte da investigação em enfermagem médico-cirúrgica na ESSV entre 2010 e 2022

Conclusão: Considero terem sido globalmente alcançados os objetivos na aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Na componente investigativa os resultados demonstraram que dos 180 relatórios finais passíveis de análise plena, a maioria corresponde a estudos primários quantitativos que estão em linha com as áreas prioritárias de investigação definidas pela Ordem dos Enfermeiros e na sua globalidade também com o observado internacionalmente. As linhas de investigação mais seguidas foram respeitantes a “Cuidados de Enfermagem” (22%); “Expectativas” (16%) e “Qualidade de Vida” (13%). Nos temas abordados, a área de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica mais representada foi a de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (33%). A produção de estudos secundários deve ser impulsionada e deverão ser produzidos mais estudos do género para acompanhar e nortear a produção de conhecimento pertinente e aplicável às necessidades práticas dos Enfermeiros.

Palavras-chave: Enfermagem; Especialização; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Investigação;

Abstract

Background: This Final Report was carried out within the scope of the curricular unit Internship with Final Report in the context of Emergency Department and in the context of Intensive Care, integrated in the 8th Master's Course in Medical-Surgical Nursing, of the Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) , from the Polytechnic Institute of Viseu (IPV).

Objectives: Demonstrate the skills obtained in the specialized area of Medical-Surgical Nursing; To characterize the state of the art of research in Medical-Surgical Nursing at the Escola Superior de Saúde de Viseu.

Methods: This Report is divided into two main chapters, the first of which is related to development of skills in medical-surgical nursing, whose objective was to achieve proficiency in the general skills of the Specialist Nurse and in the specific skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing. In the second chapter, an investigation component was developed, consisting of a retrospective study with the objective of characterizing the state of the art of research in medical-surgical nursing at the ESSV between 2010 and 2022.

Conclusion: I consider that the objectives in the acquisition of common and specific competences of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing have been achieved globally. In the investigative component, the results show that of the 180 final reports subject to full analysis, the majority correspond to quantitative primary studies that are in line with the priority areas of research defined by the Portuguese Order of Nurses and in its globality also in line with what is observed internationally. The most followed lines of investigation were related to "Nursing Care" (22%); "Expectations" (16%) and "Quality of Life" (13%). In the considered themes, the area of Specialty in Medical-Surgical Nursing most represented was Nursing for the Person in Critical Situation (33%). The production of secondary studies should be encouraged and it is mandatory that more studies of this kind be produced to monitor and guide the production of knowledge that is pertinent and applicable to the practical needs of nurses.

Key Words: Nursing, Specialization; Medical-Surgical Nursing, Investigation

Sumário

Lista de Tabelas/Gráficos	15
Lista de Figuras	17
Lista de Siglas e Abreviaturas:.....	19
Introdução.....	21
1 - Estágio em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos	25
1.1 - Competências Comuns.....	26
1.2 - Competências Específicas.....	26
1.2.1 - Perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica	27
2 - Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente	29
2.1 – Competências adquiridas.....	31
2.1.1 – Responsabilidade profissional ética e legal	31
2.1.2 – Melhoria contínua da qualidade.....	32
2.1.3 – Gestão dos cuidados.....	34
2.1.4 – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	35
2.1.5 – Competências específicas Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgica/Pessoa em Situação Crítica	36
3 - Estágio no Serviço de Urgência.....	41
3.1 – Competências adquiridas.....	46
3.1.1 – Responsabilidade profissional ética e legal	46
3.1.2 – Melhoria contínua da qualidade.....	47
3.1.3 – Gestão dos cuidados.....	49
3.1.4 – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	49
3.1.5 Competências específicas Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgica/Pessoa em Situação Crítica	50
Capítulo II - Investigação	51

Estado da Arte da Investigação em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Viseu
(2010-2022)

Resumo	53
Abstract	55
Introdução.....	57
Enquadramento Teórico	58
1 - Investigação em Enfermagem	58
2– A Investigação e a Enfermagem Médico-Cirúrgica.....	61
2.1 - Eixos Prioritários de Investigação em Enfermagem	63
2.2 - Promoção da Investigação em Enfermagem Médico Cirúrgica	67
3 – Metodologia de Investigação	68
3.1 – Delimitação da Problemática.....	68
3.2- Objetivos da Investigação.....	69
3.3- Amostra	69
3.4. Estratégias de Colheita de Dados.....	70
3.4.1. Seleção e localização dos estudos.....	70
3.5. Procedimentos.....	70
3.6. Análise de dados	70
4– Resultados.....	73
4.1. Análise descritiva	73
5. Discussão Dos Resultados	95
6. Conclusão.....	99
Apêndice 1 – Priorização Evacuação UCIP	107
Apêndice 2 – Checklist Mala Emergência Interna – Espaços Comuns	109
Apêndice 3 – Checklist Malas Transporte Inter-Hospitalar.....	111
Apêndice 4 – Autorização implementação estudo.....	113
Anexo 1 – Certificado Via Verde Coronária - INEM.....	115
Anexo 2 – Certificado Via Verde Sépsis - INEM.....	116

Lista de Tabelas/Gráficos

Gráfico 1 - Variação do número de entradas mensais no SU do CHTV - (01/2013-05/2022).....pg 42	
Gráfico 2 - Variação do número de entradas mensais no SU do CHTV - (01/2019-05/2022).... pg 42	
Gráfico 3 - Total de atendimentos no SU do CHTV por prioridade atribuída (Março de 2021)...pg 43	
Gráfico 4 – Distribuição percentual de linhas de investigação por área.....pg 82	
Gráfico 5 – Distribuição de linhas de investigação por subáreas.....pg 83	
Tabela 1. Tipos de Decisão Clínica.....50	
Tabela 2. Áreas consideradas emergentes.....56	
Tabela 3. Áreas consideradas prioritárias56	
Tabela 4. Eixos Prioritários de Investigação em Enfermagem64	
Tabela 5. Caracterização da edição do curso em função do género do investigador em questão.....74	
Tabela 6. Caracterização do ano de defesa do relatório final em função do género do autor.....74	
Tabela 7. Caracterização do tipo de estudo realizado em função da edição do curso75	
Tabela 8. Tipos de estudos (primários e secundários) em função da edição do curso.....76	
Tabela 9. Tipologia dos estudos76	
Tabela 10. Tamanho da amostra inquirida nos estudos primários77	
Tabela 11. População-alvo: indivíduos inquiridos nos estudos primários.....77	
Tabela 12. Número total de indivíduos inquiridos que integraram as amostras da totalidade dos estudos primários.....78	
Tabela 13. Estudos pesquisados para a realização dos estudos secundários79	
Tabela 14. Estudos pesquisados para a realização dos estudos secundários80	
Tabela 15. Fontes de pesquisa dos estudos secundários.....80	
Tabela 16. Total dos relatórios finais que abordam e não as áreas mais prioritárias80	
Tabela 17. Tabela de frequências da área/subáreas prioritárias EMC..... 81	

Tabela 18. Instrumentos de avaliação utilizados nas diversas dimensões	83
Tabela 19. Linhas de investigação dos relatórios finais.....	86
Tabela 20. Linhas de investigação dos relatórios finais (tabela de frequências).....	91
Tabela 21. Temas investigados e áreas de atuação em Enfermagem.....	92
Tabela 22. Temas investigados e áreas de especialização em EMC.....	92
Tabela 23. Variáveis independentes dos estudos primários.....	93
Tabela 24. Variáveis dependentes dos estudos primários	94

Lista de Figuras

Figura 1 - Valências SU CHTV pg 42

Figura 2— Descrição das características associadas à governação clínica pg 47

Figura 3 — Linhas de Investigação em Enfermagem ao longo do tempo pg 60

Lista de Siglas e Abreviaturas:

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

BO – Bloco Operatório

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral de Saúde

EEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu

IPV – Instituto Politécnico de Viseu

OE – Ordem dos Enfermeiros

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBCI – Precauções Básicas do Controlo de Infecção

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

Introdução

No âmbito do 8.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica (CMEMC) e do 7.º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), do Politécnico de Viseu surge o presente relatório, integrado na unidade curricular de Estágio com Relatório Final em Contexto de urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos.

O principal objetivo deste trabalho passa por descrever o percurso em ambos os Ensinos Clínicos, tendo por base uma reflexão crítica e fundamentada. É, em síntese, uma compilação de todos os momentos de aprendizagem tidos nesta unidade curricular que culmina na reflexão sobre as competências especializadas adquiridas, face às atividades realizadas em conformidade com o que o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, no regulamento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC).

Estes estágios decorreram ao longo de dezoito semanas, tendo sido este período repartido entre a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV) e o Serviço de Urgência Polivalente (SUP), sob orientação do Professor Doutor António Dias e da Professora Doutora Madalena Cunha, respetivamente.

Parte I- Estágio em contexto de Urgência e em
contexto de Cuidados Intensivos

1 - Estágio em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos

O Estágio com Relatório Final decorreu em dois momentos distintos, o primeiro momento decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV), entre 26 de Abril e 23 de Junho, e o segundo momento decorreu no Serviço de Urgência do CHTV, entre 28 de Junho e 26 de Agosto.

De forma a definir os objetivos gerais e específicos para cada estágio, foram consultados primordialmente três documentos: o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e o Guia Orientador de Estágios da ESSV.

Como complemento à definição de objetivos/indicadores de qualidade a atingir, foi também utilizado o documento “Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica”.

Dadas as suas especificidades, a Saúde é dos sectores que mais depende de recursos humanos qualificados. Contrariamente a outros sectores onde quer a evolução tecnológica, quer a introdução de maquinaria acabaram por substituir uma porção significativa do trabalho executado por humanos, nos cuidados de saúde continuam a ser maioritariamente assegurados por profissionais, não se avizinhandos tão rápida substituição destes por equipamento.

Advém deste facto que quaisquer melhorias que visem aumentar a qualidade, eficiência ou produtividade dos cuidados de saúde irão requerer um investimento em capital humano, ou seja dotar os profissionais de saúde não apenas de conhecimentos, mas das competências e ferramentas que lhes permitam incorporar responsabilidades acrescidas, conduzir processos de decisão mais complexos e assegurar uma prestação mais eficaz dos cuidados de saúde.

A Enfermagem não é exceção, os profissionais de Enfermagem asseguram uma parte muito significativa da prestação de cuidados de saúde, e são, como tal, uma peça fundamental em qualquer sistema de saúde. Justifica-se, assim, o investimento na qualificação destes profissionais. (Lopes, 2018)

Estudos realizados a pedido da Ordem dos Enfermeiros revelaram que um aumento de 10% do número de enfermeiros e de enfermeiros especialistas poderá reduzir a mortalidade ajustada a 30 dias nos internamentos em 6% e 2%, respetivamente. (Freitas, 2021)

1.1 - Competências Comuns

O conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns. Este perfil de competências visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista preconiza-se então a angariação destas competências, transversais a todas as especialidades, que serão agora elencadas:

- 1.1 - Responsabilidade profissional, ética e legal;
- 1.2 - Melhoria contínua da qualidade;
- 1.3 - Gestão dos cuidados;
- 1.4 - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

1.2 - Competências Específicas

Além das competências comuns ao Enfermeiro Especialista anteriormente explanadas, foi também regulamentado pelo Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica um perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; este perfil de competências engloba competências específicas exigíveis ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como competências na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Situação Paliativa e Situação Perioperatória.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, concebe, implementa e avalia planos de intervenção para responder às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação. (Ordem dos Enfermeiros, 2017)

Tendo em conta as especificidades do curso que frequento, extrapolarei para este documento as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e da área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

1.2.1 - Perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica são:

- a) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- b) Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/ cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2015. pp.17240-17243), o enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, na procura permanente da excelência no exercício profissional, tem como missão dar resposta a sete categorias de enunciados descritivos:

- a satisfação do cliente: “o enfermeiro especialista procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”;

- a promoção da saúde: “o enfermeiro especialista promove a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”;
- a prevenção de complicações: “o enfermeiro especialista previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”;
- o bem estar e auto-cuidado: “o enfermeiro especialista maximiza o bem estar dos clientes e suplementa / complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente”;
- a readaptação funcional: “o enfermeiro especialista conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde”;
- a organização dos cuidados especializados: “o enfermeiro especialista assegura / garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados”;
- a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados: o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção “face aos múltiplos contextos de actuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas”.

2 - Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) do CHTV, situa-se no piso 2 do edifício hospitalar encontrando-se ao lado do Bloco Operatório (partilhando inclusivamente uma via de acesso interna comum aos dois serviços, com capacidade para circulação de utentes) e no mesmo piso da Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC).

Ainda como consequência da pandemia por COVID-19, no período de estágio estava o serviço dividido em dois espaços físicos distintos: a já referenciada UCIP no piso 2, com capacidade para receber 9 doentes (2 deles com possibilidade de isolamento individual e outros 2 com possibilidade de isolamento por coorte); e a UCIP 2 que se encontra no 5º piso, no serviço de Cirurgia, espaço esse que foi proveniente da já existente Unidade de Monitorização do Doente Cirúrgico (UMDC) e adaptado para receber doentes críticos.

As unidades de cuidados intensivos (UCI) têm a capacidade de abordar, holisticamente, de forma integrada e multidisciplinar, doentes complexos que se encontram em estado grave/crítico. Neste sentido, existe uma rede de referência de medicina intensiva através da qual qualquer cidadão em estado de doença crítica pode ser assistido e tratado por um médico especialista, incorporado num serviço com profissionais, recursos e processos próprios desta área de atuação. (Bernardes, 2019)

Segundo as Recomendações técnicas para as instalações de cuidados intensivos (2013), a estrutura de cada UCI, as suas instalações e equipamentos são elementos revestidos de significativa influência na qualidade do ambiente físico do doente, pelo que devem obedecer a determinadas recomendações e padrões arquitetónicos. Atualmente estas recomendações remetem para o planeamento de unidades individualizadas e com uma dimensão que garanta, quer a máxima flexibilidade e segurança na resposta à flutuação dos níveis de cuidados necessários quer a privacidade e o bem-estar do doente. (Gomes, 2017)

O meu período de Estágio na UCIP do CHTV teve início no dia 26 de Abril, tendo o seu final no dia 23 de Junho.

No dia de acolhimento na UCIP tive oportunidade de conhecer a disposição física do serviço, bem como inteirar-me de alguns dos protocolos de atuação vigentes. Nesse mesmo dia tive oportunidade de frequentar formação em serviço que versava sobre monitorização hemodinâmica invasiva “Infinity® PiCCO SmartPod®”, em utilização no serviço e sobre hemodiafiltração recorrendo a citrato como método anticoagulante. Neste momento formativo

tive uma primeira percepção acerca de uma prática de enfermagem especializada, com permanente discussão das práticas vigentes vs. melhores práticas preconizadas nas mais recentes guidelines, dado que tal momento permitiu aferir que as práticas de anticoagulação e parametrização do equipamento de diálise não estavam de acordo com as melhores práticas, tendo sido elaborado um projeto de instrução de serviço para apreciação da equipa multidisciplinar.

Atualmente os registos de Enfermagem/Clinicos ainda são feitos num regime híbrido papel/Excel; dado que previamente à pandemia por COVID-19 os registos eram feitos exclusivamente em papel, que ficava junto da unidade do utente. Com o advento do COVID-19 e suas consequências foram expostas algumas fragilidades de um método de registo baseado unicamente em suporte de papel, e foi feita a migração desses registos para um modelo similar informatizado em folha de Excel. Tal método não é ainda isento de falhas, dado que acarreta ainda algumas das limitações do modelo de registo em papel, e não permite um controlo individualizado da inserção de registos e identificação do profissional que procede aos mesmos; sendo passível de adulteração intencional ou acidental. Após questionar a equipa sobre estes factos fui informado que o registo em Excel é um ponto intermédio até à plena informatização de registos usando software dedicado ao contexto de Cuidados Intensivos, facto que a equipa previa ser brevemente consolidado.

2.1 – Competências adquiridas

2.1.1 – Responsabilidade profissional ética e legal

A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

A2 – Desenvolve práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

O doente crítico, nomeadamente o doente sedado e ventilado, traz uma complexidade acrescida no domínio ético da prestação de cuidados de enfermagem. A grande maioria dos doentes internados em UCI não têm a capacidade de, no momento, decidirem o que é melhor para si, consentirem procedimentos ou sequer comunicarem com a equipa prestadora de cuidados. Por outro lado, o doente crítico, já por si impossibilitado de exprimir a sua vontade, está frequentemente exposto a situações de emergência/deterioração de estado clínico ao qual a resposta não pode ser protelada, cabendo a decisão de atuação unicamente à equipa multidisciplinar. Tais decisões poderão eventualmente recair sobre familiares/pessoas significativas/representantes legais, no entanto também estes se encontram a vivenciar situações complexas de ansiedade e medo, não querendo tomar certas decisões.

Assim, e não existindo uma manifestação de vontade anterior por parte do doente no sentido da recusa da prestação do cuidado de saúde estamos perante uma atuação justificada no âmbito do consentimento presumido. (ERS, 2021)

Neste contexto de prestação de cuidados há também o risco de a prática de enfermagem se centralizar na mobilização tecnológica, e relegar para segundo plano o campo relacional (Matos, 2012)

Outra das problemáticas éticas que advém da prestação de cuidados numa unidade tão diferenciada com tão pronto acesso a técnicas e fármacos de suporte de vida, é o risco de se entrar no campo da obstinação terapêutica/distanásia. A medicina contemporânea enfatiza a cura e o prolongamento da vida, negligenciando depois o cuidado necessário ao fim da vida. (Lima, 2005) Muitas das admissões em UCI não justificam o alto nível de tecnologia e recursos humanos nela disponíveis e acabam por manter vivos, por um tempo prolongado, pacientes graves com doença avançada ou em estado terminal, ignorando as suas eventuais preferências de tratamento. Assim, o processo do morrer é frequentemente prolongado, acompanhado de intervenções agressivas e invasivas sem que as medidas de conforto sejam estabelecidas (Mazutti, 2016). Caberá ao enfermeiro assumir o seu papel na

equipa multidisciplinar e o seu papel na gestão de comunicação com a família, evitando uma atitude de passividade no que toca à defesa dos direitos do doente.

Posto isso encontram-se aqui vários exemplos de uma responsabilidade adicional associada à prática especializada de enfermagem em contexto de cuidados intensivos, responsabilidade essa sobre a qual no decurso do estágio fui refletindo e gradualmente assumindo o meu papel no que toca ao desenvolvimento de estratégias de comunicação com o doente, de gestão da comunicação com a família, de defesa dos interesses do doente no seio da equipa multidisciplinar.

2.1.2 – Melhoria contínua da qualidade

B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

A constante manutenção de um ambiente de segurança é o primeiro passo na melhoria da qualidade dos cuidados, sendo um dos grandes desafios das instituições de saúde. A segurança do doente representa assim um indicador de qualidade dos cuidados de saúde, sendo alvo de intervenção prioritária do Enfermeiro Especialista. (Gonçalves, 2017)

Nesta competência, e no caso concreto dos Cuidados Intensivos, tive o meu foco principal numa área de competência que me diz muito, dado o interesse profissional e académico que sempre tive pela Gestão de Risco e Proteção Civil:

B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.

B3.2.1 — Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros.

B3.2.2 — Envolve os colaboradores na gestão do risco.

B3.2.3 — Previne os riscos ambientais.

B3.2.4 — Fomenta o recurso a mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa.

B3.2.5 — Cooperar na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.

B3.2.6 — Participa na criação de mecanismos formais que permitam avaliar a efetividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco.

B3.2.7 — Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos.

B3.2.8 — Coordena a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção.

B3.2.9 — Colabora na elaboração de planos de emergência e de catástrofe.

Tendo em conta a corrente realidade das Unidades de Saúde, nomeadamente o funcionamento quotidiano já no máximo das suas capacidades, a elaboração de um Plano de Emergência torna-se essencial como ferramenta de reforço de avaliação dos meios de reação da Unidade de Saúde face a uma situação de crise, definindo regras ou normas gerais de atuação nesse contexto. (DGS, 2010)

As Unidades de Cuidados Intensivos devem estar preparadas para a eventual ocorrência de um acidente grave ou catástrofe, seja de âmbito interno ou externo, que poderá resultar na necessidade de evacuação dos doentes. Desta forma, as unidades devem dispor de um plano de emergência e autoproteção, onde estejam descritos os procedimentos a realizar. Evacuar doentes de uma Unidade de Cuidados Intensivos é um processo moroso e complexo, pelo que, os enfermeiros devem estar preparados para agir, face a esta necessidade (Santos, 2019)

Partindo desta premissa, aquando da minha permanência na UCIP decorreu um plano de formação em serviço sobre o plano de emergência e catástrofe hospitalar e evacuação; que culminaria num “simulacro”. Não tendo diretamente oportunidade de contribuir para a elaboração/revisão do plano vigente; coube-me tentar implementar na equipa a importância de alargar o grau de exigência no checklist/verificação de equipamentos. No doente crítico é banal a utilização de um conjunto de até 6 bombas/seringas infusoras; sendo que a maioria delas terá fármacos em perfusão contínua que assegurarão ou analgesia, ou sedação ou mesmo suporte de aminas fulcral para a manutenção da vida do utente; se em condições normais tal equipamento se encontra ligado a pontos de eletricidade com proteção de gerador (que assume o seu papel em caso de falha de fornecimento elétrico ao hospital), no caso extremo de uma evacuação, esses equipamentos estarão unicamente dependentes da capacidade da sua bateria. Ora, na minha prática no decurso do estágio detetei várias situações de equipamentos que ligados á corrente funcionam normalmente, mas com as baterias inutilizadas, ou seja, em caso de evacuação serão equipamentos que não funcionarão e colocarão no imediato em causa a vida do doente a evacuar. Ficou então o alerta para a necessidade de tais situações extremas serem sempre precavidas aquando da verificação da conformidade dos equipamentos em uso na unidade do doente.

No caso extremo de necessidade de evacuação dos doentes da UCIP no período noturno, onde o rácio de profissionais é mais baixo, haverá forçosamente necessidade de intervenção de profissionais de serviços limítrofes; profissionais esses que sugeri serem devidamente identificados e formados/instruídos em caso de necessidade de intervenção.

Por último, e atendendo que de forma realista a evacuação simultânea de todos os doentes da UCIP será algo utópico, sugeri que o plano de evacuação contemplasse logo à partida um critério de triagem que definisse a ordem pela qual seria procedida a evacuação dos doentes.

Após pesquisa bibliográfica, deparei-me com uma categorização por grupos de doentes ao qual corresponde uma ordem de evacuação proposta por Miguel (2020) adaptado de Palacios (2010); ou seja, o autor propõe que aquando da classificação diária do utente por outras escalas, seja

também este classificado segundo um instrumento simples focando em 3 parâmetros simples: necessidades de oxigenoterapia/ventilatórias, estabilidade hemodinâmica e estado de consciência. Após classificação do utente, teremos uma correspondência direta à sua prioridade na evacuação face aos demais. Atendendo a que uma situação de evacuação total de uma UCIP será seguramente um dos eventos que mais exigirá aos profissionais envolvidos, o facto de retirar antecipadamente o dilema ético de priorizar os doentes a evacuar, aliviará a carga imposta aos profissionais e abreviará o tempo de evacuação.

No que toca à manutenção de um ambiente terapêutico e seguro, fiz também por me manter informado e atualizado no que toca às normas/protocolos de serviço; por manter a organização dos espaços físicos, antever necessidades de reposição de material/fármacos.

As falhas mais comuns de comunicação entre profissionais de saúde, decorrentes da transferência de cuidados estão relacionadas com as omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e a falta de priorização das atividades. (DGS, 2017) Na transmissão de informação sobre os cuidados, quer em momentos de passagem de turno, ou aquando do assumir/transferir doentes provenientes do BO ou SU; primei por manter uma comunicação eficaz, reduzindo assim riscos para o doente, neste momento de vulnerabilidade aquando da transição de cuidados, empregando a metodologia ISBAR (Identificação, Situação Atual, Antecedentes, Avaliação, Recomendações).

2.1.3 – Gestão dos cuidados

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos face às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados.

No período de estágio em UCIP pude acompanhar o meu Orientador na tarefa de responsável de turno. Percecionei a importância da gestão corrente da equipa de enfermagem e racional distribuição de doentes pelos enfermeiros, promovendo não só a distribuição justa de horas de cuidados de enfermagem a prestar, mas também tentando promover a continuidade de prestação de cuidados.

No que concerne à gestão de recursos técnicos e materiais, colaborei ativamente na verificação diária de equipamentos, verificação de stocks de material de consumo clínico e de farmácia, bem como de correspondentes pedidos de reposição aos armazéns centrais.

2.1.4 – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Neste campo de estágio a primeira necessidade de autoadaptação que tive foi precisamente à tipologia de doentes admitidos e ao ambiente de prestação de cuidados que iria integrar. O facto de a maioria dos doentes estar sedoanalgesiada, ventilada, sob medidas invasivas de suporte vital era quase diametralmente oposto da minha prática corrente de prestação de cuidados, exigindo então este estágio uma preparação emocional e de recursos profissionais prévia.

Procurei manter uma postura de procura de conhecimentos proactiva e humilde, reconhecendo os meus limites e sempre que a situação com que me deparava ultrapassava o meu âmbito de conhecimentos, procurei referenciação e aconselhamento com colega Especialista.

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

Como preparação prévia ao início de estágio, e no sentido de fundamentar a minha prática clínica, fiz a seleção de bibliografia a adquirir de forma a estudar patologias, farmacologia, ações de enfermagem e fundamentação clínica em contexto de cuidados intensivos.

Integro também uma “mailing-list” de partilha dos mais recentes estudos internacionais publicados, evidências científicas e novas guidelines; facto que me fez fundamentar constantemente as minhas ações, e contrapor o que observava ser feito com aquilo que a evidência científica mandatava.

Neste sentido, no que toca a um fármaco em específico “Dexmetomidina” encontrei da parte médica e de enfermagem alguma incerteza nos seus efeitos esperados face a fármacos análogos, sendo encarado com alguma atitude de “novidade”. Assim sendo, incidi maior pesquisa bibliográfica sobre este fármaco em específico, procurando encontrar consensos a partilhar pela equipa.

No decurso da minha permanência na UCIP tive a oportunidade de assistir a várias ações de formação em serviço versando sobre a área de prestação de cuidados e sobre segurança.

2.1.5 – Competências específicas Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgica/Pessoa em Situação Crítica

Não obstante de todas as competências enunciadas no “Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica” e “Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica”, para o presente estágio foram seleccionadas algumas competências específicas a desenvolver mais aprofundadamente, sendo que para a UCIP delineei as seguintes:

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

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

A infeção nosocomial é um problema de saúde grave que motiva um aumento significativo da morbi-mortalidade e dos custos dos cuidados de saúde, principalmente nas Unidades de Cuidados Intensivos.

Quatro tipos de infeção contribuem para mais de 80% de todas as infeções nosocomiais: pneumonia (usualmente associada ao ventilador), infeção do tracto urinário, (normalmente associada a dispositivos intravesicais), bacteriémia (associada ao cateter venoso central/linha arterial) e infeção da ferida operatória; ou seja, os doentes em UCI são portadores de diversos dispositivos invasivos, com necessário manuseamento e conseqüentemente elevada probabilidade de infeção. (Cavaleiro, 2010)

Partindo deste pressuposto é fácil de concluir que a prática de toda a equipa multidisciplinar tem de ser pautada pelo cumprimento das normas emanadas pelo PPCIRA, tendo em conta a evidência científica e a vulnerabilidade dos doentes que estão internados na UCI face à possibilidade de infeção cruzada. Pude assim experienciar o papel do enfermeiro especialista na orientação da equipa de enfermagem no que concerne ao respeito pelas normas de prevenção de infeção. Na minha prática individual mantive uma conduta de rigor na manutenção das medidas de prevenção e controlo de infeção nomeadamente na correta lavagem e/ou desinfeção das mão com SABA (tendo em conta os cinco momentos preconizados).

Tendo em conta as particularidades que a pandemia por COVID-19 acarreta, e dado ter tido a oportunidade de cuidar de vários utentes com COVID-19, e dado a necessidade frequente de prestação de cuidados/técnicas invasivas, pude aprimorar o uso de EPI e devidas adaptações à técnica que o uso de EPI desta tipologia acarreta. Neste âmbito, no que diz respeito à aspiração de secreções tive a oportunidade de contactar com sondas de aspiração de circuito fechado, procedimento que nunca tinha executado.

Ainda no que toca à prestação de cuidados a doentes positivos a COVID-19, tive sempre a preocupação de me manter actualizado no que toca às mais recentes evidências no tratamento e cuidados prestados, dada a volatilidade do conhecimento relacionado com esta doença.

Estruturei a minha abordagem de Enfermagem de acordo com a metodologia proposta pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), segundo uma avaliação sequencial com recurso à mnemónica ABCDEFG:

A - Via aérea

- Verificar no e nível do tubo orotraqueal (TOT), proceder a ajuste se necessário, após confirmação médica do correto posicionamento através da visualização do Raio X.
- Verificar pressão do cuff do tubo orotraqueal (< ou = a 30 mmHg).
- Troca de nastro/adeseivo após higiene oral e sempre que necessário (conspuração por saliva, vómito ou sangue). Mudança de luvas e higienização das mãos.
- Utilizar sempre sistema de aspiração em circuito fechado. Este possui 2 lumens acessórios, em que o mais proximal do TOT permite realização de terapêutica broncodilatadora, o mais distal é para realizar a limpeza da sonda de aspiração e colheita de secreções para bacteriologia. Limitar ao mínimo a realização de terapêutica broncodilatadora de acordo com a equipa médica, pelo risco de aerossolização.
- O ventilador (de transporte ou do doente) deverá estar equipado com um filtro HEPA no ramo expiratório. No ramo inspiratório um filtro antibacteriano/viral sem humidificação.
- O filtro bacteriano/viral com humidificação deve ser colocado, como habitualmente, imediatamente após o "Y" das traqueias.
- Troca de filtros e traqueias quando condensados – garantindo SEMPRE as condições de segurança do profissional de saúde e do doente:
 - Pré-oxigenação com FiO₂ a 100% (1 ou 2 minutos consoantes os ventiladores)
 - Clampar TOT
 - Ventilador em pausa para minimizar aerossolização
 - Troca só quando previamente planeado e de forma rápida, idealmente a realizar por dois enfermeiros ou enfermeiro e médico
 - Ligar novamente o ventilador
- Verificar as conexões de todo o circuito ventilatório – minimizar hipótese de eventual desconexão.
- Testar sistema de aspiração e existência de debitómetro de oxigénio adaptado à rampa.
- Nos doentes não ventilados, verificar a integridade e eficácia do sistema de aporte de oxigénio, se iniciada com cânula nasal a 4 L/min sem utilização de humidificação.
- Utilização de EPIs tendo em conta se o tipo de cuidados a serem prestados.

B - Ventilação

- Confirmação e monitorização de parâmetros ventilatórios instituídos versus realizados pelo doente (Pressão Via Aérea + volumes programados versus volume realizados + monitorização de Ppico e Pplateau – caso possível)
- Não utilizar estetoscópio para verificação do posicionamento do tubo traqueal.
- Muita atenção para eventuais fugas – perigo de aerossolização e contaminação.
- Observação de RX antes de procedimentos e ou prestação de cuidados (lateralização de doentes, etc.).
- Cuidados de higiene oral com Clorexidina sol. oral a 0,12% - de acordo com protocolo de serviço – atenção à saliva, pelo risco de contaminação.
- Elevação da cabeceira do leito a 30°.
- Considerar a colocação do doente em prone position (ventral) de acordo com a situação clínica.

C - Circulação

- Observação e avaliação dos parâmetros vitais monitorizados.
- Monitorização de traçado eletrocardiográfico (frequência cardíaca, ritmo - se anomalias – confirmar sempre os elétrodos, cabos, derivações).
- Monitorização de PAM (titulação de drogas vasopressoras sempre e quando necessário para garantia de PAM alvo previamente definida).
- Confirmar/ajustar limites dos alarmes.
- Vigilância de sinais de alarme:
 - Sinais de instabilidade hemodinâmica ou sinais de choque
 - Ritmos de paragem e peri-paragem
 - Sinais de hipoxemia
 - Desadaptação ventilatória
- Monitorização do débito urinário/horário.
- Realização de balanço hídrico em cada turno.
- Observação da coloração da pele, mucosas e das extremidades.
- Tempo de preenchimento capilar (deve ser <2 seg).
- Palpar pulsos proximais e distais.

D - Monitorização neurológica

- Monitorização da Escala de Coma de Glasgow.
- Monitorização da Escala de Agitação e Sedação de Richmond (RASS).
- Monitorização de grau de sedação de acordo com sedação instituída.
- Bloqueador Neuromuscular instituído – nunca curarizar sem sedar.
- Desmame de sedação só quando garantida segurança do doente.

- Avaliação e registo da dor – descrever e registar intervenções realizadas e respetiva avaliação (Escala Numérica ou Behavioral Pain Sacale - BPS).

E – Exposição

- Avaliação e registo da temperatura:
 - Se hipertermia – realizar exposição corporal, mantendo somente cobertas zonas íntimas; vigiar desidratação; monitorizar temperatura contínua; administração de antipirético se prescrito e se necessário promover arrefecimento corporal.
 - Se hipotermia – colocação de Cobertor, edredon ou se necessário manta de aquecimento e na situação de técnica de substituição renal continua - colocar o aquecedor do monitor na linha venosa.
- Verificar condições de segurança da unidade do doente, tais como: grades e travões das camas.
- Cuidados de higiene; posicionar; massajar / levantar.
- Avaliar estado da pele e mucosas.
- Monitorizar feridas.
- Avaliar risco úlcera de Pressão (Escala de Braden).

F – Família

Devido à suspensão de visitas, com exceção na situação de doentes em fase terminal, será necessário criar um meio de estabelecer informação entre o serviço e o familiar/pessoa de referência. Devem ser adotadas medidas alternativas de comunicação com a família, de forma a proporcionar informação ao familiar de referência, não esquecendo que o enfermeiro não só trata do doente crítico como também da família.

G – Gestão em procedimentos técnicos

- Traqueostomia;
- Broncofibroscopia;
- Ecocardiograma Transesofágico;
- Técnica substituição renal continua (anticoagulação com heparina ou regional com citrato) e/ou hemodiálise;
- Normotermia terapêutica;
- Colheita de espécimes;
- Preparação da pessoa e do material para colocação e remoção de:

- Tubo orotraqueal;
- Cateter venoso central;
- Linha arterial;
- Cateter epidural;
- Dreno Torácico e/ou Cirúrgicos;
- Suturas Operatórias;
- Transporte inter-hospitalar e intra-hospitalar;
- Cuidados pós-morte - proceder de acordo com norma de óbito (DGS);
- Registo de acordo com protocolo de serviço.

3 - Estágio no Serviço de Urgência

O Serviço de Urgência está localizado no 2º piso do Centro Hospitalar Tondela – Viseu, polo de Viseu, e é formado por uma equipa multidisciplinar da qual fazem parte médicos, enfermeiros e outros profissionais (técnicos superiores de saúde, assistentes operacionais, seguranças, administrativos entre outros).

Dado se tratar de um Serviço de Urgência Polivalente, este dispõe das seguintes valências:

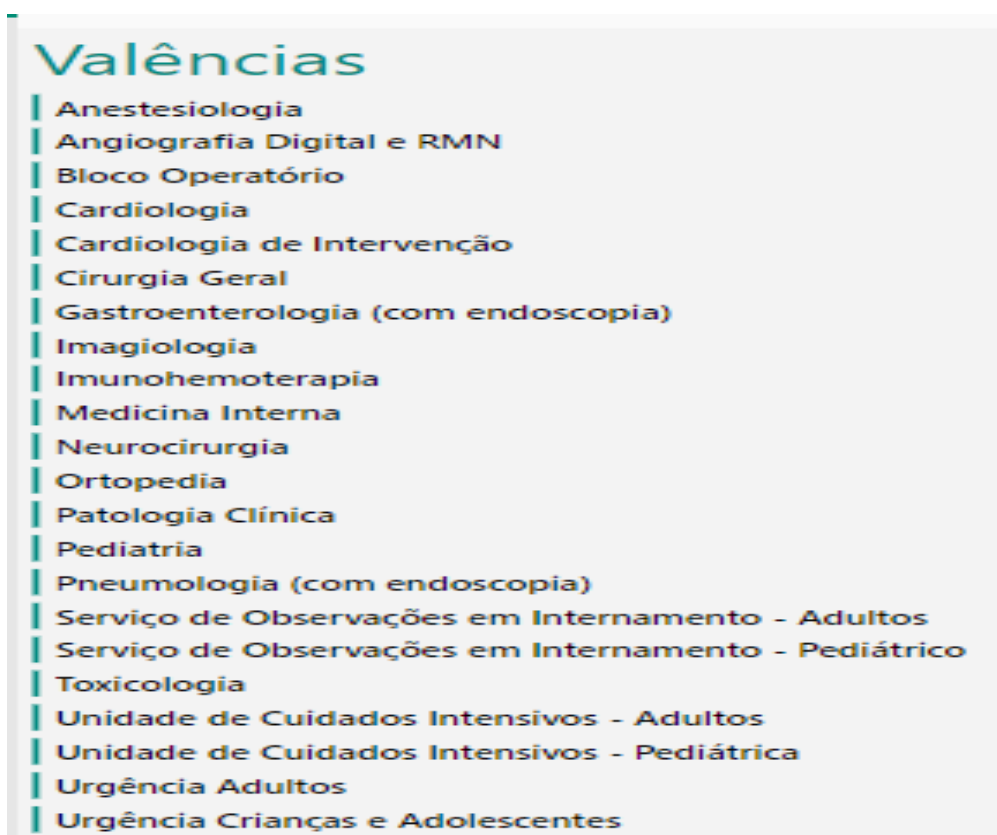


Figura 1 - Valências SU CHTV

Quanto ao número de entradas neste Serviço, após analisadas e traduzidas em gráfico as estatísticas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, pode-se concluir que o número de entradas ao longo do ano não é linear. Estas variam no decorrer do ano, e de uma forma que se demonstra cíclica (valor mínimo em Janeiro, aumentando gradualmente até chegar ao valor de entradas mensais máximo nos meses de Novembro e Dezembro, coincidindo com o pico da atividade gripal/doenças respiratórias).

Esta variação é bastante significativa, sendo que ao longo dos anos varia entre as 10000 e as 11000 entradas mensais em Janeiro e as 120000 entradas mensais em Dezembro. Facto este que tem grande impacto na organização e funcionamento do SU.

Denotou-se, no entanto uma nova dinâmica quando se atingiu o pico da pandemia por COVID-19, traduzindo-se num decréscimo do número de entradas neste serviço.

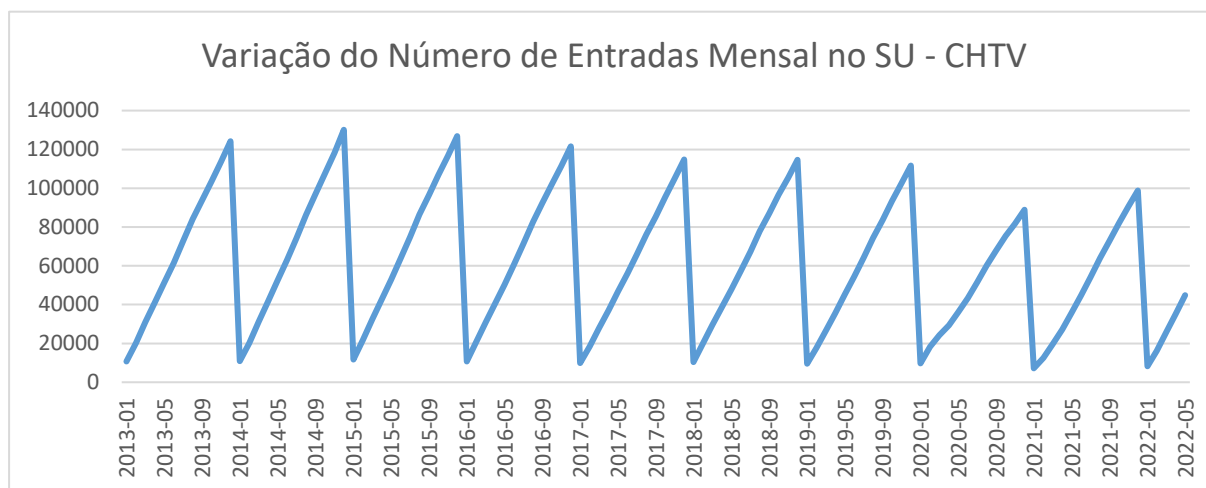


Gráfico 1 - Variação do número de entradas mensais no SU do CHTV - (01/2013-05/2022)

Elaborado com base em dados de: <https://www.sns.gov.pt/monitorizacao-do-sns/servicos-de-urgencia/>

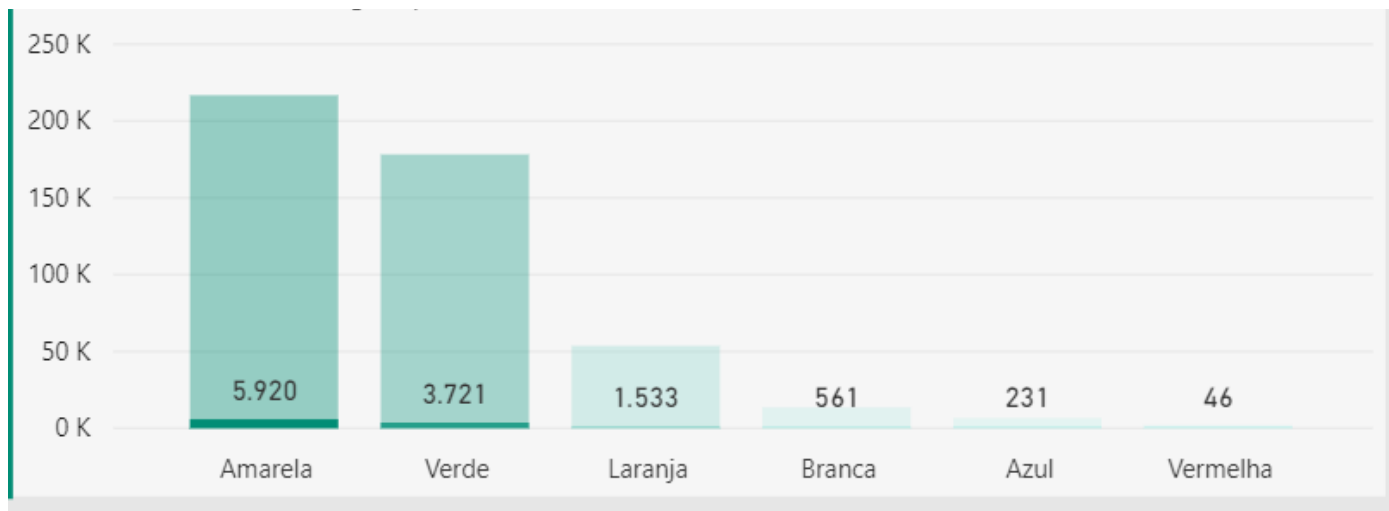


Gráfico 2 - Variação do número de entradas mensais no SU do CHTV - (01/2019-05/2022)

Elaborado com base em dados de: <https://www.sns.gov.pt/monitorizacao-do-sns/servicos-de-urgencia/>

No gráfico anterior é evidenciada a influência da pandemia por COVID-19 no número de admissões em SU, sendo evidente que em 2020 o pico máximo de admissões ficou muito abaixo do constatado em anos adjacentes.

Gráfico 3 - Total de atendimentos no SU do CHTV por prioridade atribuída (Março de 2021)



Analisando a distribuição de atendimentos por prioridade atribuída verifica-se que no mês de Março de 2021 cerca de 34% das admissões no SU do CHTV correspondem a doentes com prioridade “Pouco Urgente” ou “Não Urgente”, facto este que também acaba por condicionar negativamente as dinâmicas dos Serviços de Urgência.

Organização física do SU:

▼ Admissão e Triagem de Manchester

Quando os doentes são admitidos na urgência, é realizada uma inscrição pelo próprio, por um acompanhante ou por um bombeiro/técnico responsável pelo seu transporte. O Utente aguarda na Sala de Espera até ser chamado para se dirigir a Sala de Triagem, via intercomunicador. A chamada é feita por ordem de chegada, excetuando os doentes emergentes, que dão entrada direta na sala de Emergência.

O Enfermeiro triador, após aplicação de protocolo de triagem de Manchester, cola uma etiqueta de identificação do utente numa pulseira com a cor da prioridade correspondente e coloca-a no utente. Os utentes, após triagem, são encaminhados de acordo com a sua situação clínica para a respetiva área de especialidade.

▼ Área dos Azuis/Verdes-Amarelos

Nesta área são efetuados cuidados menos urgentes, procedendo-se, à colheita de sangue para análises, administração de medicação endovenosa, oral ou intramuscular, administração de nebulizações, e preparação para a alta.

▼ Sala Aberta

Na sala aberta são realizados os cuidados urgentes aos doentes triados a amarelo em maca e aos utentes triados a laranja. Nesta área além dos procedimentos já referidos para a área dos verdes, também se realizam procedimentos invasivos como algaliação, entubações nasogástricas, enemas de limpeza, preparação para internamento ou cirurgia e realizam-se os cuidados de higiene quando necessário, dado que é um espaço em que além de estarem reunidas as condições técnicas, também há condições para resguardar o direito à privacidade dos utentes.

▼ Pequena Cirurgia

Na sala de pequena cirurgia há lugar ao primeiro contacto (após triagem) do doente do foro traumatológico que venha imobilizado do pré-hospitalar (sem compromisso grave em A, B, C), fazendo-se a abordagem destes doentes e se necessário é nesta sala que são retiradas as imobilizações, com apoio da equipa de Enfermagem e das Equipas médicas de Cirurgia e Ortopedia.

Nesta sala são também realizados tratamentos de feridas.

▼ Sala de Emergência

A Sala de Emergência recebe doentes que necessitem de cuidados emergentes, como vítimas de paragem cardiorrespiratória, politraumatizados, intoxicações, entre outros casos. Normalmente os utentes que dão entrada nesta sala vêm acompanhados por equipas pré-hospitalares mais diferenciadas (meios VMER e/ou SIV), ou estão identificadas e previamente incluídas pelo INEM nas diversas Vias Verdes existentes. Esta sala tem a capacidade de receber até quatro doentes, sendo que cada unidade tem um ventilador, um monitor de sinais vitais/desfibrilhador (Lifepak 15 e/ou 12), rampa de oxigénio, rampa de ar respirável, rampa de aspiração, seringa infusora e uma bomba infusora.

Nesta sala há abordagem imediata do doente crítico quer pelos enfermeiros que lhe estão adstritos, quer pelas várias especialidades médicas solicitadas.

▼ SO

A Sala de Observação (SO) é uma área constituída por 8 camas e um quarto de isolamento, com permanência de dois enfermeiros e um médico de referência. Nesta unidade há lugar a estabilização e monitorização contínua de doentes que ficarão internados num período preferencial máximo de 24 horas, tempo este que acaba por se estender habitualmente além do período definido como preferencial.

Atendendo aos constrangimentos atuais causados pelas obras de remodelação do SU, o espaço do SO é também partilhado com o espaço da Unidade de Decisão Clínica (UDC).

▼ Unidade de Decisão Clínica

A Unidade de Decisão Clínica (UDC) recebe os doentes que apesar de não serem considerados emergentes carecem de uma maior vigilância e monitorização.

Tem capacidade para quatro doentes (antes do início das obras de remodelação do SU tinha capacidade para seis) que deverão permanecer idealmente até seis a oito horas na UDC, até lhes ser dado seguimento clínico (alta, internamento, transferência).

▼ Urgência Respiratória

Atendendo ao atual contexto pandémico, e de forma a evitar contaminação cruzada, foram criadas zonas específicas, com corredores de acesso e circulação individualizados para a abordagem e tratamento de doentes do foro respiratório e/ou com sintomas sugestivos de infeção por COVID-19.

Atualmente tal atendimento é feito em duas áreas distintas numa tenda de hospital de campanha do INEM. Uma área é destinada a tratamento de doentes com pulseira azul, verde e amarela que deambulem autonomamente ou com cadeira de rodas, outra área é destinada ao tratamento de doentes com prioridade superior ou que se encontrem de maca.

Após confirmação de resultado laboratorial negativo para COVID-19 ou gripe o doente é transferido desta zona para a área correspondente do Serviço de Urgência.

▼ VMER

O SU do CHTV dispõe, tal como legalmente exigido, de uma VMER em sistema de gestão partilhada, com ativação exclusiva do CODU e âmbito de influência maioritariamente distrital (não sendo, no entanto, um meio com abrangência unicamente distrital).

O meu período de Estágio no SU do CHTV teve início no dia 28 de Junho, tendo o seu final no dia 26 de Agosto. No dia de integração no SU fui recebido pela Senhora Enfermeira Isabel Tavares, responsável pela formação em serviço.

Apesar de em contexto de licenciatura ter passado por este serviço, dado este atualmente se encontrar em obras profundas, os diferentes pontos do serviço encontram-se espartilhados por espaços temporários, mantendo-se assim apenas a Sala de Emergência (SE) no mesmo espaço físico. Tive assim neste dia oportunidade de me atualizar quanto a disposição física do serviço, bem como inteirar-me de alguns dos protocolos de atuação vigentes.

As primeiras duas semanas, por terem uma carga mais reduzida de turnos, foram dedicadas a integração aos diversos postos de trabalho, vindo após esse período de integração nas tarefas de Enfermeiro de Cuidados Gerais, a focar-me na prática de Enfermagem especializada e no papel do EEMC no SU.

3.1 – Competências adquiridas

3.1.1 – Responsabilidade profissional ética e legal

Tendo acompanhado as minhas Orientadoras quer na tarefa de chefia de equipa, quer na prestação direta de cuidados nos mais diversos postos de trabalho, tive a oportunidade de explorar esta dimensão de competências de diferentes formas.

Enquanto chefe de equipa, ao simples ato de gerir reclamações dos utentes/familiares acomete a necessidade de emprego de competências de enfermagem especializadas, nomeadamente o assumir a gestão do direito à informação, privacidade, bem como a necessidade de aplicação de normas internas.

Desta tarefa surgem inevitavelmente alguns conflitos, como o exemplo da aplicação da Lei nº15/2014 que consolida a legislação sobre direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde (nomeadamente a Lei nº33/2009 que definia o direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do SNS). Tal lei explicita no seu Artigo 12.º que “nos serviços de urgência do SNS, a todos é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão pelo serviço”, acrescentando o Artigo 14.º que tal direito apenas pode ser limitado em situações de intervenções cirúrgicas, exames ou tratamentos que pela sua natureza possam ser prejudicados pela presença de acompanhante ou então quando o acompanhamento compromete as condições e requisitos técnicos a que deve obedecer a prestação de cuidados médicos. Ora, com base neste último ponto, acabou por nunca ser plenamente aplicado o direito ao acompanhamento no SU, tal como legislado, sendo que com as sucessivas vagas de gripe, COVID-19 e obras no serviço de urgência, tal direito tem vindo inclusivamente a ser cada vez mais limitado. Tal, a meu ver, acaba por se tornar até certo ponto, num dilema na prestação de cuidados especializados que respeitem plenamente a competência “A1— Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”.

Advindo da limitação do espaço físico do SU face ao número de pessoas a que ele decorre, e mais recentemente das obras de remodelação, a prestação de cuidados que respeitem plenamente a privacidade e intimidade dos utentes acaba também por ser um desafio e uma preocupação constante do Enfermeiro. Assim, enquanto futuro Enfermeiro Especialista sempre fiz por fomentar uma cultura de respeito pela intimidade do utente e por implementar estratégias que permitissem salvaguardar tal direito (gestão da disposição de macas nos diversos espaços físicos,

recurso a espaços fechados ou resguardados para prestação de cuidados, recurso a biombo portáteis e/ou cortinas de ocultação).

3.1.2 – Melhoria contínua da qualidade

B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

O conceito de governação clínica é originário do National Health Service (NHS) britânico e tem sido utilizado como uma aproximação integrada para a melhoria contínua da qualidade na prática clínica a nível local em todo o sistema nacional de através da inclusão de medidas para garantir que os riscos são evitados, os eventos adversos são rapidamente detetadas, abertamente investigados e as lições aprendidas, as boas práticas são rapidamente difundidas e os sistemas estão a funcionar para garantir melhorias contínuas nos cuidados clínicos. (Raposo, 2007)

A governação clínica e de saúde pode ser vista como a construção de um sistema que permite desenvolver capacidades organizacionais para oferta de cuidados de saúde de qualidade, sustentáveis e focalizados no utente, baseando-se numa abordagem descentralizada multinível, com autonomia na linha da frente, estimulando o brio, a criatividade e o envolvimento entusiástico de todos. Os seus princípios, estratégias e práticas devem estar presentes em todos os pontos da organização. Esta abordagem descentralizada e participativa envolve e inspira os profissionais e as equipas e, como consequência, influencia os processos e os resultados do conjunto. (USF-AN, 2018)

De forma manifestamente sucinta, alguns dos vários pontos característicos da governação clínica são abordados no seguinte quadro:

Características	Descrição
Formação	Reflecte a ideia de educação contínua (o que se aprende fica ultrapassado rapidamente).
Auditoria clínica	Melhorar a qualidade dos cuidados clínicos, tendo por base a monitorização do desempenho e a redefinição da prática clínica como resultado da medição do desempenho face a padrões definidos.
Efectividade clínica	Determinar até que ponto uma determinada intervenção funciona, tendo em conta diversos aspectos como eficiência, segurança, implicações legais, evidência, etc.
Investigação e desenvolvimento	As boas práticas estão associadas à evidência obtida pela investigação, nomeadamente a revisão de literatura, a gestão de projectos, o desenvolvimento de protocolos e linhas de orientação, e a implementação de estratégias.
Abertura	Escrutínio público através de processos abertos e disponíveis ao público, como parte essencial da promoção da qualidade.
Gestão do risco	Minimização dos riscos associados à prática clínica – risco para os doentes, risco para os prestadores, e risco para a organização – como parte de um programa da promoção da qualidade.

Figura 2— Descrição das características associadas à governação clínica (Raposo, 2008)

O Enfermeiro Especialista quer com intervenção através da Comissões de Qualidade; Controlo de Infeção; Segurança; Dispositivos (...) terá sempre um papel ativo no que concerne à aplicação deste conceito.

B2 – Colabora em programas de melhoria contínua de qualidade;

De acordo com os Padrões de Qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros, reconhece-se que a produção de guias orientadores de boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. No que concerne a este indicador, foquei a minha prática na problemática das úlceras por pressão (UP) em contexto de SU e na sépsis.

A questão das UP é uma grande problemática dado que os SU a par dos serviços de medicina foram os que mostraram as taxas de prevalência de UP mais elevadas, situando-se nos 15.3%. Após aplicação seriada da escala de Braden constatou-se que o risco de desenvolvimento de UP foi mais elevado nos SU, concluiu-se também que ao idoso sujeito a uma estadia acima de quatro horas, acresce fortemente o risco de desenvolvimento de UP, tendo-se verificado predominantemente lesões na região sagrada e calcâneos. (Duarte, 2015) Na tentativa de debelar esta situação, fiz ao máximo por otimizar o posicionamento dos utentes, tentando, com as poucas ferramentas ao meu dispor, aliviar zonas de pressão. Neste campo constatei a sensibilidade que os Enfermeiros Especialistas do serviço conseguem trazer à demais equipa, implementando a preocupação de frequentemente otimizar posicionamentos, e, na transição de turno tarde/noite, assegurar de forma redobrada e individual que os utentes mais idosos e frágeis estão efetivamente com o conforto necessário para uma permanência no SU.

A segunda questão, da sépsis, já me inquieta há cerca de 10 anos desde que estou exposto à emergência pré-hospitalar, pelo simples facto de a sua abordagem ser manifestamente insuficiente face à casuística e à gravidade do seu curso enquanto entidade patológica.

Em Portugal, como estratégia para melhorar a qualidade dos cuidados e garantir um acesso rápido e tratamento imediato em situações que foram identificadas previamente, foram criadas as vias verdes, onde constam as últimas recomendações científicas que permitem diminuir a morbi/mortalidade. As mais conhecidas são a Via Verde AVC, Via Verde Coronária e a Via Verde Sépsis. (Ferreira, 2020)

A DGS, na mais recente norma sobre Via Verde de Sépsis define o SU do CHTV como sendo de nível 2 (dispõe de serviço de Medicina Intensiva, apoio laboratorial e radiológico 24h/dia); a um SU de nível 2 teria de responder uma equipa de sépsis composta por um médico do SU, um médico da UCIP e um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Na prática, tal Via Verde não existe no CHTV.

Como forma de assumir o meu papel enquanto futuro Enfermeiro Especialista, e tratando-se de uma temática que por imposição legal tem de ter a participação de um EEEMC, fiz por adaptar uma apresentação já feita aos enfermeiros do INEM, de forma ser também apresentada

à equipa multidisciplinar do SU. Além do mais, sempre que a oportunidade surgia, tentei fazer ver a importância da implementação de uma via verde de sépsis efetiva.

3.1.3 – Gestão dos cuidados

No campo da gestão dos cuidados tive a oportunidade de acompanhar a minha Enfermeira Orientadora na função de chefe de equipa de enfermagem/responsável de turno. Nesta função entendi a importância do papel que o EEMC tem na gestão corrente dos serviços: gestão da equipa de enfermagem e de assistentes operacionais; gestão de materiais/stocks clínicos; verificação da qualidade de prestação de cuidados; verificação da aplicação dos tempos de observação dos doentes conforme preconizado pela Triagem de Manchester;

Aquando da alocação a determinada sala/área de prestação de cuidados procedi à realização diária de inventário/stock de fármacos; realização de requisições no que concerne à manutenção e acondicionamento de equipamentos do serviço e de fármacos; pedidos de alimentação para os doentes e verificação das checklist de material aplicáveis.

Uma das lacunas com que me deparei na minha prática foi a inexistência de “checklist” atualizadas quer das malas de transporte inter-hospitalar, quer da mala de resposta a emergência interna; dois equipamentos da qual está dependente a fluida resposta a situações de emergência/descompensação de doentes dentro e fora do hospital; assim fiz/atualizei as citadas checklist.

3.1.4 – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Neste domínio procurei sempre adquirir conhecimentos avançados e qualificados no que à prestação de cuidados ao doente crítico diz respeito, a pesquisa bibliográfica realizada e o estudo prévio de algumas temáticas contribuíram em muito para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais e enriquecer a aquisição de competências resultante deste estágio.

Neste âmbito, e dado não haver formação em serviço no período de estágio, fiz formação online em plataforma própria do INEM.

3.1.5 Competências específicas Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgica/Pessoa em Situação Crítica

Em contexto de Sala de Emergência tive a oportunidade de presenciar e prestar cuidados num grande espectro de situações: paragem cardiorrespiratória, edema agudo do pulmão (EAP), agudização de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), AVC (Via Verde AVC), eventos coronários agudos (Via Verde Coronária), arritmias potencialmente fatais, intoxicações com choque associado e diversas situações de trauma grave (traumatismo crânio-encefálico, traumatismo torácico, traumatismo abdominal, amputações e avulsões, entre outros).

Na abordagem ao doente crítico apercebi-me não só da importância dos conhecimentos técnicos de cada um dos elementos da equipa multidisciplinar, mas também da necessidade de integração de todos estes conhecimentos numa abordagem em equipa metódica e sistematizada.

Parte II - Investigação

Estado da Arte da Investigação em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Viseu (2010-2022)

Resumo

Introdução: A investigação é considerada a ponte que une a teoria à prática, gerando assim conhecimento, conhecimento esse que tolará e fundamentará as ações de Enfermagem. A inclusão da pesquisa e investigação durante o processo de formação do Enfermeiro permite avançar em direção a um suporte epistemológico que delimita a própria Enfermagem em relação às demais disciplinas, com isso atribuindo empoderamento profissional.

Métodos: Estudo retrospectivo do tipo não experimental, de natureza quantitativa, seguindo uma via descritiva-analítica. Os dados foram recolhidos com recurso ao Repositório do Instituto Politécnico de Viseu, usando como descritores: “Repositório do Instituto Politécnico de Viseu”; “dissertações mestrado”; “Médico-Cirúrgica”; “Escola Superior de Saúde de Viseu”. Incorporaram o corpus do estudo 191 relatórios finais dos cursos de Mestrado/Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo 180 disponíveis para consulta integral.

Resultados: No total de edições do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu a maioria dos investigadores corresponde ao género feminino (n=129, 71,7%) e o ano com mais defesas de relatórios finais foi 2019 (13,3%). No período temporal compreendido entre 2011 e 2022, apenas em 2013 houve lugar a mais defesas de relatório finais por parte de investigadores do género masculino do que de género feminino (n=9 vs n=6).

No que concerne ao tipo de estudos apresentados, a maior prevalência está nos estudos primários (84,2%), sendo a grande maioria de natureza quantitativa (81%). Nos estudos secundários (15,8%) a grande maioria corresponde a revisões sistemáticas da literatura sem metanálise (13,5%). Relativamente ao tamanho da amostra inquirida, a maioria dos estudos primários utilizou amostras por conveniência com tamanho amostral com um n>211 (35%), correspondendo essa amostra a um público-alvo maioritariamente constituído por utentes (53,4%) e do subtipo “utente crítico/emergente” (22%).

No que respeita às áreas de investigação definidas pela Ordem dos Enfermeiros, dos 180 relatórios passíveis de análise, 158 (88%) acabam por abordar as áreas definidas como prioritárias. A área definida pela Ordem dos Enfermeiros com mais investigação desenvolvida foi a área de “Modelos de gestão, equidade, acessibilidade e segurança da Pessoa” (n=63). Analisando as linhas de investigação por grupos temáticos; os que viram mais trabalhos desenvolvidos foram os respeitantes aos “Cuidados de Enfermagem” (22%); “Expectativas” (16%), seguindo-se a “Qualidade de Vida” (13%). As investigações desenvolvidas na ESSV no período em análise versaram maioritariamente na área do “Doente Crónico” (24,5%); Emergência Pré-Hospitalar (13%) e “Serviço de Urgência” (12%) e a grande parte dos trabalhos produzidos são enquadráveis na área de especialidade de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (33%)

Nos estudos secundários realizados foram utilizadas 19 diferentes bases de dados, sendo que a mais utilizada foi a Pubmed (n=20). Em valores médios só 0,009% dos estudos identificados na primeira pesquisa das bases de dados acabam por ser integrados em estudo secundário.

Conclusões: Face ao exposto, assume-se que em linhas gerais o estado da arte da investigação em Enfermagem Médico-Cirúrgica está em linha com o expectável e o encontrado noutras realidades; no entanto, e face à ausência de estudos nacionais que explorem a mesma realidade noutros locais, acaba por ser impossível um exercício de pleno benchmarking do estado da arte da investigação da ESSV. Assume-se assim que este trabalho pode ser encarado como um humilde ponto de partida para uma consciencialização da necessidade de mais estudos bibliométricos sobre a realidade investigativa da Enfermagem em Portugal, assumindo que esse será um trabalho que necessitará sempre de ser dinâmico e proactivo, de forma a que a ponte academia-profissão seja eficaz e recíproca.

Palavras-chave: Enfermagem, Enfermagem Médico-Cirúrgica; Investigação;

Abstract

Introduction: Research is considered the bridge that unites theory and practice, thus generating knowledge, knowledge that is critical to support Nursing actions. The inclusion of research and investigation during the Nurse's training process allows towards an epistemological support that delimits Nursing itself in relation to other disciplines, thereby attributing professional empowerment.

Methods: A non-experimental, quantitative retrospective study following a descriptive-analytical method was performed. The data was collected from the Instituto Politécnico de Viseu's Repository, using "Repositório do Instituto Politécnico de Viseu"; "dissertações mestrado"; "Médico-Cirurgica" and "Escola Superior de Saúde de Viseu" as keywords. A total of 191 final reports of Masters and Postgraduate degrees in Specialization in Medical-Surgical Nursing were incorporated into this investigation.

Results: In the total number of editions of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing at the Escola Superior de Saúde de Viseu, most researchers are female (n=129, 71.7%) and the year with the most final reports presented was 2019 (13.3%). In the time period between 2011 and 2022, only in 2013 were there more final report defenses by male researchers than female researchers (n=9 vs n=6).

With regard to the type of studies presented, the highest prevalence is in primary studies (84.2%), with the vast majority of a quantitative nature (81%). In secondary studies (15.8%) the vast majority correspond to systematic reviews of the literature without meta-analysis (13.5%). With regard to the size of the surveyed sample, most primary studies used convenience samples with a sample size of n>211 (35%), corresponding to a target audience mostly made up of users (53.4%) and the subtype "critical/emerging user" (22%).

Regarding to the research areas defined by the Order of Nurses, of the 180 reports subject to analysis, 158 (88%) end up addressing the areas defined as priorities. management, equity, accessibility and personal safety" (n=63). Analyzing the research lines by thematic groups; those who saw more work developed were those related to "Nursing Care" (22%); "Expectations" (16%), followed by "Quality of Life" (13%). The investigations carried out at the ESSV in the period under analysis were mostly related to the "Chronic Ill" area (24.5%); "Prehospital Emergency" (13%) and "Emergency Service" (12%) and most of the works produced fall within the specialty area of Nursing for the Person in Critical Situation (33%)

In the secondary studies carried out, 19 different databases were used, the most used of which was Pubmed (n=20). On average, only 0.009% of the studies identified in the first search of the databases ended up being integrated into a secondary study.

Conclusions: In view of the above, it is assumed that, in general terms, the state of the art of research in Medical-Surgical Nursing is in line with what is expected and what is found in other realities; however, and given the absence of national studies that explore the same reality, it turns out to be impossible to fully benchmark the state of the art of ESSV research. It is thus assumed that this work can be seen as a humble starting point for an awareness of the need for more bibliometric studies on the investigative reality of Nursing in Portugal, assuming that this will be a work that will always need to be dynamic and proactive, to so that the academic-professional bridge is effective and reciprocal.

Keywords: Nursing, Medical-Surgical Nursing; Research;

Introdução

A investigação científica é um processo sistemático de recolha de dados que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real em que vivemos, mediante a obtenção de respostas para questões de investigação específicas, permitindo, ainda, confirmar hipóteses sobre as relações presumidas entre fenómenos naturais. Deste modo, a investigação permite criar novos conhecimentos, contribuindo para a expansão do conhecimento científico (Sousa, 2017)

Toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes. Sempre associada à procura da verdade, exige rigor, isenção, persistência e humildade. A investigação em enfermagem não foge a estas exigências e requisitos, devendo obedecer aos princípios éticos nacional e internacionalmente estabelecidos. Estes princípios, sendo comuns a uma qualquer investigação, têm, no entanto, particularidades inerentes à disciplina científica que lhe serve de base. (Martins, 2008)

No processo de translação da ciência existem três grandes “lacunas”: entre a necessidade de conhecimento e a descoberta desse novo conhecimento; entre a descoberta desse novo conhecimento e a sua aplicação clínica; e entre a aplicação clínica e o desenvolvimento de ações clínicas ou protocolos de rotina. (AEEEMC, 2020)

A prática de Enfermagem especializada desenvolve-se com base num conjunto de domínios de competências exigidas ao profissional, entre outros, o “domínio da melhoria continua da qualidade” e o “domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”. (Ordem dos Enfermeiros, 2019) Assim, a prática especializada de Enfermagem para se manter atualizada exige que as três lacunas anteriormente referidas, sejam rapidamente ultrapassadas, de forma a que a evidência científica rapidamente passe para a aplicação prática.

Assumindo essa importância, pretende-se com este trabalho realizar uma caracterização do estado de arte da investigação em Enfermagem Médico Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Viseu.

Enquadramento Teórico

1 - Investigação em Enfermagem

Nos seus primórdios, a enfermagem seguiu a tradução dos cuidados maternos ou de controlo das pessoas doentes sob a orientação de autoridades médicas ou religiosas a quem cabia a prescrição dos tratamentos ou cuidados a implementar. Dessa forma, os enfermeiros, naturalmente tendiam a seguir a tradição e a aceitar os conhecimentos e ordens dessas referidas autoridades sem a proatividade de as questionar.

Com o aparecimento de Florence Nightingale, a Enfermagem passou a ser lecionada em sede própria; em escolas cujo modelo acabaria por ser replicado por toda a Europa e pelo resto do mundo, no entanto, e apesar do seu metodismo, do seu esforço pela análise sistemática das observações e do seu raciocínio hipotético-dedutivo, acabou por fundar o ensino da Enfermagem moderna no seio da instituição militar, instituição essa onde os conceitos de hierarquia e autoridade são sobejamente destacados. Esse sentido de autoridade acabou por toldar um ensino por vezes focado no ensino de determinadas técnicas deixando de fora a discussão dos seus princípios.

Assim, a investigação em Enfermagem só passou a fazer sentido quando alguns cursos de Enfermagem começaram a adquirir o estatuto de formação universitária. Foi nos EUA que tal sucedeu, com o pressuposto que a evolução da prática de enfermagem dependeria maioritariamente da melhoria da qualidade do ensino e da gestão dos serviços, foram então as primeiras grandes linhas de investigação em enfermagem desenvolvidas nestes domínios. Só posteriormente (década de 50) se iniciou a investigação de problemas diretamente relacionados com a prática de cuidados. (Gameiro, 1999)

O Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros fez, em 2006, uma tomada de posição onde se clarificava o papel da Investigação em Enfermagem, dado que a Enfermagem como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela Investigação.

O Enfermeiro no seu exercício autónomo tem como sua responsabilidade a prestação de cuidados, a gestão, o ensino, formação e a investigação em Enfermagem. No campo da investigação cabe ao Enfermeiro conceber, realizar, promover e participar em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral. (Ordem dos Enfermeiros, 2015)

Na investigação em enfermagem, o conhecimento requer matéria-prima, núcleo, essência, substância, estratégia, instrumentos e um objetivo para orientar o esforço de descoberta científica. Um enfermeiro investigador qualificado está bem posicionado para valorizar e reconhecer a necessidade de aprender sobre todas as características relacionadas com a investigação num âmbito alargado. Adotar o desenho de investigação considerado como sendo de prestígio, o gold-

standard, e os seus métodos não é suficiente para desenvolver investigação de elevada qualidade. (Zanchetta, 2021)

A investigação é considerada a ponte que une a teoria à prática, gerando assim conhecimento, conhecimento esse que tolará e fundamentará as ações de Enfermagem.

A inclusão da pesquisa e investigação durante o processo de formação do Enfermeiro permite avançar em direção a um suporte epistemológico que delimita a própria Enfermagem em relação às demais disciplinas, com isso atribuindo empoderamento profissional.

Assim, a investigação é definida como um processo que, por meio da aplicação do método científico, busca obter informações relevantes e confiáveis, para explicar, verificar, corrigir e aplicar o conhecimento. A enfermagem, considerada ciência e arte, evoluiu desde que foi representada como ofício, passando pela sua etapa técnica e chegando à etapa profissional, onde o conhecimento da essência da profissão referente ao “cuidado humano” cria a necessidade de alcançar competências nos mais variados domínios do conhecimento científico, humanismo e ética. (Diaz, 2019)

Considera-se uma prática de Enfermagem baseada na evidência como sendo a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis. (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

A Enfermagem é crítica na prossecução de uma investigação clínica munida de ética. (Larkin, 2019) À medida que o volume, diversidade e complexidade da investigação clínica escala, também os desafios que a Enfermagem encontra se intensificam. (Grady, 2009)

A identificação de prioridades de investigação promove a compreensão das principais áreas que precisam de exploração e oferece oportunidade para um trabalho importante que, de outra forma, poderia ser perdida, além disso, uma compreensão abrangente das prioridades de investigação pode servir de suporte aos enfermeiros na procura de financiamento competitivo. (Yateem, 2017)

Na abordagem da temática em estudo surge também o conceito de “bibliografia estatística”, introduzido pela primeira vez em 1923 e descrito como sendo a ilustração de processos científicos e tecnológicos pela computação de documentos. Passados 20 anos este conceito volta a surgir e a ser explorado por vários autores, até que em 1969 se considera mais adequado o termo “bibliometria”. (Alcalá, 2021) A bibliometria é assim classificada como sendo uma técnica quantitativa e estatística para aferir índices de produção e disseminação do conhecimento, bem como acompanhar o desenvolvimento de diversas áreas científicas e uso dos resultados de investigação. A avaliação da produção científica, importante para o reconhecimento dos investigadores junto da comunidade científica, é feita através da aplicação de diversos indicadores bibliométricos, que se dividem em indicadores de qualidade, importância e impacto científicos (Costa, 2012). Os estudos bibliométricos facilitam a compreensão de tendências nas linhas editoriais, a classificação de artigos, a identificação de linhas de investigação; em última

análise ajudam a melhorar a análise e interpretação dos dados que a produção científica emana. (Alcalá, 2021)

É através das análises bibliométricas atrás referidas que se chega à conclusão da tendência crescente na produção de investigação científica na área de enfermagem, investigação essa que numa escala mundial é redigida maioritariamente em Inglês (95%), mas efetivamente em segundo lugar posiciona-se a investigação em enfermagem redigida em Português (2%). Alcalá (2021) nos seus estudos evidenciou também algumas linhas de investigação em enfermagem e sua distribuição temporal, chegando este autor à conclusão que a enfermagem como tema de investigação independente surge apenas numa fase relativamente tardia.

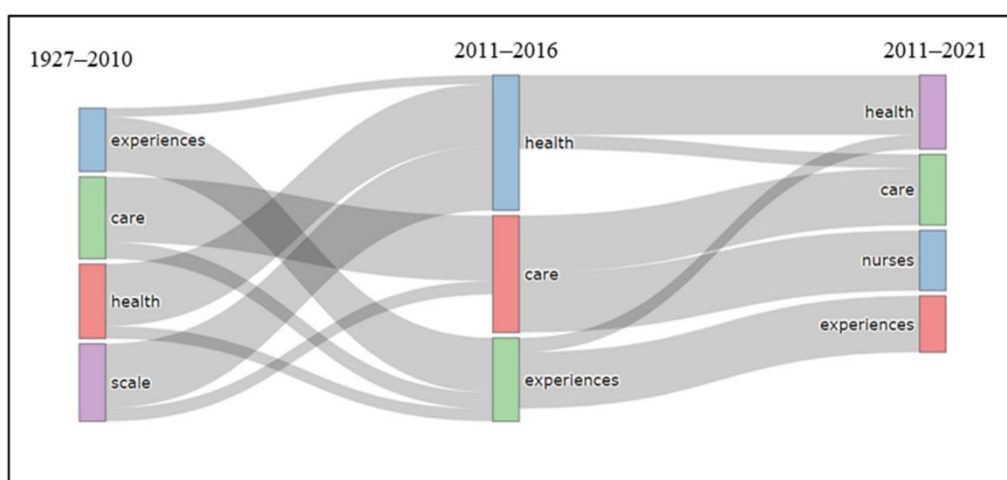


Figura 3 - Tendências de Investigação de Enfermagem ao longo do tempo (Alcalá, 2021)

Numa perspetiva mais global, constatamos que as tendências de investigação de enfermagem são munidas de alguma homogeneidade mesmo em contextos geográficos dispares. Numa análise das prioridades de investigação em Enfermagem dos países da América Latina constatou-se que a maioria das investigações versam sobre a prática/cuidados de Enfermagem. (Hughes, 2022) Num recente questionário aplicado na Noruega versando também sobre prioridades de investigação em Enfermagem, verifica-se que a maioria das linhas de investigação seguidas são também relacionadas com os cuidados de Enfermagem, sendo que a área mais investigada corresponde à segurança do doente. (Fossum, 2022)

Apesar da relativa homogeneidade da distribuição geográfica das temáticas de investigação em enfermagem, constata-se no entanto a dicotomia entre a Europa, Austrália e Canadá, com investigação centrada na enfermagem/prestador de cuidados; e a investigação produzida nos Estados Unidos e Ásia, mais centrada numa perspetiva focada no paciente/alvo de cuidados. (Thelwall, 2020)

2– A Investigação e a Enfermagem Médico-Cirúrgica

Em 1981 é publicada, em Diário da República, a carreira da profissão de enfermagem pelo Decreto-Lei n.º 305/81 de 12 de novembro que, pela primeira vez em Portugal, consagra uma única carreira para a profissão, independentemente, da área ou local do exercício profissional, sendo que segundo o legislado era condição obrigatória ter a categoria de enfermeiro especialista para eventualmente ascender à categoria de enfermeiro-chefe. (Silva, 2017)

Estas exigências legais reforçaram a necessidade de ser desenvolvida a formação pós-básica em enfermagem, sendo que nesta década, ocorre o desenvolvimento dos cursos de especialização, sendo o ensino pós-básico reestruturado em 1982. A procura das especialidades pelos enfermeiros desenvolveu efeitos perversos, porque, o princípio das duas áreas distintas (prestação de cuidados e gestão), promovia a progressão na carreira, implicando a passagem de uma para outra: quem pretendia ser chefe, realizava uma especialidade e após a aquisição de mais conhecimentos e competência na prestação de cuidados diretos (especialista), realizava concurso para chefe, transitando para a área de gestão e perdendo-se provavelmente a mais valia de conhecimentos que tinha adquirido. (Amendoeira, 2004)

Neste contexto, as três escolas de enfermagem da altura (Lisboa, Coimbra e Porto) oferecem educação pós-básica desde 1983, nomeadamente programas de enfermagem de especialização, sendo em 1985 criado Curso de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica (CEEMC). (Silva, 2017)

Os mesmos autores referem que CEEMC tinha como finalidade a formação de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica com foco nos doentes em situação crítica, na gestão de serviços de saúde, no ensino e na participação em trabalhos investigação. Para dar resposta a esta nova realidade são criados os cursos de especialização em enfermagem.

Face às constantes mudanças da sociedade em que vivemos, reflexo da evolução da ciência, construção de conhecimento e desenvolvimento de técnicas inovadoras nas diferentes áreas profissionais, especificamente na área da saúde, é imprescindível a capacitação profissional dos enfermeiros. Na realidade europeia esta prática avançada de enfermagem ainda não reúne consenso sobre a sua caracterização, necessidades de formação, assim como nem todos os países sequer a reconhecem ou a apoiam. A maioria dos países ainda não adota o nível de mestrado para a prática avançada de enfermagem. (Silva, 2022)

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, concebe, implementa e avalia planos de intervenção para responder às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo

complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação. (Ordem Enfermeiros, 2017)

Nos últimos anos as comunidades científicas e profissionais da enfermagem têm expressado preocupações sobre se a prática dos enfermeiros está de acordo com a melhor evidência científica disponível. A disparidade entre os resultados de investigação e a prática clínica efetiva é reconhecida como uma lacuna na realidade da enfermagem. Apesar do aumento do número de estudos clinicamente relevantes, a transferência de conhecimentos é frequentemente lenta e por vezes aleatória para adotar a melhor evidência. (Lage, 2016)

Os cuidados de enfermagem especializados 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. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer 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. E se, em situação crítica, a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas - considera-se igualmente a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação, bem como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação”

O avanço no conhecimento requer que o Especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização. (OE, 2018)

Atentando aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, caberá ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica (EEEMC), o planeamento, organização e implementação de planos de formação e de investigação, em articulação com a restante equipa multidisciplinar.

2.1 - Eixos Prioritários de Investigação em Enfermagem

A Ordem dos Enfermeiros na sua tomada de posição em 2006 definiu quatro principais eixos prioritários de investigação:

Tabela 4 – Eixos Prioritários de Investigação em Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros. 2006)

<p>Adequação dos cuidados de Enfermagem gerais e especializados às necessidades do cidadão</p>	<p>Estudos que promovam a clarificação e explicitação das necessidades das populações em cuidados de Enfermagem gerais e especializados e os benefícios resultantes de respostas concretas, assentes nos processos de conceção dos enfermeiros. Em particular, estudos que ajudem a definição de um conjunto de indicadores de resultado que dêem visibilidade ao contributo desses cuidados na saúde das populações.</p>
<p>Educação para a Saúde na aprendizagem de capacidades</p>	<p>Estudos na área da Educação para a Saúde e aprendizagem de capacidades que promovam programas de intervenção em áreas consideradas prioritárias, nomeadamente aspetos de saúde das populações relacionados com a dependência para o autocuidado e a necessidade de cuidados continuados, estilos de vida, qualidade de vida e ambiente.</p>
<p>Estratégias inovadoras de gestão / liderança</p>	<p>Estudos que abordem estratégias inovadoras de gestão/liderança e organização do trabalho favorecedoras de contextos de trabalho que promovam e facilitem a qualidade dos cuidados.</p>
<p>Formação em Enfermagem no desenvolvimento de competências</p>	<p>Estudos na área da Formação e Educação em Enfermagem e aquisição de competências, quer na formação inicial, quer no contexto da aprendizagem ao longo da vida, com particular incidência na área do desenvolvimento curricular e estratégias de supervisão clínica.</p>

No que concerne às definições de Área Prioritárias de Investigação referentes às diferentes Especialidades consideradas pela Ordem dos Enfermeiros, tal concretização constatou-se inicialmente no ano de 2015 na Especialidade de Enfermagem de Reabilitação após um trabalho de revisão de literatura sobre linhas e orientações de investigação nacional e internacional; auscultação aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, realização de um

estudo quantitativo e posterior elaboração de relatório com recomendação formal das Áreas de Investigação prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

Posteriormente, no dia 05 de Novembro de 2022, o Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica apresentou no 1º Congresso de Enfermagem dos Açores as “Áreas de Investigação Prioritárias para a especialidade de EMC”; bem como os “Indicadores sensíveis aos cuidados especializados em EMC”.

Seguidamente traduz-se esquematização das Linhas de Investigação Prioritárias em Enfermagem Médico-Cirúrgica apresentadas em Novembro de 2022:

A - Linhas Investigação Prioritárias EEMC

A1 – Respostas humanas da pessoa a problemas de saúde reais ou potenciais, capacidade funcional e qualidade de vida e tomada de decisão;

A2 – Modelos de gestão, equidade, acessibilidade e segurança da Pessoa;

A3 – Estratégias inovadoras no diagnóstico, tratamento e educação da pessoa.

- 1) Autogestão de doença, sintomas, qualidade de vida e comunicação.
- 2) Educação formal ou informal especializada, experiências clínicas com pessoas, famílias e cuidadores
- 3) Modelos de gestão dos cuidados de enfermagem especializados/sistemas de prestação de cuidados
- 4) Cultura de segurança e gestão do risco

A4 – Indicadores de enfermagem médico-cirúrgica para avaliar e promover resultados em saúde positivos recorrendo à prática baseada em evidencia.

- 1) Acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde
- 2) Qualidade de vida
- 3) Segurança, risco e satisfação da pessoa
- 4) Resultados de saúde
- 5) Custos de cuidados de saúde
- 6) Tomada de decisão
- 7) Competência clínica

B - Linhas Investigação Prioritárias EEMC – Pessoa em situação Crítica

B1 – Sintomas psicofisiológicos e respostas emocionais associadas a recuperação de doenças críticas

- 1) Intervenções para reduzir a incidência e/ou duração do delírio
- 2) Desenvolvimento e avaliação de intervenções não farmacológicas para:
 - a) Alívio da dor ou desconforto
 - b) Promoção do sono
 - c) Diminuição da ansiedade
- 3) Intervenções para promover a comunicação da pessoa durante a ventilação mecânica.

B2 – Indicadores de enfermagem à pessoa em situação crítica para avaliar e promover resultados em saúde positivos recorrendo à prática baseada em evidencia.

- 1) Qualidade de vida relacionada com a saúde
- 2) Redução de sintomas
- 3) Estado funcional
- 4) Redução de riscos

C - Linhas Investigação Prioritárias EEMC – Pessoa em situação Crónica

C1 – Gestão da doença crónica, gestão de sintomas e modelos de apoio ao cuidador.

- 1) Utilização da tecnologia/tele-saúde no diagnóstico e tratamento das condições crónicas.
- 2) Autogestão de doenças crónicas, sintomas e qualidade de vida.
- 3) Tomada de decisão e crenças de saúde.
- 4) Cuidados centrados no doente com doenças crónicas
- 5) Modelos de apoio ao cuidador

C2 – Indicadores de enfermagem à pessoa em situação crónica para avaliar e promover resultados em saúde positivos recorrendo à prática baseada em evidência.**D - Linhas Investigação Prioritárias EEMC – Pessoa em situação Perioperatória****D1 – Enfermagem perioperatória baseada em evidência no contexto clínico.**

- 1) Modelos de gestão/liderança em enfermagem perioperatória
- 2) Segurança de equipamentos e dispositivos
- 3) Educação em enfermagem perioperatória dos enfermeiros

D2 – Indicadores de enfermagem à pessoa em situação perioperatória para avaliar e promover resultados em saúde positivos recorrendo à prática baseada em evidência.

- 1) Cultura de segurança do utente
- 2) Segurança da medicação
- 3) Manuseamento e posicionamento do utente
- 4) Práticas de educação do utente
- 5) Controlo ambiental

E - Linhas Investigação Prioritárias EEMC – Pessoa em situação Paliativa**E1 – Modelos de cuidados para melhorar a qualidade de vida da pessoa e cuidadores.**

- 1) Equidade e acesso aos cuidados paliativos;
- 2) Espiritualidade, humor, preocupações culturais e cuidados compassivos;
- 3) Experiência e preferências da pessoa
- 4) Planeamento de cuidados e intervenções de gestão de sintomas

E2 – Indicadores de enfermagem à pessoa em situação paliativa para avaliar e promover resultados em saúde positivos recorrendo à prática baseada em evidência.

- 1) Recursos educativos
- 2) Segurança e qualidade dos cuidados paliativos
- 3) Qualidade de vida
- 4) Continuidade de cuidados

Nestas linhas de investigação apresentadas pela Ordem dos Enfermeiros entende-se a preocupação em fazer a destrição das várias áreas de especialização da Enfermagem Médico-Cirúrgica

e individualizar as suas linhas de investigação; constata-se também a preocupação de estimular a investigação e a produção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem para cada área de especialização; de forma a que estes sejam posteriormente incluídos nos indicadores já em uso pela ACSS. Os indicadores são entendidos como medidas que podem ser usadas como guias orientadores na monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados de saúde. Actualmente não se discute a necessidade de, a partir dos dados disponíveis, produzir indicadores capazes de permitir a transformação de informação em ação provocadora de uma melhoria global da prestação dos serviços de saúde. (Pereira, 2009)

O peso da produção científica originária da prática especializada de enfermagem no total da produção científica relacionada com a enfermagem ainda não é um facto bem conhecido, no entanto, um estudo que consistiu na análise de 19209 artigos publicados na China, evidenciou que a maioria dos artigos publicados versava sobre a prática especializada de enfermagem (35,52%) (Jinlian, 2015) O referido estudo revela também que além de grande parte da produção científica chinesa se basear na prática especializada de enfermagem, a vasta maioria da produção científica (93,63%) advém de 2 ou mais autores, denotando uma tendência de organização na produção de conhecimentos.

2.2 - Promoção da Investigação em Enfermagem Médico Cirúrgica

Todos os membros da Ordem dos Enfermeiros detentores do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como as suas áreas específicas, se agrupam na constituição do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A este Colégio compete, entre outras, a promoção do desenvolvimento das relações científicas entre os membros da especialidade, elaboração de estudos sobre focus de atenção específicos da especialidade e elaborar programas formativos. Este órgão promove encontros de Enfermeiros Especialistas onde há espaço para apresentação de trabalhos de investigação, quer sob forma de comunicações livre ou pósteres; sendo que a cada edição correspondem temáticas de interesse diferentes. Compete também, como atrás elencado, a definição de áreas de investigação prioritárias e devido acompanhamento e apoio da atividade investigativa em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Paralelamente, existe também a Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica (AEEEMC), fundada em 1988, cuja missão passa pela promoção e divulgação da EMC através de projetos de Formação, Investigação e Desenvolvimento. Com o objetivo de fomentar a Investigação foram criados dois prémios distintos: “Prémio de Investigação em EMC – Professor Doutor José Carlos Amado Martins” e o “Prémio de Implementação da Evidência no Contexto da Prática Clínica – José António Antunes”, ambos focando-se em trabalhos de investigação desenvolvidos no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica, numa das quatro áreas reconhecidas: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, à Pessoa em Situação Crónica, à Pessoa em Situação Paliativa e à Pessoa em Situação Perioperatória.

A avaliação da atividade científica é uma tarefa tornada complexa pela forma com que as diferentes áreas do conhecimento dinamizam os seus objetos, teorias, métodos e técnicas para produzir novas formas de ver a realidade; no entanto a utilização de parâmetros qualitativos como a avaliação por pares, os indicadores quantitativos das publicações e as tecnologias da informação são atualmente elementos usados na avaliação da produção científica. (Marziale, 2011)

Face ao atrás exposto, este trabalho tem como foco principal a investigação em Enfermagem Médico-Cirúrgica na ESSV, tendo como principal fonte o Repositório do IPV, dado que toda a amostra consistirá em trabalhos publicados/disponíveis neste repositório.

3 – Metodologia de Investigação

Neste capítulo pretende-se descrever os procedimentos metodológicos adotados, que compreendem os métodos no qual se incluem as questões, os objetivos e o tipo de estudo da pesquisa efetuada, os participantes, os instrumentos, os procedimentos formais e éticos e os procedimentos estatísticos adotados.

3.1 – Delimitação da Problemática

Tendo por base os pressupostos para este estudo, surgem as seguintes questões às quais pretendemos dar resposta:

- Qual o estado da arte de investigação em enfermagem Médico-Cirúrgica na ESSV?
- Quais os tipos e objetivos do estudo selecionados para a investigação em Enfermagem Médico-Cirúrgica na ESSV?
- Quais as áreas prioritárias da investigação em Enfermagem de Médico-Cirúrgica?

Por forma a operacionalizar estas questões de investigação, foi realizado um estudo retrospectivo do tipo não experimental, de natureza quantitativa, seguindo uma via descritiva analítica.

O estudo realizado é quantitativo, transversal, descritivo, uma vez que “visa analisar a incidência, distribuição e relações entre variáveis que são estudadas tal qual existem, em contexto natural, sem manipulação, sendo quase sempre classificados em função desses três objetivos básicos: descrever, explicar ou ainda explorar” (Coutinho, 2014, p. 277).

Trata-se de um estudo descritivo, uma vez que se procura descobrir a incidência e a distribuição de determinados traços ou atributos de uma determinada amostra, sem que o investigador os procure explicar.

Caracteriza-se também como sendo analítico porque procura identificar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fenómenos. Permite aprofundar o conhecimento da realidade, uma vez que explica o motivo, o “porquê” das coisas.

3.2- Objetivos da Investigação

Atendendo às questões de investigação formuladas, delineou-se como objetivo geral: analisar o estado da arte de investigação em enfermagem médico-cirúrgica produzido na ESSV, no contexto de conclusão dos Cursos de Mestrado/ Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, entre os anos 2010 e 2022.

Como objetivos específicos delinearam-se os seguintes:

- Caracterizar o desenvolvimento da investigação na área da enfermagem médico-cirúrgica na ESSV;
- Discriminar a tipologia de estudo mais prevalente na área da enfermagem médico-cirúrgica em função da edição do curso;
- Identificar o tipo de população-alvo e a amostra inquirida nos estudos primários;
- Listar os instrumentos de recolha de dados mais utilizados;
- Identificar o tipo de estudos pesquisados e fontes de pesquisa que constituíram os estudos secundários;
- Descrever as áreas prioritárias de investigação;
- Discriminar os objectos de estudo por áreas prioritárias;
- Listar as linhas de investigação sobre as quais incidem os estudos desenvolvidos;
- Identificar as principais variáveis independentes e dependentes dos estudos primários.

3.3- Amostra

Integraram o âmbito deste estudo 193 relatórios finais dos cursos de Mestrado/Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Médico-Cirúrgica, sendo que alguns tinham acesso restrito. Nesses casos, foram solicitadas as autorizações aos respetivos autores, não tendo havido resposta em tempo útil, pelo foram excluídos 13 relatórios, ficando a amostra constituída por 180 relatórios.

3.4. Estratégias de Colheita de Dados

3.4.1. Seleção e localização dos estudos

Os dados foram recolhidos, relativos ao período de 2010 a 2022, com recurso ao Repositório do Instituto Politécnico de Viseu (IPV), usando como descritores: “Repositório IPV”; “relatórios finais”; “Enfermagem Médico-Cirúrgica”; “ESSV”.

3.5. Procedimentos

Durante o processo de investigação, procurou-se respeitar os princípios éticos e legais exigíveis, para que se pudesse dar cumprimento à recolha de dados no Repositório do IPV, cuja consulta dos relatórios finais que tinham acesso restrito foi antecedida de um pedido de autorização aos respetivos autores. Um outro aspeto tido em consideração foi a garantia do anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, de forma a ser acautelado a identidade dos autores dos relatórios finais, respeitando-se, assim, a responsabilidade profissional e científica.

Seguidamente à colheita de dados foi realizada a análise do total dos relatórios finais, tendo-se depois efetuado a codificação da informação extraída dos mesmos e introdução em base de dados. Para a análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva, utilizando-se as frequências absolutas e as frequências percentuais. A análise da estatística descritiva caracteriza-se por permitir o delineamento das características da amostra em estudo, da qual resultam os dados obtidos. Possibilita também descrever os valores alcançados através da medida das variáveis

3.6. Análise de dados

Para o tratamento estatístico recorreu-se à estatística descritiva e analítica ou inferencial utilizando o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 26.0 (2017) para *Windows*; bem como o software *STATA* e *Excel*.

Com a estatística descritiva, foram determinadas frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central (médias e medianas), medidas de dispersão (desvio padrão e coeficiente de variação), medidas de forma (assimetria Skewness (SK) e achatamento curtose (K)) e medidas de associação (correlação de Pearson), em consonância com as características das variáveis em estudo.

Em relação ao coeficiente de variação que compara a dispersão das variáveis de natureza quantitativa são utilizados os seguintes valores de referência (Pestana & Gageiro 2014):

- $CV \leq 15\%$ - Dispersão Fraca;
- $15\% < CV \leq 30\%$ - Dispersão Média ou moderada
- $CV > 30\%$ - Dispersão Elevada.

4– Resultados

Neste capítulo procedemos à análise e interpretação dos resultados obtidos. Esta análise tem como objetivo organizar e resumir os dados de forma que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação. Já a interpretação procura dar sentido mais amplo às respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos.

4.1. Análise descritiva

Neste subcapítulo pretendemos analisar os diversos dados obtidos procedendo à sua interpretação.

Por uma questão de organização estrutural, os dados serão assim apresentados tendo por referência os objetivos específicos inicialmente delineados, seguindo-se a seguinte sequência:

- Caracterização da edição e ano de defesa do curso em função do género do estudante em questão;
- Discriminação do tipo de estudo realizado em função da edição do curso;
- Classificação dos tipos de estudos em função da edição do curso e género;
- Identificação da população-alvo e o tamanho da amostra inquirida nos estudos primários;
- Identificação dos estudos pesquisados para a realização dos estudos secundários, fontes de pesquisa e idiomas dos estudos pesquisados;
- Discriminação dos relatórios finais por áreas prioritárias de investigação da Ordem dos Enfermeiros;
- Discriminação dos relatórios finais por linhas de investigação;
- Identificação dos instrumentos de avaliação utilizados nas diversas dimensões;
- Determinação das variáveis independentes e dependentes dos estudos primários.

A apresentação dos dados surgirá esquematizada em várias tabelas de forma sequencial sendo previamente feita a análise correspondente.

- **Edição e ano de defesa do curso em função do género do estudante**

A maioria dos estudante é do género feminino (71,7%), sendo as edições com maior representação deste género a 6.^a (15,6%) e a 1.^a (13,9%). O género masculino é mais representado na 3.^a edição do curso (5,6%) seguida da 5.^a edição (5,0%) (cf. tabela 5).

Tabela 5. Caracterização da edição do curso em função do estudante

Género Edição do curso	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
1º	25	13,9	6	3,3	31	17,2
2º	13	7,2	6	3,3	19	10,6
3º	9	5,0	10	5,6	19	10,6
4º	19	10,6	8	4,4	27	15,0
5º	15	8,3	9	5,0	24	13,3
6º	28	15,6	8	4,4	36	20,0
7º	19	10,6	4	2,2	23	12,8
8º	1	0,6	0	0	1	0,6
Total	129	71,7	51	28,3	180	100,0

Verifica-se que, no total da amostra, o ano com mais defesas de relatórios finais foi 2011-2012 (35,1%), seguindo-se os anos de 2015-2016 e 2017-2018, com idêntico valor percentual (21,6%). Fazendo-se uma análise em função do género, no grupo de enfermeiros do género feminino sobressaem as defesas de relatórios finais no ano letivo de 2011-2012 (23,4%), seguindo-se os anos de 2015-2016 (18,0%) e 2017-2018 (17,1%). No grupo de enfermeiros do género masculino, também prevalecem as defesas realizadas em 2011-2012 (11,7%) (c. tabela 6).

Tabela 6. Caracterização do ano de defesa do relatório final em função do género do estudante

Género Ano de defesa	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
2011	20	11,1	3	1,7	23	12,8
2012	9	5,0	5	2,8	14	7,8
2013	6	3,3	9	5,0	15	8,3
2014	7	3,9	2	1,1	9	5,0
2015	13	7,2	7	3,9	20	11,1
2016	7	3,9	2	1,1	9	5,0
2017	11	6,1	7	3,9	18	10,0
2018	7	3,9	6	3,3	13	7,2
2019	20	11,1	4	2,2	24	13,3
2020	5	2,8	0	0	5	2,8
2021	15	8,3	1	0,6	16	8,9
2022	4	2,2	3	1,7	7	3,9
Total	129	71,7	51	28,3	180	100,0

Os resultados evidenciados na tabela 7, traduzem que o tipo de estudo mais prevalente é o estudo primário, correspondendo a 84,2% do total da amostra. Os estudos secundários representam 15,8% da amostra total. O maior número de estudos secundários foi apresentado no ano de 2015 e 2017 (3,6%). No universo de 12 anos em estudo (2011-2022) constata-se que 81% dos estudos secundários foram desenvolvidos na faixa de 5 anos compreendida entre 2014 e 2018; constata-se também que nos primeiros 3 anos de análise (2011-2013), não foi desenvolvido qualquer estudo secundário, idêntico facto ocorreu nos anos 2019 e 2020.

Tabela 7. Caracterização do tipo de estudo realizado em função da edição do curso

Edição do Curso	Primários		Secundários		Total	
	n	%	n	%	n	%
2011	23	13,4	0	0	23	13,4
2012	14	8,2	0	0	14	8,2
2013	14	8,2	0	0	14	8,2
2014	7	4,0	2	1,1	9	5,2
2015	14	8,2	6	3,6	20	11,7
2016	5	3,0	4	2,3	9	5,3
2017	12	7,0	6	3,6	18	10,5
2018	9	5,3	4	2,3	13	7,8
2019	24	14,0	0	0	24	14,0
2020	5	3,0	0	0	5	3,0
2021	13	7,6	2	1,2	15	8,7
2022	4	2,3	3	1,7	7	4,0
Total	151	84,2	27	15,8	171	100

Verifica-se que, em relação aos estudos primários, no grupo de enfermeiros do género feminino, foi na edição de 2011-2012 que mais desenvolveram este tipo de estudo (27,2%), seguindo-se a edição de 2015-2016 com 20,7%. No grupo de enfermeiros do género masculino, prevalece a realização de estudos primários também na edição de 2011-2012 (13,0%). No total da amostra, foi na edição de 2011-2012 que ocorreu mais realização de estudos primários. Quanto aos estudos secundários, apura-se que 36,8% dos enfermeiros do género feminino seguiu este tipo de estudo em 2017-2018, sendo também expressiva a percentagem de estudo secundários em 2019-2020 (26,3%). Em relação aos enfermeiros do género masculino, registam-se valores percentuais idênticos (5,3%, respetivamente) nas edições de 2011-2012, 2013-2014, 2017-2018 e 2019-2020. É de referir que se registam mais estudos secundários em 2017-2018 (42,1%) (cf. tabela 8).

Tabela 8. Tipos de estudos (primários e secundários) em função do ano de apresentação

Gênero	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tipos de estudo/Edições						
Estudos Primários						
2011	20	13,2	3	2,0	23	15,2
2012	13	6,0	5	3,3	14	9,3
2013	6	4,0	8	5,3	14	9,3
2014	6	4,0	1	0,7	7	4,6
2015	10	6,6	4	2,6	14	9,3
2016	5	3,3	0	0	5	3,3
2017	7	4,6	5	3,3	12	7,9
2018	6	4,0	3	2,0	9	6,0
2019	20	13,2	4	2,6	24	15,9
2020	5	3,3	0	0	5	3,3
2021	12	7,9	1	0,7	13	8,6
2022	3	2,0	1	0,7	4	2,6
Total	113	75,5	35	24,5	148	100,0
Estudos Secundários	n	%	n	%	n	%
2014	1	3,7	1	3,7	2	7,4
2015	3	11,1	3	11,1	6	22,2
2016	2	7,4	2	7,4	4	14,8
2017	4	14,9	2	7,4	6	22,2
2018	1	3,7	3	11,1	4	14,8
2021	2	7,4	0	0	2	7,4
2022	1	3,7	2	7,4	3	11,2
Total	15	51,9	13	48,1	27	100,0

A grande maioria dos estudos submetidos correspondem à tipologia dos estudos primários (84,2%) e destes, a grande maioria é de natureza quantitativa (81%), sendo que apenas 3,2% correspondem a estudos primários de natureza qualitativa. Nos estudos secundários (15,8%), as revisões sistemáticas da literatura representam 96% do total, sendo que a maioria (85%) corresponde a revisão sistemática sem metanálise. É de referir que no conto geral dos estudos, apenas 0,08% correspondem a revisão integrativas da literatura, e apenas 2,24% correspondem a revisões sistemáticas da literatura com meta análise (cf. Tabela 9).

Tabela 9. Tipologia dos estudos

Tipo de estudos	n	%
Primários		
Quantitativos	145	81
Qualitativos	6	3,2
Sub-total	151	84,2
Secundários		
Revisão sistemática		
Com metanálise	4	2,24
Sem metanálise	22	13,5
Revisão Integrativa	1	0,08
Sub-total	27	15,8
Total	178	100,0

- **População-alvo e o tamanho da amostra inquirida nos estudos primários**

O tamanho da amostra inquirida nos estudos primários inclui um n amostral superior a 211 inquiridos (35,0%), sendo seguido pelo intervalo de amostra com número compreendido entre 61-110 inquiridos (25%).

Tabela 10. N amostral nos estudos primários

Tamanho da amostra	n	%
6-60	26	14,5
61-110	45	25,0
111-160	28	15,5
161-210	18	10,0
+211	63	35,0
Total	180	100,0

Nos 154 estudos primários onde foi possível aceder a informação acerca da caracterização da amostra, o público-alvo mais prevalente foi o dos utentes (53,4%), sendo que dentro deste grupo houve um maior enfoque no estudo dos utentes do foro crítico/emergente (41% dentro do grupo dos utentes; 22% no total). O público-alvo inclui grupo dos profissionais de saúde (28,5%) no qual os enfermeiros têm a maioria da representatividade (84,0% dentro do grupo dos profissionais de saúde; 24% do total das amostras) (cf. tabela 11).

Tabela 11. População-alvo: participantes inquiridos nos estudos primários

Público-alvo	n	%
Utentes	82	53,4
Utentes Crónicos	23	15,0
Utentes Paliativos	9	6,0
Utentes Críticos/Emergentes	34	22,0
Outras tipologias utentes	16	10,4
Cuidadores informais	11	7,1
Profissionais de saúde	44	28,5
Enfermeiros	37	24,0
Enfermeiros e outros profissionais	7	4,5
Comunidade Educativa	17	11,0
Professores	2	1,0
Estudantes	15	10,0
Total	154	100,0

Na prossecução dos estudos primários foi englobada uma amostra total de 28318 indivíduos. Do total de indivíduos inquiridos, a maioria corresponde ao grupo de público-alvo denominado por “Utentes” (68%); sendo que dentro deste grupo o que mais se destaca é o grupo dos utentes “Emergentes/Críticos” (44%); no total de representatividade segue-se o grupo dos “Enfermeiros” (24%).

Tabela 12. Número total de indivíduos inquiridos que integraram as amostras da totalidade dos estudos primários

Público-alvo		n	%
Utentes	Emergentes/Críticos	12590	44
	Paliativos/Crónicos	3854	14
	Outros	2823	10
Cuidadores Informais		704	3
Agentes Educativos		1536	5
Enfermeiros		6811	24
Total		28318	100

- **Estudos pesquisados para a realização dos estudos secundários, fontes de pesquisa e idiomas dos estudos pesquisados**

Analisando de forma quantitativa os estudos pesquisados para a prossecução dos estudos secundários consta-se grande disparidade referente ao número de estudos identificados (mínimo $n=6$ e máximo $n=817851$), disparidade essa que diminui substancialmente quando analisamos os estudos efetivamente integrados (mínimo $n=2$ e máximo $n=17$). Em média a cada estudo secundário corresponderam 56437 estudos identificados, 117 estudos selecionados para análise/testes de relevância e 5,52 estudos efetivamente integrados; ou seja, em valores médios só 0,009% dos estudos identificados na primeira pesquisa das bases de dados acabam por ser integrados em estudo secundário. Os estudos secundários com integração de mais estudos, como corpus textual de análise, foram: “Papel do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes em estado crítico: revisão scoping”, com 586 estudos identificados e 17 integrados; e “Taxa de contaminação por microrganismos potencialmente patogénicos em garrotes de punção venosa periférica : revisão sistemática de literatura”, tendo sido identificados 352 estudos e 15 integrados. Analisando também o quociente entre estudos identificados e os estudos efetivamente integrados; constata-se que este variou entre os 0,0005% e os 33,3% de estudos integrados. (cf. tabela 13).

Tabela 13. Estudos pesquisados para a realização dos estudos secundários

Trabalho	Estudos identificados	Estudos selecionados	Estudos integrados	Estudos identificados/Estudos integrados (%)
Hipotermia terapêutica no pré-hospitalar	759	759	5	0,6588%
Ventilação não invasiva no pré-hospitalar : uma revisão sistemática da literatura	316282	4	3	0,0009%
Eficácia da heparina e do soro fisiológico para manter a permeabilidade dos cateteres venosos centrais em adultos	3762	1445	6	0,1595%
Aplicação de dispositivos mecânicos na realização de compressões torácicas no pré-hospitalar	28630	15	3	0,0105%
Hipotermia terapêutica no traumatismo crânio-encefálico	9409	6	4	0,0425%
Eficácia da utilização de haloperidol na prevenção de delírio em utentes de cuidados intensivos	817851	179	4	0,0005%
A aplicação tópica de prata no tratamento de feridas infectadas : revisão sistemática da literatura	23695	20	2	0,0084%
Aplicação de crioterapia na redução do edema pós-traumático e ou pós-operatório nas fraturas do tornozelo	283	19	3	1,0601%
Eletrocardiograma no pré-hospitalar : importância para a identificação precoce de enfarte agudo do miocárdio	115944	33	3	0,0026%
Banho com clorexidina no doente colonizado infectado com Klebsiella pneumoniae carbapenemase	6	4	2	33,3333%
Eficácia dos programas para prevenção da violência a profissionais de saúde em serviço de urgência : uma revisão sistemática da literatura	366	18	6	1,6393%
Tabagismo e síndrome coronário agudo	2630	27	6	0,2281%
Eficácia da consulta de follow-up realizada por enfermeiros, em doentes com artrite reumatoide : revisão sistemática da literatura.	178	22	7	3,9326%
Eficácia da ozonoterapia tópica na redução da carga bacteriana e tempo de cicatrização em úlceras de etiologia venosa dos membros inferiores	275	4	3	1,0909%
Suplemento de zinco e ácido ascórbico no tratamento de úlcera por pressão : Revisão sistemática da literatura	11111	16	3	0,0270%
Via aérea avançada na paragem cardio respiratória pré-hospitalar	59884	13	3	0,0050%
Impacto de programas realizados por enfermeiros na qualidade de vida da pessoa com doença renal crónica em terapia substitutiva : uma revisão sistemática da literatura	318	20	6	1,8868%
A qualidade do sono em unidades de cuidados intensivos : uma revisão sistemática da literatura	686	16	6	0,8746%
Taxa de contaminação por microrganismos potencialmente patogénicos em garros de punção venosa periférica : revisão sistemática de literatura	352	28	15	4,2614%
Ressuscitação pré-hospitalar com solução salínica hipertónica no choque hemorrágico traumático	8888	27	6	0,0675%
Eficácia dos sistemas de aspiração de secreções na prevenção da pneumonia associada à ventilação	5184	28	3	0,0579%
Satisfação do utente face aos cuidados de enfermagem no serviço de urgência : Revisão sistemática da literatura	639	12	9	1,4085%
Protocolos de atuação na abordagem ao doente com sépsis em contexto de Urgência : uma revisão sistemática com metanálise	3187	175	7	0,2196%
Papel do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes em estado crítico: revisão scoping	586	29	17	2,9010%
Fenómenos de sobretriagem e subtriagem nos serviço de urgência com aplicação do sistema de triagem de Manchester : revisão scoping	34	13	6	17,6471%

Tabela 14. Estudos pesquisados para a realização de estudos secundários

	Min	Max	M	Dp
Estudos Identificados	6	817851	56437	171761
Estudos Seleccionados	4	1445	117	315
Estudos Integrados	2	17	5.52	3.7

A tipologia de fontes de pesquisa incluídas nos estudos secundários, foram identificadas nesta análise 19 diferentes fontes, as mais utilizadas foram a Pubmed (n=20) e a SciELO; EBSCO e CINAHL (n=8) (cf. tabela 15).

Tabela 15. Fontes de pesquisa dos estudos secundários

Fonte de pesquisa	Amostra
Pubmed	20
SciELO	8
EBSCO	8
CINAHL	8
Google académico	7
Cochrane Central Register of Controlled Trials	4
Cochrane Database of Sistematic Reviews	4
Embase	4
Repositórios internacionais e nacionais	2
JBI Library of Systematic Reviews	2
B-on	1
Cochrane Library	1
RCAAP	1
Medline	1
Medline Complete	1
CINAHL Complete	1
MedicLatina	1
Scopus	1
Elsevier Science Direct	1

Contraopondo agora os relatórios produzidos em função das áreas prioritárias entretanto identificadas pela Ordem dos Enfermeiros (2022), constata-se que do total de relatórios analisados 158 abordam as áreas prioritárias ao invés de 22 que acabam por não as abordar. (tabela 16)

Tabela 16. Total dos relatórios finais que abordam ou não as áreas prioritárias

Áreas mais prioritárias	n	%
Aborda	158	88
Não aborda	22	12
Total	180	100

- **Áreas prioritárias**

Consoante as áreas prioritárias e respetivas “sub-áreas” prioritárias de investigação identificadas pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros, procedeu-se à classificação dos estudos produzidos. Dessa classificação resulta que a maioria das investigações apresentadas se enquadra na área “Modelos de gestão, equidade, acessibilidade e segurança da Pessoa” (n=63), sendo que nesta área o enfoque foi maior nas sub-áreas de “Modelos de gestão dos cuidados de enfermagem especializados” (n=28) e “Cultura de segurança e gestão do risco” (n=25). Importa também referir que a segunda área com mais investigação corresponde à gestão da doença crónica “Gestão da doença crónica, gestão de sintomas e modelos de apoio ao cuidador” (n=32).

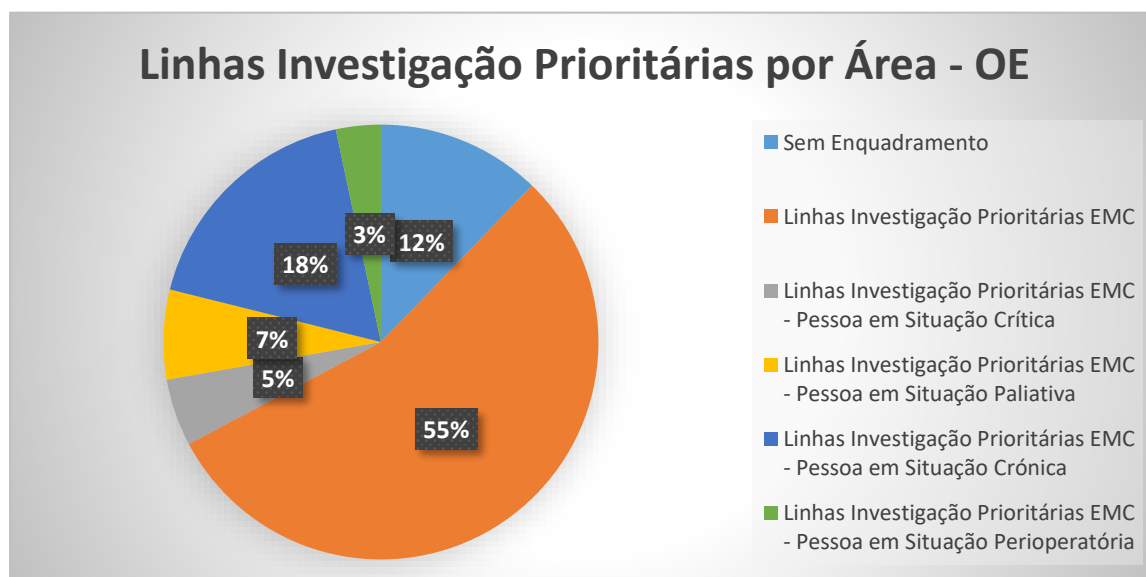
Tabela 17. Tabela de frequências Áreas/Sub-áreas prioritárias EMC

Área / sub-área prioritária de investigação Enfermagem Médico-Cirúrgica		n
A1 – Respostas humanas da pessoa a problemas de saúde reais ou potenciais, capacidade funcional e qualidade de vida e tomada de decisão;		10
	A1.1- Autogestão de doença, sintomas, qualidade de vida e comunicação.	4
	A1.2- Educação formal ou informal especializada, experiências clínicas com pessoas, famílias e cuidadores	2
	A1.3 - Modelos de gestão dos cuidados de enfermagem especializados/sistemas de prestação de cuidados	2
	A1.4 - Cultura de segurança e gestão do risco	2
Subtotal		20
A2 - Modelos de gestão, equidade, acessibilidade e segurança da Pessoa;		8
	A2.2 - Educação formal ou informal especializada, experiências clínicas com pessoas, famílias e cuidadores	2
	A2.3 - Modelos de gestão dos cuidados de enfermagem especializados/sistemas de prestação de cuidados	28
	A2.4 - Cultura de segurança e gestão do risco	25
Subtotal		63
A3 – Estratégias inovadoras no diagnóstico, tratamento e educação da pessoa.		12
	A3.3 - Modelos de gestão dos cuidados de enfermagem especializados/sistemas de prestação de cuidados	1
	A3.4 - Cultura de segurança e gestão do risco	1
Subtotal		14
A4 – Indicadores de enfermagem médico-cirúrgica para avaliar e promover resultados em saúde positivos recorrendo à prática baseada em evidencia.		
	A4.3 – Segurança, risco e satisfação da pessoa	1
Subtotal		1
B1 – Sintomas psicofisiológicos e respostas emocionais associadas a recuperação de doenças críticas.		7
	B1.1 - Intervenções para reduzir a incidência e/ou duração do delírio	1
	B1.2 - Desenvolvimento e avaliação de intervenções não farmacológicas para promoção do sono	1
Subtotal		9
C1 – Gestão da doença crónica, gestão de sintomas e modelos de apoio ao cuidador.		4

	C1.2 - Autogestão de doenças crónicas, sintomas e qualidade de vida.	23
	C1.4 - Cuidados centrados no doente com doenças crónicas	4
	C1.5 – Modelos de apoio ao cuidador	1
Subtotal		32
D1 – Enfermagem perioperatória baseada em evidencia no contexto clínico.		1
	D1.1 - Modelos de gestão/liderança em enfermagem perioperatória	4
	D1.2 - Segurança de equipamentos e dispositivos	1
Subtotal		6
E1 – Modelos de cuidados para melhorar a qualidade de vida da pessoa e cuidadores.		
	E1.1 - Equidade e acesso aos cuidados paliativos;	1
	E1.2 - Espiritualidade, humor, preocupações culturais e cuidados compassivos	2
	E1.3 - Experiência e preferências da pessoa	7
	E1.4 - Planeamento de cuidados e intervenções de gestão de sintomas	2
Subtotal		12
Sem enquadramento		22
Total Geral		180

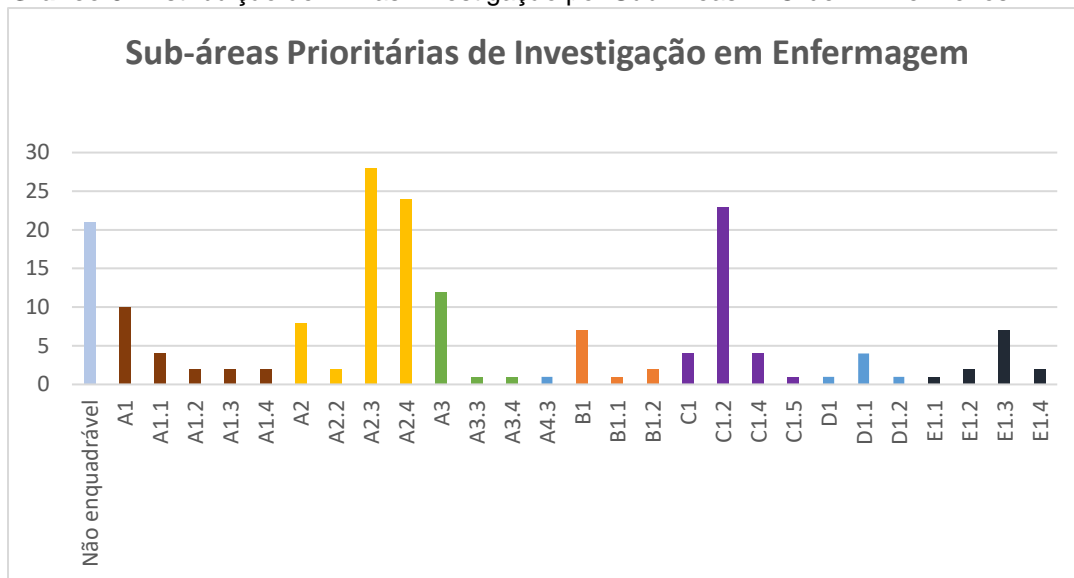
Atentando à informação constante no gráfico seguinte conclui-se que dos estudos com enquadramento nas linhas de investigação prioritárias definidas pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica; a grande maioria (55%) corresponde a linhas de investigação comuns a toda a prática especializada de Enfermagem Médico-Cirúrgica; em segundo plano de representatividade surgem as investigações que seguem as linhas prioritárias referentes à Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crónica (18%) e as linhas prioritárias referentes à Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Paliativa (7%).

Gráfico 4. Distribuição percentual de Linhas Investigação por Área - Ordem Enfermeiros



Tendo em conta a codificação anteriormente atribuída às áreas/sub-áreas de Investigação em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros, elaborou-se o gráfico que mostra que a distribuição da investigação em Enfermagem Médico-Cirúrgica está ainda pouco diversificada ao longo das várias áreas preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros.

Gráfico 5. Distribuição de Linhas Investigação por Sub-Áreas - Ordem Enfermeiros



- **Instrumentos de avaliação utilizados nas diversas dimensões**

Dos vários instrumentos de avaliação empregues, e excluindo os pertencentes à caracterização da amostra cuja existência se torna praticamente obrigatória, os mais utilizados foram respeitantes às dimensões: “Gestão de Cuidados de Saúde” (n=50) e “Qualidade de vida” (n=24), sendo que o instrumento mais vezes empregue foi a Escala de Funcionalidade Familiar APGAR (n=18) e a “Escala de Medida de Adesão ao Tratamento – MAT” (n=10), (cf. tabela 18).

Tabela 18. Instrumentos de avaliação utilizados nas diversas dimensões

Dimensão	Instrumento de avaliação	Número de vezes utilizadas	Totais
Caracterização amostra	Questionário Sociodemográfico	79	164
	Questionário Clínico	35	
	Questionário Socioprofissional	19	
	Grelha de Recolha de Dados	31	
Atividades de Vida: diárias e instrumentais	Índice de Barthel	4	7
	Escala Europeia de Autocuidado na IC	1	
	Índice de Katz	1	
	Escala de Avaliação de Dependência Rápida e Global	1	
Equilíbrio e Quedas	Escala de Morse	1	1
Risco de Desenvolvimento de Úlceras por Pressão	Esquema Cardiff de Impacto na Ferida	1	1
Funcionalidade Familiar	Escala de Funcionalidade Familiar APGAR	18	18
Capacidade Funcional	Escala de Inteligência Emocional	1	4
	Escala Illness Perception Questionnaire – Revised (IPQ-R)	1	
	Functional Assessment of Cancer Therapy-General	1	
	Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly	1	

Sobrecarga e dificuldades do Cuidador	Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal	2	9
	Critical Care Family Needs Inventory	4	
	Escala de Avaliação da Satisfação dos Familiares dos Doentes em Cuidados Paliativos - Escala FAMCARE	1	
	Índice de Esforço do Cuidador	1	
	Questionário Estratégias de Coping do Cuidador Informal (CAMI)	1	
Qualidade de Vida	Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes	4	24
	Escala de Avaliação da QdV	1	
	Escala de Avaliação da RDP	1	
	Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton	2	
	Escala de Desânimo Associada à Dor - PCS	1	
	Escala de Dignidade do Doente	2	
	Escala de Estilos de Vida	1	
	Escala de Fadiga Crónica	1	
	Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lares de Idosos	1	
	Questionário do Impacto da Fibromialgia – FIQ-P	1	
	Escala MUST	1	
	Herth Hope Index	3	
	Questionário ROMA III	1	
	Escala KDQOL SF	1	
Suplemento EORTC-QLQ-BR23	1		
Estado psicológico	Inventário da Personalidade de Eysenck (EPI-12)	1	14
	Escala Breve de Coping Resiliente	1	
	Escala CAM-ICU	1	
	Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Zung	1	
	Escala de Avaliação– PANAS	3	
	Escala de Bem-Estar Espiritual (FACIT-Sp-12)	1	
	Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta	1	
	Escala do Contexto do Luto	1	
	LIPT-60	1	
	Inventário Clínico do AutoConceito (ICAC)	2	
EVB-CIE	1		
Gestão de Cuidados de Saúde	Escala Comunicação Eficaz e Transmissão Informação Segura (ECETIS)	1	50
	Escala de Competências de Comunicação Clínica (ECCC)	1	
	Escala de Atitudes de Segurança em Bloco Operatório de Nordén-Hägg	1	
	Escala de Atitudes face às IACS	1	
	Escala de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Cuidados de Saúde Primários	1	
	Escala de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais	3	
	Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho dos Enfermeiros	1	
	Escala de Conhecimentos sobre Erros de Medicação	4	
	Escala de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)	10	
	Escala de Crenças acerca dos Medicamentos	3	
	Escala de Motivação para o Tratamento (EMT)	1	
	Escala de percepção dos enfermeiros acerca da gestão no Bloco Operatório	1	

	Escala de Percepção dos Enfermeiros sobre a sua preparação face a uma situação de catástrofe - Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET –PT®)	1	
	Escala NAS	1	
	Instrumento de Satisfação do Paciente	4	
	Leader Behavior Description Questionnaire	1	
	Patient Satisfaction EORTC IN PATSAT 32	1	
	Questionário de Percepção sobre a higiene das mãos	1	
	Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense – QCPEF	5	
	Questionário Geral Enfermagem Forense (QGEF)	2	
	Questionário de Conhecimentos sobre Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico	1	
	Questionário IAQH-HD - Instrumentos de Avaliação da Qualidade Hospitalar – Hospital de Dia	2	
	Questionário de Conhecimentos sobre a metodologia ISBAR	1	
	Questionário de Conhecimentos sobre Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico	1	
	Questionário de Conhecimentos dos enfermeiros sobre a pressão de insuflação do balão do controlo do cuff em doentes entubados	1	
Literacia em Saúde	Escala de Avaliação dos Conhecimentos sobre a doença (ECsD)	1	
	Inventário de Crenças sobre a Doença Mental	1	
	Questionário de Conhecimentos sobre Cuidados Paliativos - QCCP	1	
	Questionário de Literacia em Saúde Mental (LSMq)	1	
	Questionário Europeu de Literacia para a Saúde HLS-EU-PT	2	11
	Questionário dos Conhecimentos da Diabetes (QCD)	1	
	Instrumento de Avaliação de Conhecimentos acerca de Ulceras de Pressão	1	
	Questionário sobre Necessidades de Formação	3	
Urgência/Emergência	Escala NIHSS	1	
	Grelha de Avaliação SBV	1	
	Questionário de Conhecimentos sobre Aplicação da Escala RACE (Rapid Arterial Occlusion Evaluation) no Pré-Hospitalar	1	5
	Escala EWS	1	
	Questionário Operacionalização de transferências inter-hospitalares urgentes	1	
Dor	Escala Visual Analógica	4	
	Escala PAINAD	1	
	Abbey Pain Scale	1	7
	Inventário Resumido da Dor - BPI	1	
Social	Escala de apoio social	4	
	Escala de Graffar	2	8
	Escala de Avaliação da Satisfação com o suporte social	2	
Depressão, Ansiedade e Stress	Inventário de Depressão de Beck	9	
	Questionário de stress para doentes em cuidados intensivos	1	
	Questionário de stress para doentes em cuidados intensivos	1	18
	Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)	3	
	Escala da Vulnerabilidade ao Stress 23 QVS	4	
	Questionário que avalia a percepção do ruído através do Conforto Ambiental	1	4

Bem-Estar, Afetos	Satisfação e	Spiritual Assessment Scale	1	
		Escala de satisfação para o tratamento da dor (PTSS)	1	
		Escala de Motivação Situacional – SIMS	1	
Sono		Escala de Sonolência de Epworth	1	4
		Questionário de Sono de Oviedo	2	
		Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh	1	
Autoconceito		Inventário de Personalidade de Eysenck (EPI-12)	1	3
		Inventário Clínico de Auto Conceito	2	
Satisfação no Trabalho		Escala de Satisfação Profissional	4	4
Burnout		Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS)	3	4
		Copenhagen Burnout Inventory (CBI)	1	
Prognóstico Clínico		SOFA	1	4
		Questionário de Nível de Risco Cardiovascular	2	
		Escala RASS	1	
Atitudes dos Profissionais de Saúde		Escala Atitude dos Estudantes de Enfermagem ao Cuidar a Pessoa com Dor	1	2
		Escalas IFCE-AE	1	

- **Linhas de investigação**

As linhas de investigação mais representativas correspondem aos “Cuidados de Enfermagem” (n=40); seguem-se as linhas de investigação relativas a “Expectativas” (n=31) e à “Qualidade de Vida” (n=24) (c. tabela 19).

Tabela 19. Linhas de investigação expostas nos estudos

Linhas de investigação	Trabalho	n
Depressão, Humor, Ansiedade e Stress	<ul style="list-style-type: none"> • A Vulnerabilidade ao Stress do Doente Cirúrgico no Período Pré-operatório • A ansiedade do doente no período pré-operatório • Stress da Pessoa Com Doença Cardíaca • A influência do estado nutricional na depressão em doentes em cuidados paliativos • A influência da dor na depressão nos doentes em cuidados paliativos • Adaptação à doença de Crohn : a influência do stresse e sentido de vida no bem-estar subjetivo • Vulnerabilidade ao stresse e bem-estar espiritual nos cuidados informais em cuidados paliativos • Impacto da esperança e da espiritualidade no padrão emocional dos idosos • Fatores influenciadores da ansiedade, depressão e stress do cuidador informal da pessoa dependente 	9
Comportamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Violência doméstica: quando em lugar do afecto surge a agressão • Inteligência emocional nos enfermeiros 	2
Cuidados de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Relação doente/profissional de saúde e adesão terapêutica na cardiopatia isquémica • A temperatura e a dor do doente cirúrgico no período peri-operatório: • a intervenção do enfermeiro • Funcionalidades dos acessos vasculares em doentes hemodialisados • Atitudes do enfermeiro face às infeções associadas aos cuidados de saúde • Prevenção da infeção do local cirúrgico : conhecimento em estudantes de enfermagem • Protocolo de insulino-terapia : introdução de novas conceções terapêuticas 	40

	<ul style="list-style-type: none"> • Emergência pré-hospitalar : o papel do enfermeiro no âmbito da desfibrilhação automática externa • Desfibrilhação automática externa: estudo comparativo em meios de emergência médica pré-hospitalar • Atitudes dos enfermeiros face à família da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos • Ventilação não invasiva no pré-hospitalar : uma revisão sistemática da literatura • Prevenção da infecção do local cirúrgico : conhecimentos dos enfermeiros • Aplicação de dispositivos mecânicos na realização de compressões torácicas no pré-hospitalar • Hipotermia terapêutica no traumatismo crânio-encefálico • Identificação do risco de deterioração fisiológica no pré-hospitalar • Eficácia da utilização de haloperidol na prevenção de delírio em utentes de cuidados intensivos • Aplicação de crioterapia na redução do edema pós-traumático e ou pós-operatório nas fraturas do tornozelo • Monitorização de utentes em cuidados paliativos : análise dos registos clínicos • A avaliação da dor no doente cirúrgico com alterações cognitivas • Eletrocardiograma no pré-hospitalar : importância para a identificação precoce de enfarte agudo do miocárdio • Nursing Activities Score, NAS : adaptação transcultural e validação para a população portuguesa • Via aérea avançada na paragem cardio respiratória pré-hospitalar • A importância da consulta de enfermagem pré-operatória na cirurgia em ambulatório • Cultura de segurança percebida pelos profissionais do bloco operatório • Conhecimento dos enfermeiros sobre práticas forenses no intra-hospitalar • Ressuscitação pré-hospitalar com solução salínica hipertónica no choque hemorrágico traumático • Eficácia da anestesia tópica na punção da fístula arteriovenosa da pessoa em programa de hemodiálise • A assistência intra-hospitalar na via verde do acidente vascular cerebral • Papel do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes em estado crítico: revisão scoping • Intervenções de enfermagem no serviço de urgência à pessoa vítima de trauma • Cuidados de enfermagem forense em Portugal • Competência comunicacional do enfermeiro de emergência em Portugal • Técnicas de imobilização executadas no pré-hospitalar no trauma pediátrico : protocolo de revisão scoping • Pressão de insuflação do balão do controlo do cuff do tubo endotraqueal : conhecimentos dos enfermeiros • Conhecimento dos enfermeiros do extra-hospitalar sobre as manifestações clínicas associadas à oclusão de grande vaso • Conhecimentos e práticas dos enfermeiros de serviços de urgência sobre recolha e preservação de vestígios forenses • Intervenções de enfermagem implementadas no serviço de urgência à pessoa vítima de acidente vascular cerebral agudo : scoping review • Cuidados de enfermagem omissos : percepção dos enfermeiros em cuidados intensivos • Comunicação segura na implementação de cuidados em enfermagem • Transferências inter-hospitalares urgentes da pessoa em situação crítica com acompanhamento de enfermeiro • Intervenções de enfermagem à pessoa com hematoma subdural resultante de traumatismo crânio-encefálico : protocolo de revisão scoping 	
Ensino	<ul style="list-style-type: none"> • Competências, estratégias e dinâmicas de sucesso de supervisão : Perspetivas dos docentes 	1
Expectativas	<ul style="list-style-type: none"> • Crenças nos medicamentos e adesão à terapêutica farmacológica na cardiopatia isquémica • Locus de controlo e adesão à terapêutica em doentes com cardiopatia isquémica • Estratégias de coping e adesão ao tratamento farmacológico na doença coronária isquémica • Adesão terapêutica, auto-conceito e doença coronária • Risco cardiovascular em pessoas assintomáticas • Práticas de enfermagem forense : conhecimentos em estudantes de enfermagem 	31

	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do risco de pé diabético • Desenvolvimento de úlceras de pressão em pessoa vítima de trauma • Percepção dos enfermeiros sobre erros de medicação : tipos e causas • "Adesão ao tratamento medicamentoso da pessoa portadora de insuficiência renal crônica em hemodiálise" • Prevalência de fatores de risco cardiovascular em doentes com síndrome coronária aguda • Perfil de risco cardiovascular nos pais de crianças dos 3 aos 6 anos • Infecção respiratória associada à ventilação mecânica : Medidas preventivas • Hipotermia terapêutica no pré-hospitalar • "Eficácia da heparina e do soro fisiológico para manter a permeabilidade dos cateteres venosos centrais em adultos" • Otimismo pessimismo na pessoa em situação de cuidados paliativos • Risco nutricional do doente submetido a cirurgia • Tabagismo e síndrome coronário agudo • Eficácia da consulta de follow-up realizada por enfermeiros, em doentes com artrite reumatoide : revisão sistemática da literatura. • Adesão à terapêutica na pessoa diabética tipo 2 : influência das variáveis sociodemográficas, clínicas e motivacionais • Ganhos de funcionalidade pós-trombólise no doente com acidente vascular cerebral isquêmico • Adesão ao regime terapêutico da pessoa com patologia cardíaca : Percepção do próprio e da família • Adesão ao regime terapêutico da pessoa com insuficiência cardíaca • Eficácia dos sistemas de aspiração de secreções na prevenção da pneumonia associada à ventilação • Perfil clínico das pessoas que faleceram no serviço de urgência • Acidentes em idade pediátrica : estudo descritivo • Vivências de vítimas de violência doméstica • Perfil, nível de risco clínico e índice de gravidade de trauma, da pessoa vítima de acidente de viação admitida no serviço de urgência • Perfil da pessoa em situação crítica com COVID-19 em ventilação mecânica invasiva e submetida a decúbito ventral • Índice de gravidade da pessoa vítima de queda que recorre ao serviço de urgência • Eficácia do uso do colar cervical na imobilização da coluna cervical : protocolo de revisão umbrella 	
<p>Gestão em Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo de demora intra-hospitalar das síndromes coronárias agudas • Liderança e motivação : a perspetiva dos enfermeiros de um hospital da região centro • Cultura de segurança do doente nos cuidados de saúde primários : ULS Guarda • A percepção dos enfermeiros acerca do empowerment numa organização de saúde • Metodologia de cuidados Humanidade : percepção dos enfermeiros • A importância da comunicação como determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados • Marcadores de risco dos clientes admitidos no serviço de urgência • Tempo de demora no tratamento da pessoa com cardiopatia isquémica : do extra-hospitalar à hemodinâmica • Prevalência de quedas em UCCI • Gestão no bloco operatório : metodologia Lean • Abandono dos clientes admitidos no serviço de urgência • Percepção dos enfermeiros das suas competências na otimização dos circuitos de doentes no serviço de urgência : Estudo de caso • Protocolos de atuação na abordagem ao doente com sépsis em contexto de Urgência : uma revisão sistemática com metanálise • Incidentes adversos no bloco operatório : que realidade? • Implementação de um programa de melhoria da qualidade na área da preservação de vestígios forenses em meio hospitalar • Fenómenos de sobretriagem e subtriagem nos serviço de urgência com aplicação do sistema de triagem de Manchester : revisão scoping 	<p>16</p>
<p>Literacia em Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Impacto da formação em ciências forenses • Cuidados paliativos : conhecimentos dos estudantes de licenciatura em enfermagem • Influência dos conhecimentos sobre a doença oncológica na qualidade de vida • Competência dos alunos em SBV : Estudo comparativo entre o 9º ano e o 12º ano de escolaridade • Atitude dos estudantes de enfermagem ao cuidar a pessoa com dor 	<p>14</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Os alunos do terceiro ciclo do ensino básico e a formação em suporte básico de vida. • Conhecimentos sobre cuidados paliativos dos estudantes de enfermagem : um estudo comparativo • Determinantes de literacia em saúde mental • Literacia em saúde em cuidados paliativos : influência das variáveis sociodemográficas e de satisfação da família com os cuidados prestados • Necessidade de formação em saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes • Literacia em saúde e autocuidado na pessoa com diabetes mellitus tipo 2 • Níveis de literacia em saúde nos doentes renais crónicos em estadio 4 e 5 e seus preditores • Literacia em saúde em pessoas com diabetes tipo 2 • Fatores de risco e sinais de alerta do acidente vascular cerebral : conhecimentos do cidadão comum 	
<p>Percepções</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A Imagem do Enfermeiro em Cuidados Paliativos • Percepção do doente insuficiente renal crónico a efectuar tratamento de substituição renal • Relato de erros de medicação: percepções dos enfermeiros • Percepção dos enfermeiros sobre diretivas antecipadas de vontade • Percepção dos profissionais de saúde sobre as boas práticas de higiene das mãos • Notificação de incidentes e segurança do doente : percepção dos enfermeiros • <u>Percepções dos enfermeiros sobre os erros de medicação no pré-hospitalar</u> 	<p>7</p>
<p>Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Banho com clorexidina no doente colonizado infectado com <i>Klebsiella pneumoniae</i> carbapenemase • Adesão e determinantes da utilização adequada dos equipamentos de proteção individual pelos profissionais de saúde • Avaliação da higiene das superfícies em unidade de saúde com aplicação do luminómetro e da escala visual • Precauções básicas do controlo da Infeção : conhecimento e adesão dos enfermeiros nos cuidados de saúde primários • Utilização do equipamento de proteção individual pelos enfermeiros em isolamento de contacto : adesão e necessidades de formação • Taxa de contaminação por microrganismos potencialmente patogénicos em garrotes de punção venosa periférica : revisão sistemática de literatura • Prevalência de infeção respiratória e urinária no doente internado com acidente vascular cerebral • Prevalência das infeções associadas aos cuidados de saúde numa unidade de cuidados continuados • As vivências dos enfermeiros com a utilização de equipamentos de proteção individual numa urgência COVID-19 	<p>9</p>
<p>Contextos Profissionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobbing nos Enfermeiros • Eficácia dos programas para prevenção da violência a profissionais de saúde em serviço de urgência : uma revisão sistemática da literatura • Violência contra os profissionais de saúde nos serviços de urgência • Satisfação profissional dos enfermeiros que integram equipas de emergência pré-hospitalar • Enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica : satisfação com o curso e satisfação profissional • Formação dos enfermeiros das unidades de cuidados continuados de longa duração do distrito de Viseu em cuidados paliativos • Conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o código deontológico • Expectativas, preocupações e necessidades formativas dos enfermeiros em cuidados paliativos • Triagem de Manchester : satisfação dos enfermeiros • A perspectiva dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários face à emergência pré-hospitalar • Stresse dos enfermeiros de urgência emergência em contexto de pandemia por COVID-19 • Percepção dos enfermeiros sobre a sua preparação na resposta hospitalar em situações de catástrofe 	<p>12</p>

<p>Qualidade de Vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bem estar subjetivo em doentes cardíacos: fatores determinantes • O delirium no doente de cuidados intensivos • Qualidade de vida do doente em diálise • Os estilos de vida nos doentes com cardiopatia isquémica • Coping resiliente em doentes cirúrgicos • Qualidade de vida dos indivíduos após enfarte agudo do miocárdio • Auto-conceito do doente renal crónico • Burnout nos enfermeiros de cuidados paliativos • Trabalho por turnos : que consequências na saúde dos enfermeiros • Prevalência de Dor em Emergência Pré-Hospitalar • Ruído hospitalar : implicações no bem estar do doente • Capacidade funcional em utentes com espondilite anquilosante • Risco cardiovascular em profissionais de saúde • Qualidade de vida do doente em contexto de cuidados paliativos • Dignidade em pessoas com necessidades paliativas • Implicação dos sintomas na dignidade em pessoas em fim de vida • Helicobacter pylori em adultos : prevalência e fatores associados • Impacto de programas realizados por enfermeiros na qualidade de vida da pessoa com doença renal crónica em terapia substitutiva : uma revisão sistemática da literatura • Resiliência no doente oncológico : revisão sistemática da literatura • Qualidade de vida na mulher após mastectomia • Determinantes de burnout em enfermeiros do pré-hospitalar • Qualidade de vida do idoso institucionalizado em lar na cidade de Castelo Branco • Fatores associados à dor aguda pós-operatória em mulheres submetidas a cirurgia ginecológica • Prevalência da disfagia na pessoa com acidente vascular cerebral 	<p>24</p>
<p>Satisfação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfação do Doente Cardíaco com os Cuidados de Enfermagem • Satisfação com a informação nos utentes com cardiopatia isquémica • Satisfação dos utentes com o atendimento de enfermagem no serviço de urgência geral • Satisfação profissional dos enfermeiros de um hospital da região centro • Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem num serviço de urgência básico • Satisfação do utente face aos cuidados de enfermagem no serviço de urgência : Revisão sistemática da literatura • Satisfação do doente oncológico face ao hospital de dia • Experiência vivida pela pessoa com esclerose múltipla que recorre ao serviço de urgência 	<p>8</p>
<p>Sobrecarga e Dificuldades do Cuidador</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vulnerabilidade ao stress em familiares de doentes críticos • "Satisfação das necessidades dos familiares dos doentes internados em unidade de cuidados intensivos" • "Estratégias de coping do cuidador informal da pessoa com insuficiência renal crónica em hemodiálise" • O primeiro contacto da família com a UCI • A família do doente internado em cuidados paliativos : receios e expectativas • Luto nos familiares da pessoa em situação de cuidados paliativos • Capacitação do cuidador familiar para cuidar a pessoa com ostomia intestinal : um programa de intervenção 	<p>7</p>
<p>Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Influência do apoio social na depressão em doentes em cuidados paliativos • Suporte social e adesão terapêutica no doente com síndrome coronária aguda 	<p>2</p>
<p>Sono</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A influência do padrão de sono na depressão em doentes em cuidados paliativos • Qualidade do sono da pessoa portadora de fibromialgia • A qualidade do sono em unidades de cuidados intensivos : uma revisão sistemática da literatura • Sono e depressão nos trabalhadores de offshore 	<p>4</p>

Tratamento de Feridas e Regeneração Tecidual	<ul style="list-style-type: none"> • Qualidade de vida do doente com ferida crónica nos membros inferiores • A aplicação tópica de prata no tratamento de feridas infetadas : revisão sistemática da literatura • Eficácia da ozonoterapia tópica na redução da carga bacteriana e tempo de cicatrização em úlceras de etiologia venosa dos membros inferiores • Terapia compressiva de curta tração no tratamento da úlcera de perna : eficácia na dor, qualidade de vida e custo de tratamento • Suplemento de zinco e ácido ascórbico no tratamento de úlcera por pressão : Revisão sistemática da literatura • Atitudes dos enfermeiros na prevenção das úlceras por pressão : determinantes 	6
---	--	----------

Acompilação das linhas de investigação mais exploradas foram as respeitantes aos “Cuidados de Enfermagem” (22%); “Expectativas” (16%), seguindo-se a “Qualidade de Vida” (13%); estas 3 principais linhas de investigação representam conjuntamente mais de metade (51%) do peso investigativo, num universo total de 16 linhas de investigação consideradas. (cf. tabela 20)

Tabela 20. Linhas de investigação dos relatórios finais – tabela de frequências

Linhas de Investigação	n	%
Cuidados De Enfermagem	40	22
Expectativas	31	16
Qualidade De Vida	24	13
Gestão Em Saúde	16	8,5
Literacia Em Saúde	14	7
Contextos Profissionais	12	6
Depressão, Humor, Ansiedade E Stress	9	4
PPCIRA	9	5
Satisfação	8	4
Percepções	7	4
Sobrecarga E Dificuldades Do Cuidador	7	3
Tratamento De Feridas E Regeneração Tecidual	6	3
Sono	4	2
Comportamentos	2	1
Social	2	1
Ensino	1	0,5
Total	192	100

Analisando estes mesmos dados de forma mais detalhada e após codificadas 9 categorias de áreas de atuação em Enfermagem; extrai-se que as investigações desenvolvidas na ESSV no período em análise versaram maioritariamente na área do “Doente Crónico” (24,5%); Emergência Pré-Hospitalar (13%) e “Serviço de Urgência” (12%).

Tabela 21. Temas investigados e áreas de atuação em Enfermagem

Áreas Actuação	n	%
Doente Crónico	45	24,5
Outras	42	21
Emergência Pré-Hospitalar	24	13
Serviço de Urgência	23	12
Cuidados Paliativos	21	11
Doente Crítico	15	7
Perioperatório	13	6
Ensino	8	4
Cuidados de Saúde Primários	2	1
Pediatria	1	0,5
Total	194	100

Ainda com base nos assuntos objeto de estudo de investigação, foi feita a sua análise em função das várias áreas da Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica, apurando-se que as temáticas mais abordadas pelos mestrandos da ESSV vão de encontro à Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (33%) e à Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (24%), dos trabalhos considerados como “Outras Áreas” entenda-se que fazem respeito a temas globais da Enfermagem Médico-Cirúrgica, sem categorização direta nas áreas de especialidade entretanto criadas.

Tabela 22. Temas investigados e áreas de especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Áreas Especialidade	n	%
Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica	45	24
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	62	33
Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	21	10
Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	13	6
Outras Áreas	53	27
Total	194	100

- **Variáveis independentes e dependentes dos estudos primários**

A tipologia das variáveis independentes dos estudos primários mostram grande abrangência destacando-se as sociodemográficas em 132 estudos, as variáveis clínicas em 75 estudos, as variáveis profissionais (n=42) e as variáveis denominadas de contexto (n=13) (cf. tabela 23).

Tabela 23. Variáveis independentes dos estudos primários

Variáveis independentes	n
Adesão A Terapêutica	1
Apoio Familiar	2
Capacidade Funcional E Declínio Cognitivo Da Pessoa Dependente	1
Características Sociodemográficas Da Pessoa Dependente	1
Coping	1
Crenças	2
Crenças Saúde Mental	1
Diferenciação Meio De Socorro	2
Esforço E Apoio Social Funcional Do Cuidador Informal	1
Espiritualidade	1
Estado Afectivo	1
Estado De Dependencia	1
Estado Nutricional	1
Estilos De Vida	4
Experiências Com Erros De Medicação	1
Formação Curricular	1
Formação Extra-Curricular	1
Funcionalidade Familiar	4
Hábitos De Sono	1
Intervenções Instituídas	1
Necessidades Formativas	1
Nível De Esperança	3
Padrão De Sono	1
Percepção Da Doença	1
Programa De Formação	1
Resiliência	1
Satisfação Com Os Cuidados	1
Sobrecarga	1
Sono	1
Stress	1
Técnica De Diálise	1
Tempo De Institucionalização	1
Triagem	1
Trombólise	1
Variáveis Académicas	3
Variáveis Circunstanciais	1
Variáveis Clínicas	75
Variáveis Cognitivas	1
Variáveis Comportamentais	1
Variáveis De Contexto	13
Variáveis De Contexto Do Luto	1
Variáveis Familiares	4
Variáveis Farmacológicas	2
Variáveis Formativas	6
Variáveis Motivacionais	1
Variáveis Preventivas	1
Variáveis Profissionais	42
Variáveis Psicológicas	4
Visita De Enfermagem	1
Vulnerabilidade Ao Stress	1
Método De Higienização	1
Variáveis Sociodemográficas	132

Como variáveis dependentes dos estudos primários, destacam-se as variáveis: “nível de conhecimentos” (n=14), “percepção” (n=13) e “qualidade de vida” (n=10). (tabela 24)

Tabela 24. Variáveis dependentes dos estudos primários

Variáveis dependentes	n
Violência Praticada Contra Os Profissionais De Saúde	1
Atitude Dos Enfermeiros Face A Família	1
Informação Acerca Da Medicação	1
Necessidades Formativas Em Saúde E Qualidade De Vida Das Crianças E Adolescentes	1
Nível De Otimismo/Pessimismo	1
Nível De Qualidade De Vida	1
Prevalência De Fatores De Risco Cardiovascular	1
Adesão Ao Regime Terapêutico	9
Adesão Utilização Epi	3
Ansiedade	2
Atitudes Dos Enfermeiros Face As Iacs	1
Atitudes Dos Enfermeiros Perante A Prevenção Das Úlceras Por Pressão	1
Autoconceito	3
Burnout	2
Capacidade Funcional	1
Capacitação Cuidador Doente Ostomia Intestinal	1
Conhecimento Dos Profissionais Sobre Comunicação Eficaz	3
Coping Cuidador Informal	2
Crenças Nos Fármacos	3
Cultura De Segurança	3
Depressão	2
Dignidade Auto-Percebida Das Pessoas Em Fim De Vida	1
Dinâmicas De Sucesso Na Supervisão Pedagógica	1
Disfagia	1
Dor	5
Formação Em Cuidados Paliativos	1
Funcionalidade Do Acesso Vascular	1
Funcionalidade Pós-Avc	1
Gestão Do Bloco Operatório	1
Grau De Higiene Antes/Após Higienização	1
Importância E A Satisfação Das Necessidades Dos Familiares	2
Índice De Gravidade De Trauma	2
Inteligência Emocional	2
Necessidade Consulta Anestesia	1
Nível Conhecimentos	14
Nível De Literacia Em Saúde Mental	1
Nível De Risco	1
Número De Horas Em Dv Na Pessoa Em Situação Crítica Com Covid-19 Em Vmi	1
Ocorrência De Hipoglicemias	1
Operacionalização Transferências Inter-Hospitalares	1
Padrão Emocional Do Idoso	1
Percepção	13
Presença De Delirium	1
Prevalência De Úlceras De Pressão	1
Prevalência Iacs	4
Processo De Luto	1
Qualidade De Sono	1
Qualidade De Vida	10
Relação Doente/Profissional	1
Risco Cardiovascular	1
Risco De Pé Diabético	1
Risco De Queda	2
Risco Nutricional	2
Satisfação Com Os Cuidados De Enfermagem	7
Satisfação Profissional Dos Enfermeiros	4
Saúde Dos Enfermeiros	1
Stress	2
Taxa De Sucesso Da Utilização Dos Dae	1
Taxa De Sucesso Da Utilização Reversão Pcr	2
Tempo De Demora Intra-Hospitalar Das Síndromes Coronárias Agudas	1
Tempo De Permanência No Su	3

5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nos capítulos anteriores apresentaram-se e analisaram-se os resultados angariados, sendo que seguidamente estes serão alvo de discussão.

No total das edições do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu a maioria dos investigadores corresponde ao género feminino (n=129; 71,7%) Analisando o Anuário Estatístico 2022 da Ordem dos Enfermeiros aferimos que a profissão de Enfermagem é predominantemente ocupada pelo género feminino, não havendo concelho no país onde o número de profissionais do género masculino suplante os de género feminino; havendo inclusivamente concelhos sem registo de profissionais do género masculino. Tal relação é no panorama nacional estabelecida por uma percentagem de 21% de Enfermeiros do género masculino a exercer, constatando-se que o percentual de investigadores que apresentaram relatórios finais nos Mestrados de EMC da ESSV é marginalmente superior (28,3%).

Existe maior prevalência de estudos primários (84,2%), sendo a grande maioria de natureza quantitativa (81%). Nos estudos secundários (15,8%) a grande maioria corresponde a revisões sistemáticas da literatura sem metanálise (13,5%) . O tamanho amostral na maioria dos estudos primários que utilizou amostras por conveniência foi superior a 211 (35%), correspondendo essa amostra a um público-alvo maioritariamente constituído por utentes (53,4%). Analisando em números absolutos esta tendência exacerba-se mais, dado que num total de 28318 participantes nos trabalhos analisados; 12590 correspondem a utentes do foro “emergente/crítico”, ou seja 44% dos inquiridos.

Os instrumentos de recolha de dados/avaliação foram muito diversos com registo de 131; sendo que o mais utilizado foi o questionário (44,5%) do tipo sociodemográfico (21,5%). Outros instrumentos mais utilizados foram a Escala de Funcionalidade Familiar APGAR (n=18) e a “Escala de Medida de Adesão ao Tratamento – MAT” (n=10).

A análise das linhas de investigação seguidas pelos investigadores da ESSV revela que dos 180 relatórios passíveis de análise, 158 (88%) abordam as áreas definidas como prioritárias pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica no final de 2022. Do conjunto de 158 relatórios que abordam as referidas áreas, 55% trata as áreas de investigação tidas como transversais para todas as áreas de especialização da Enfermagem Médico-Cirúrgica. A área definida pela Ordem dos Enfermeiros com mais investigação desenvolvida foi a área de “Modelos de gestão, equidade, acessibilidade e segurança da Pessoa” (n=63), sendo que nesta área o enfoque foi maior nas sub-áreas de “Modelos de gestão dos cuidados de enfermagem especializados” (n=28) e “Cultura de segurança e gestão do risco” (n=25). Ressalva-se que no que concerne às áreas de investigação que envolvem a criação de indicadores de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem houve um único trabalho desenvolvido. Este facto vai de encontro à manifesta carência de informação válida e em larga escala relativa ao exercício profissional dos

enfermeiros, e sua tradução em indicadores de saúde específicos de enfermagem. Isto é particularmente premente quando consideramos as questões que se referem aos resultados de enfermagem, o que exige recursos informacionais para as ações locais e nacionais de definição de programas de melhoria contínua da qualidade, por via do conhecimento das necessidades específicas em cuidados de enfermagem; mas, fundamentalmente, dos ganhos em saúde que lhe são sensíveis. (Pereira, 2009)

Analisando as linhas de investigação por grupos temáticos; estas foram agrupadas em 16 grandes grupos. Desses grupos, os que viram mais trabalhos desenvolvidos foram os respeitantes aos “Cuidados de Enfermagem” (22%); “Expectativas” (16%), seguindo-se a “Qualidade de Vida” (13%); estas 3 principais linhas de investigação representam conjuntamente mais de metade (51%) do peso investigativo, num universo total de 16 linhas de investigação consideradas. Tais achados acabam por ser sobreponíveis com os de Hopia e Heikkila (2019), que de um conjunto de 91 artigos analisados destacam um peso de 20% referente aos Cuidados de Enfermagem, foi também evidenciada por estas autoras uma percentagem de 68% de artigos diretamente relacionados com a prática profissional de Enfermagem, feito o somatório das áreas relacionadas com a prática profissional de enfermagem da tabela 21 encontramos um valor aproximado de 70%, valor esse também em consonância com os achados das autoras. Após codificação de todos os trabalhos em 9 áreas de atuação em Enfermagem extraiu-se que as investigações desenvolvidas no CMEMC da ESSV, no período em análise, versaram maioritariamente na área do “Doente Crónico” (24,5%); Emergência Pré-Hospitalar (13%) e “Serviço de Urgência” (12%). As temáticas dos estudos realizados nas áreas anteriormente identificadas estão também em linha com os identificados internacionalmente, ou seja: triagem; reanimação; burnout.

Por outro lado, temáticas como a violência contra os profissionais de saúde ou as dotações seguras que acabam por ter representatividade nas temáticas internacionalmente representadas, acabam por ter pouca expressão na amostra presente neste estudo.

Para terminar esta análise temática, foi feita nova codificação e posterior contraposição com as várias áreas da Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica definidas pelo Regulamento 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, a saber: Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica; Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica; Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa e Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Dessa análise inferiu-se que a grande parte dos trabalhos produzidos são enquadráveis na área de especialidade de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (33%), sendo grande peso desta percentagem proveniente da prática de enfermagem em contexto de Urgência/Emergência e/ou Extra-Hospitalar. De facto, os enfermeiros dos Serviços de Urgência estão na linha da frente da prestação de cuidados de saúde, e melhor posicionados para impulsionar linhas prioritárias de investigação na área da segurança do doente e qualidade dos cuidados, traduzindo estes valores a tendência também internacional destes enfermeiros em posicionar-se no campo investigativo e demonstrando inovação por via da investigação. (Considine, 2018)

Nos estudos primários; foram utilizadas 62 diferentes variáveis independentes, das quais ,as variáveis sociodemográficas, clínicas e profissionais tiveram maior prevalência. Foram também utilizadas 61 diferentes variáveis dependentes, tendo nestas destaque as variáveis “nível de conhecimentos” (n=14), “percepção” (n=13) e “qualidade de vida” (n=10).

Nos estudos secundários realizados foram utilizadas 19 diferentes bases de dados, sendo que a mais utilizada foi a Pubmed (n=20). Constatou-se uma grande variação de valores no que toca aos estudos identificados pelos autores (mínimo n=6 e máximo n=817851), disparidade essa que diminui substancialmente quando analisamos os estudos efetivamente integrados (mínimo n=2 e máximo n=17). Em média a cada estudo secundário corresponderam 56437 estudos identificados, 117 estudos selecionados para análise/testes de relevância e 5,52 estudos efetivamente integrados; ou seja, em valores médios só 0,009% dos estudos identificados na primeira pesquisa das bases de dados são integrados em estudo secundário. Analisando também o quociente entre estudos identificados e os estudos efetivamente integrados; constata-se que este variou entre os 0,0005% e os 33,3% de estudos integrados.

6 - Conclusão

O desenvolvimento de investigação é o motor impulsionador de uma prática especializada de Enfermagem relevante e coerente com os desafios cada vez mais complexos e dinâmicos com que os profissionais se deparam no seu quotidiano. Por mais que a prestação de cuidados pese no dia a dia dos profissionais, é hoje impossível dissociar a existência da prática de enfermagem especializada da prática de investigação. Hoje o Enfermeiro Especialista é também investigador, não só por definição, mas essencialmente por necessidade; a Enfermagem Médico-Cirúrgica não é portanto exceção.

De forma a que os proveitos da investigação se manifestem na prática do Enfermeiro, e que os desafios da prática do Enfermeiro por sua vez tenham repercussão nos rumos investigativos; é necessário uma dinâmica de interação constante entre estas duas realidades. Essa dinâmica é, entre vários outros pontos, espelhada na definição e atualização das linhas orientadoras para a investigação em Enfermagem.

Procurou-se neste trabalho fazer um breve ponto de situação da investigação em Enfermagem, tendo por termo de referência não só a realidade nacional, mas também a realidade internacional. Para a prossecução desse fim, em termos práticos foi feita uma revisão da literatura produzida entre 2010 e 2022 na Escola Superior de Saúde de Viseu na área da prática especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica, procurando depois fazer o benchmarking da informação obtida com as demais realidades de possível comparação.

Do culminar da revisão dos estudos desenvolvidos na Escola Superior de Saúde de Viseu constatou-se que a maioria do trabalho desenvolvido é sob forma de estudos primários quantitativos, sendo os estudos secundários ainda minoritários. Dos estudos primários, a grande maioria englobou uma amostra de número superior a 211 elementos; dos elementos usados como amostra nos sucessivos trabalhos analisados destaca-se o grupo dos utentes, mais particularmente dos utentes emergentes/críticos.

Em alinhamento com o público-alvo de utentes emergentes/críticos mais prevalente na amostra dos vários trabalhos, encontramos também a tendência para uma maior prevalência de investigação na área temática da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em grande parte por força da expressão do trabalho desenvolvido em contexto de Enfermagem de Urgência e/ou Extra-Hospitalar. No que concerne às linhas de investigação tomadas pelos investigadores da ESSV, estas estão parcialmente em linha com a informação internacionalmente disponível, ou seja, há consonância no destaque na investigação sobre a prática profissional de enfermagem e/ou cuidados de enfermagem. Por outro lado, e após análise da literatura disponível, constata-se que internacionalmente vai ganhando destaque

a preocupação com a investigação sobre dotações seguras em enfermagem e violência contra profissionais de saúde, fenómenos com expressividade e importância prática na realidade nacional, não tendo sido, no entanto, encontrada essa tendência investigativa nos trabalhos analisados na ESSV.

Ainda no decurso da realização deste trabalho, veio o Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica definir as áreas prioritárias para a investigação da sua área de especialidade. Dos trabalhos analisados a maioria (88%) abordaram diretamente essas áreas definidas como prioritárias pela Ordem dos Enfermeiros, dessas áreas prioritárias a que mais destaque assumiu foi a de “Modelos de gestão, equidade, acessibilidade e segurança da Pessoa”, e respetivas sub-áreas de “Modelos de gestão dos cuidados de enfermagem especializados” e “Cultura de segurança e gestão do risco”.

No entanto, e como essa definição de áreas prioritárias de investigação foi posterior à elaboração de todos os trabalhos analisados, não se pode de todo afirmar que os autores foram de encontro ao definido pela Ordem dos Enfermeiros, podendo-se apenas afirmar em última instância que há um consenso entre a prática investigativa corrente e o que foi definido como prioritário. Há, mesmo assim, que destacar que nas áreas prioritárias evidenciadas pela Ordem, há um grande número reservado à concretização de indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem, e analisada a amostra, apenas um dos trabalhos respondeu a este “apelo”. Assim, afirma-se que neste ponto ainda não há a necessária sinergia entre a prática investigativa e as necessidades da prática profissional, estando aqui uma linha investigativa com bastantes dividendos tangíveis para a prática da Enfermagem e que deverá ser fomentada futuramente.

Falando de algo a fomentar, analisada a produção de estudos secundários e contraposto o seu número com os estudos primários apresentados, observamos que para 151 estudos primários produzidos tivemos 27 estudos secundários (84,2% vs. 15,8%); e dos 27 estudos secundários apenas 4 corresponderam a revisões sistemáticas da literatura com metanálise. Consultada a literatura disponível e atendendo às particularidades da Enfermagem enquanto ciência é expectável um número superior de estudos primários em comparação com os estudos secundários. No entanto, dada a tendência para a prática baseada na evidência e o papel assumido dos estudos secundários na integração dessa mesma evidência, constata-se aqui uma oportunidade para serem futuramente incentivado o desenvolvimento de mais estudos dessas características na ESSV.

Face ao exposto, assume-se que em linhas gerais o estado da arte da investigação em Enfermagem Médico-Cirúrgica está em linha com o expectável e o encontrado noutras realidades; no entanto, e face à ausência de estudos nacionais que explorem a mesma

realidade noutros locais, acaba por ser impossível um exercício de pleno benchmarking do estado da arte da investigação da ESSV.

Como limitações deste estudo aponta-se o facto de a amostra ser relativamente baixa, e dentro da amostra analisada haver estudos de acesso condicionado, estando apenas os seus resumos disponíveis. Isso traduziu-se num valor de amostra total variável mediante os critérios/indicadores em análise. Outra limitação encontrada para uma retirada de conclusões mais sustentada foi a impossibilidade de comparar os dados encontrados com dados similares de outras Escolas e/ou realidades; facto que impossibilitou o recurso a ferramentas de análise estatística inferencial mais robustas.

Assume-se assim que este trabalho pode ser encarado como um humilde ponto de partida para uma consciencialização da necessidade de mais estudos bibliométricos sobre a realidade investigativa da Enfermagem em Portugal, assumindo que esse será um trabalho que necessitará sempre de ser dinâmico e proactivo, de forma que a ponte academia-profissão seja eficaz e recíproca. Dessa responsabilidade fazem parte integrante não só as Escolas/Universidades, mas também a Ordem profissional e respetivos Colégios das Especialidades; dado que no universo das cinco Especialidades de Enfermagem definidas pela Ordem dos Enfermeiros apenas duas têm trabalho concreto sobre definição de áreas prioritárias de investigação, e dessas duas apenas uma tem trabalho sólido e fundamentado publicado; denota-se haver aqui um caminho em fase inicial de desbravamento, mas com uma rápida e premente necessidade de ser trilhado, sob pena do efetivo desenvolvimento da profissão e respetivas áreas de especialidade ficarem para trás da demais realidade internacional.

Referências Bibliográficas

- Alcalá, G.J, Gonzalez, M.E.P (2021) Bibliometric Analysis of Scientific Production on Nursing Research in the Web of Science.
- Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico—Cirúrgica (2020) Webinar – Implementação da Evidência Científica nos Contextos da Prática Clínica Especializada
- Bernardes, M. O. P. (2019) Um Percorso de Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Porto: Universidade Católica Portuguesa.
- Considine, J., Curtis, K., Shaban, R., Fry, M. (2018) Consensus-based clinical research priorities for emergency nursing in Australia
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Costa, T., Lopes, S., Fernández, F. (2012) A Bibliometria e a Avaliação da Produção Científica: indicadores e ferramentas
- Entidade Reguladora da Saúde (2021) Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde
- Fossum, M., Cohen, M., Tonnessen, V. et al (2022) Clinical Nurses Research Priorities in Hospital Settings: A Delphi Survey
- Gameiro, M. G. H. (1999) Investigação Científica em Enfermagem em Portugal – (Pre)curso Histórico
- Grady, C., Edgerly, M. (2009) Science, Technology and Innovation: Nursing Responsibilities in Clinical Research
- Hughes, T.L., George, M., Shah, R. et al. (2022) Nursing engagement in research priorities focused on health systems and services in Latin America countries.
- Jinlian, C., Yinping, C., Shifan, H. (2015) Analysis of nursing research situation from 5 kinds of nursing journal papers from 2010 to 2012.

- Larkin, M.E., Beardslee, B., Cagliero, E., Griffith, C. A., & Milaszewski, K. (2019) Ethical challenges experienced by clinica research nurses: A qualitative study
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Lobo, B. A. (2018) Os cuidados de Enfermagem Especializados como Resposta à Evolução das Necessidades em Cuidados de Saúde. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8873/estudocuidadosespecializadosenfermagem_oelinesctec.pdf
- Martins, J. C. A. (2007) Investigação em Enfermagem: Alguns Apontamentos sobre a dimensão ética
- Marôco, J. (2014) Análise estatística com o SPSS Statistics
- Marziale, M. H. P. (2011) Indicadores da produção científica ibero-americana. Revista Latino-Am Enfermagem
- Ordem dos Enfermeiros (2006). Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_26abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017) Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Pereira, F.M.S (2009) Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem
- Pestana, M. H., Gageiro, J. N. (2014) Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS – 6ª Edição
- Silva, L.A., Leitão, T.S., David, H.M.S.L (2022) Estado da arte sobre Práticas Avançadas em Enfermagem: reflexões para a agenda no Brasil
- Sousa, A. (2017) Amostragem no âmbito da investigação científica: porquê e para quê?
- Thelwall, M., Bleda, A. (2020) How does nursing research differ internationally? A bibliometric analysis of six countries
- Zanchetta, M. S. (2021) Sofisticação metodológica: algumas dificuldades na investigação em enfermagem. Revista de Enfermagem Referência, vol. v, núm. 7, e21ED7, 2021

APÊNDICES

Apêndice 1 – Priorização Evacuação UCIP

Grupo Assistencial	Suporte Vital
A	Suporte total
B	Suporte total, exceto reanimação cardiopulmonar
C	<p>C₁ Medidas invasivas condicionadas Se existe dúvida se o doente se encontra na fase final da sua doença, ou se existir algum processo intercorrente potencialmente reversível, cujo tratamento poderia revertê-lo para a situação basal. Negociar a ventilação mecânica (ou o suporte vital que se decida), por um período de tempo razoável, suficiente para descartar a existência de um processo intercorrente sobreposto e retirá-lo uma vez que se tenha descartado esta esperança.</p> <p>C₂ Sem medidas invasivas consensuais Para efeitos de classificação, entendem-se por medidas invasivas, a ventilação mecânica com entubação traqueal, a técnica de depuração extra-renal descontínua (diálise), ou contínua (hemofiltração), ou a assistência circulatória mecânica, entre outras. Constituem medidas aceitáveis, a oxigenoterapia, a fisioterapia e controle das secreções respiratórias, a ventilação não invasiva com máscara facial, o tratamento da insuficiência renal com fluidos e diuréticos, e da falência circulatória com fluidos, assim como com medicamentos inotrópicos vasoativos, etc.</p> <p>C₃ Sem incorporação de novas medidas A evolução desfavorável torna improvável a recuperação ou a qualidade de vida. Como não existe evidência suficiente de irrecuperabilidade, mantém-se o nível de cuidados, mas sem adição de novas medidas, exceto as que tenham caráter paliativo.</p> <p>C₄ Retirada de todas as medidas, exceto básicas e ventilação mecânica Doentes sem expectativas de recuperação. As medidas limitam-se a cuidados básicos e, sobretudo, ao tratamento da dor, sem esquecer que alguns procedimentos habituais causam um mal-estar desnecessário. As medidas que são retiradas ou não se instauram incluem a nutrição parentérica, os antibióticos, a depuração extra-renal, a monitorização hemodinâmica, os fármacos vasoativos, assistência circulatória mecânica, etc.</p> <p>C₅ Retirada da ventilação mecânica 1. Retirada gradual do suporte ventilatório a cargo do ventilador 2. Retirada imediata da ventilação mecânica</p>
D	<p>Morte encefálica Retirada de todo o tipo de medidas, exceto em doadores de órgãos.</p>

Classificação de Grupos Assistenciais (Fonte: Miguel, 2020; adaptado de Palacios et al, 2010)

Classificação da ordem de evacuação	
1º lugar Grupo 1	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo assistencial A • Conscientes • Não necessitam de ventilação mecânica • Não necessitam de medicação vasoativa
2º lugar Grupo 2	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo assistencial A • Conscientes • Necessitam de oxigenoterapia por máscara • Necessitam de ventilação mecânica, invasiva ou não, com $FiO_2 < 50\%$ e $PEEP < 7$ cmH₂O • Necessitam de catecolaminas (adrenalina ou noradrenalina $< 0,5$ mcgr/Kg/min)
3º lugar Grupo 3	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos assistenciais B, C₁ ou C₂ • Doentes não conscientes porque precisam de sedação ou porque existe um dano neurológico importante (Escala de Comas de Glasgow > 5) • Necessitam de ventilação mecânica com oxigênio a alta concentração (50%-80%) e PEEP elevada ($> 8-10$ cmH₂O) • Necessitam de catecolaminas em doses elevadas (adrenalina ou noradrenalina 0,5-1 mcgr/Kg/min)
4º lugar Grupo 4	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos assistenciais C₃, C₄, C₅ ou D • Doentes não conscientes, com dano neurológico grave (Escala de Comas de Glasgow ≤ 5) • Falência respiratória grave, com ventilação mecânica, que requerem concentrações muito elevadas de oxigênio ($\geq 80\%$) e $PEEP > 10$ • Necessitam de doses de catecolaminas muito elevadas (adrenalina ou noradrenalina > 1 mcgr/Kg/min).

Classificação de Ordem de evacuação (Fonte: Miguel, 2020; adaptado de Palacios et al, 2010)

Apêndice 2 – Checklist Mala Emergência Interna – Espaços Comuns

Apêndice 3 – Checklist Malas Transporte Inter-Hospitalar

Apêndice 4 – Autorização implementação estudo

Anexo 1 – Certificado Via Verde Coronária - INEM

APRENDER INEM | Formação à distância

CERTIFICADO de APROVEITAMENTO

Serve para certificar que

Francisco José Dinis da Silva Gomes

concluiu a disciplina

Via Verde Coronária

25 de julho 2022

Os Conteúdos Programáticos:

- 1 - Via verde Coronaria
- 2 - Dor Toracica
- 3 - Procedimentos de Atuação

Horas de crédito: 1 hora

O Departamento de
Formação em Emergência Médica

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'T. Pinto', is positioned above the name of the official.

(Teresa Pinto)



Anexo 2 – Certificado Via Verde Sépsis - INEM

APRENDER INEM | Formação à distância

**CERTIFICADO de APROVEITAMENTO**

Serve para certificar que

Francisco José Dinis da Silva Gomes

concluiu a disciplina

Via Verde Sépsis

3 agosto 2022

Horas de crédito: 1 hora

O Departamento de
Formação em Emergência Médica

(Teresa Pinto)

71ePQ6iITd

