



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

O enfermeiro de ambulância de suporte imediato de vida: relação das competências com o ambiente da prática de cuidados e o nível do stresse

Ricardo Jorge Pereira Loureiro
N.º 4964

Junho de 2025

O enfermeiro de ambulância de suporte imediato de vida: relação das competências com o ambiente da prática de cuidados e o nível do stresse

Ricardo Jorge Pereira Loureiro

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

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica – 1^o Edição

Orientação: Professor Doutor Olivério Ribeiro

Junho de 2025

Agradecimentos

Ao finalizar uma etapa tão significativa e desejada como esta, que constituiu um marco importante da minha vida, não posso deixar de reconhecer que este êxito não é fruto de um esforço isolado. O caminho foi trilhado com o apoio de pessoas que, de diferentes formas, contribuíram para que chegasse até aqui. Assim, há agradecimentos profundos a serem feitos:

Ao Professor Doutor Olivério Ribeiro, pela sua generosa partilha de conhecimento, pela sua vasta experiência e sabedoria, que me ajudaram a ultrapassar barreiras e a alcançar objetivos mais ambiciosos. A sua orientação, sempre pautada pela disponibilidade, atenção e confiança, foi essencial para o desenvolvimento deste trabalho e o seu apoio foi uma fonte constante de motivação e inspiração.

A todos os Enfermeiros que, de forma altruísta e anónima, dedicaram o seu tempo e disponibilidade para participar neste estudo. Sem a colaboração e o empenho de cada um, a realização deste trabalho não teria sido possível. O vosso contributo é fundamental e genuinamente valorizado.

Um agradecimento especial à minha companheira, Sabrina, que tem sido a minha maior fonte de força. A tua presença, o teu carinho, compreensão e dedicação foram imprescindíveis para que eu conseguisse focar-me nas minhas metas e nunca perdesse de vista os meus objetivos. Obrigado por me apoiares de forma incondicional, por me motivares a cada passo e por seres o meu pilar durante todo este percurso.

A todos, muito obrigado!

Resumo

Introdução: O presente relatório expõe, em primeiro lugar, as competências adquiridas e atividades realizadas nos estágios; em segundo lugar, o trabalho de investigação.

Objetivo: Verificar se existe relação entre as competências, o ambiente da prática de cuidados e o nível de stresse vivenciado pelo enfermeiro de Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV).

Metodologia: Estudo de natureza quantitativa, descritiva e correlacional em coorte transversal. Amostra de 57 enfermeiros de ambulância SIV em Portugal Continental, maioritariamente masculina (63,2%) e com média de $39,56 \pm 6,24$ anos de idade. Neste estudo foram utilizadas três escalas: i) Escala Competências de Enfermeiro de Ambulância, adaptação por Camelo e Martins, 2022; ii) Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond; e iii) Escala “Indicadores de Qualidade do Ambiente da Prática de Enfermagem (IQN-WE-PT)”, adaptação por Sousa, 2021.

Resultados: As Situações de emergência médica, acidente, crise e exceção obteve o maior score (84,83%), refletindo a maior competência percebida pelos enfermeiros de ambulância SIV nesta área. Em contrapartida, a Investigação e desenvolvimento profissional teve o menor score; nível médio mais elevado de stresse ($3,37 \pm 2,57$). O indicador com maior valor foi “Suporte à equipa e desenvolvimento profissional” ($42,77 \pm 7,97$) e o mais baixo “Ambiente de trabalho seguro em enfermagem” ($15,30 \pm 4,30$).

Conclusão: O estudo mostra que o apoio organizacional surge como um fator chave para a autoperceção positiva das competências em ambulância SIV. Os sistemas de trabalho eficazes e remuneração adequada são preditores de bem-estar e desempenho profissional dos enfermeiros.

Palavras-chave: Enfermeiro; Ambulância; Competências; Stresse; Enfermagem Médico-Cirúrgica

Abstract

Introduction: This report sets out, firstly, the skills acquired and activities carried out during the internships and, secondly, the research report.

Objective: To evaluate whether there is a relationship between competences the care practice environment and the level of stress experienced by Immediate Life Support (ILS) ambulance nurses.

Methodology: Quantitative, descriptive and correlational cross-sectional cohort study. Sample of 57 SIV ambulance nurses in mainland Portugal, mostly male (63.2%) and with an average age of 39.56 ± 6.24 years. Three scales were used in this study: i) the Ambulance Nurse Competencies (ANC) Scale, adapted by Camelo and Martins, 2022; ii) the 21-item Anxiety, Depression and Stress Scale (EADS) by Lovibond and Lovibond; and iii) the 'Quality Indicators of the Nursing Practice Environment (IQN-WE-PT)' scale, adapted by Sousa, 2021.

Results: Medical emergency, accident, crisis and exception situations obtained the highest score (84.83%), reflecting the greater competence perceived by ILS ambulance nurses in this area. In contrast, Research and professional development had the lowest score; a higher average level of stress (3.37 ± 2.57). The indicator with the highest value was 'Team support and professional development' (42.77 ± 7.97) and the lowest 'Safe working environment in nursing' (15.30 ± 4.30).

Conclusion: The study shows that organisational support emerges as a key factor in the positive self-perception of ILS ambulance competences. Effective work systems and adequate remuneration were predictors of nurses' well-being and professional performance.

Keywords: Nurse; Ambulance; Competences; Stress; Medical-Surgical Nursing

Sumário

	Pág.
Lista de tabelas.....	11
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	13
Introdução.....	15
Parte I – Relatório da componente clínica.....	17
1. Caracterização dos contextos de estágio	19
1.1. Caracterização do Serviço de Urgência	19
1.2. Caraterização do Serviço de Medicina Intensiva.....	23
2. Reflexão sobre as competências do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica	25
Parte II - Relatório Final da Componente de Investigação: O enfermeiro de ambulância de suporte imediato de vida: relação das competências com o ambiente da prática de cuidados e o nível do stresse.....	37
Resumo	39
Abstract	41
1. Justificação do estudo.....	43
2. Estado da arte.....	45
3. Métodos	49
3.1. Desenho do estudo, critérios de inclusão	49
3.2. Instrumento de recolha de dados e procedimento metodológico	49
3.3. Análise dos dados.....	50
4. Considerações éticas	51
5. Resultados	53
5.1. Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra	53
5.2. Competências de Enfermeiro de Ambulância.....	55
5.3. Níveis de depressão, ansiedade e stresse	55
5.4. Qualidade do ambiente da prática de enfermagem	56
5.5. Relação entre as variáveis sociodemográficas e as Competências do Enfermeiro de Ambulância	56

5.6. Relação entre as competências com o ambiente da prática de cuidados e o nível de stresse vivenciado pelo enfermeiro de ambulância SIV.....	57
6. Discussão.....	59
7. Limitações	63
8. Implicações para a prática profissional	63
Conclusão.....	65
Referências Bibliográficas.....	67
Apêndices	71
Apêndice I – Estudo de Caso do Serviço de Urgência	73
Apêndice II - Guia de Preparação e Administração de Terapêutica da Sala de Emergência da ULSVDL	79
Apêndice III – Procedimento: “Sinalética para precauções baseadas nas vias de transmissão e respetivos microrganismos”.....	95
Apêndice IV – Estudo de Caso do SMI	105
Apêndice V – Questionário de recolha de dados.....	111
Apêndice VI – Autorização do autor da Escala Competências de Enfermeiro de Ambulância.....	131
Apêndice VII – Autorização do autor da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21).....	133
Apêndice VIII – Autorização da autora da Escala Indicadores de Qualidade do Ambiente da Prática de Enfermagem (IQN-WE-PT)	135
Apêndice IX – Parecer Comissão de Ética IPV	137

Lista de tabelas	Pág.
Tabela 1 – Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors	51
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra	54
Tabela 3 – Scores para cada fator das Competências de Enfermeiro de Ambulância	55
Tabela 4 – Níveis de depressão, ansiedade e stresse	56
Tabela 5 – Resultados da qualidade do ambiente da prática de enfermagem	56
Tabela 6 – Relação entre as variáveis sociodemográficas e as dimensões das Competências de Enfermeiro de Ambulância	57

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CHTV – Centro Hospitalar Tondela-Viseu

CMEMC-PSC – Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

CSSM – Casa de Saúde São Mateus

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral de Saúde

ECG – Eletrocardiograma

EPE – Entidade Pública Empresarial

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PIA – Pressão Intra-Abdominal

PIC – Pressão Intracraniana

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PVC – Pressão Venosa Central

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SO – Sala de Observação

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSVDL – Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões

VMER – Veículo de Emergência Médica e Reanimação

Introdução

Este relatório foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, ministrado na Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), no âmbito da Opção 8 - Estágio com Relatório Final em contexto de Cuidados Intensivos e Urgência, e é concluído com a elaboração e apresentação pública deste documento. O Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, tem como objetivo garantir o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas, relacionais e de investigação, para a intervenção no cuidado de pessoas em contextos críticos na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica (ESSV, 2024). Este curso capacita enfermeiros especializados para atuar em ambientes de saúde críticos, promovendo uma abordagem interdisciplinar que favorece a colaboração sinérgica com outros especialistas, assegurando, assim, cuidados de saúde integrados e de qualidade superior (ESSV, 2024).

Neste sentido, é preconizado formar profissionais com uma visão inovadora face aos desafios atuais da área da saúde, dotando-os de habilidades e de sensibilidade para proporcionar um cuidado holístico à Pessoa em Situação Crítica (PSC), tendo em consideração as necessidades da PSC, da sua família e da sociedade. Face a situações críticas ou excecionais, espera-se que estes enfermeiros demonstrem prontidão, capacidade de intervenção eficaz, adaptabilidade às mudanças no ambiente de trabalho e um compromisso com o avanço científico e epistemológico da enfermagem (ESSV, 2024). Para adquirir as competências necessárias para exercer funções de Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) e de EEEMC-EPSC (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho), bem como alcançar mais conhecimentos, os estágios, em contexto de Serviço de Urgência (SU) e Cuidados Intensivos, foram componentes primordiais. Isto pois o curso tem como foco a maximização das competências específicas da Enfermagem Médico-Cirúrgica e no cuidado especializado à PSC. A realização dos estágios permite que o enfermeiro ganhe competências de gestão e de monitorização de cuidados de saúde complexos, comprometido com a excelência e com a constante atualização dos seus conhecimentos e práticas.

Uma vez que a inovação e a pesquisa avançada também se constitui como um foco, desenvolveu-se uma investigação, que me permitiu explorar questões relevantes em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da PSC. Os resultados desta investigação, para além de enriquecer o conhecimento na área, contribuem para uma prática baseada em evidências científicas atualizadas. Por conseguinte, o trabalho de investigação desenvolvido

tem como tema “O enfermeiro de ambulância de suporte imediato de vida: a relação das competências com o ambiente da prática de cuidados e o nível de stresse”. A saúde e o bem-estar dos enfermeiros são afetados pelas exigências do seu local de trabalho e, por sua vez, o seu bem-estar afeta o seu trabalho e as pessoas de quem cuidam, o que justifica a pertinência deste estudo. Acresce que a formação contínua dos enfermeiros que exercem funções em contexto extra-hospitalar, como em ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), pode ter uma influência significativa na segurança do transporte de doentes críticos. Ao capacitar-se os enfermeiros que exercem funções em contexto extra-hospitalar para lidar com situações adversas, é fundamental aprimorar não só as competências técnicas, mas também a melhoria das competências de tomada de decisão, comunicação e gestão de recursos. Esta formação é primordial para garantir que os enfermeiros a exercer funções em ambulância SIV possam prestar cuidados de elevada qualidade e segurança aos doentes críticos, independentemente das condições do ambiente extra-hospitalar.

Este documento está organizado em duas secções: a primeira apresenta o Relatório da Componente Clínica, no qual se procede à caracterização dos locais de estágio e à análise crítico-reflexiva das competências gerais e específicas do enfermeiro especialista. A segunda secção contém o Relatório Final da Componente de Investigação.

Parte I – Relatório da componente clínica

1. Caracterização dos contextos de estágio

A descrição detalhada do local de estágio é um passo essencial para se compreender o contexto e a organização do serviço onde se desenvolve a prática profissional. Assim, foi fundamental conhecer a estrutura física, orgânica e dinâmica dos dois estágios para uma melhor integração na equipa multidisciplinar. Este objetivo assumiu uma relevância particular por ser o ponto de partida que orienta todo o processo de aprendizagem. Uma integração eficaz é essencial para o sucesso do estágio e para a realização dos objetivos propostos, sendo crucial a total dedicação e empenho, que permitem consolidar e adquirir novos conhecimentos.

De seguida, faço a descrição do Serviço de Urgência (SU) e do Serviço de Medicina Intensiva (SMI) da Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões (ULSVDL), onde decorreram os dois estágios.

1.1. Caracterização do Serviço de Urgência

A ULSVDL tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, em articulação com os cuidados de saúde primários e com os hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com qualidade e eficiência elevados e na colaboração na promoção da saúde, no ensino, na investigação e no desenvolvimento científico e tecnológico, procurando assegurar a cada doente os cuidados que correspondam à sua necessidade (SNS, 2020). Os seus objetivos reúnem-se na atitude centrada no doente e na promoção da saúde na comunidade, bem como a prestação de cuidados de saúde com qualidade, eficácia e eficiência, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável (SNS, 2020). A sua área de ação inclui toda a região Interior Centro do país, incluindo o Agrupamento de Centros de Saúde Dão-Lafões, três concelhos do Agrupamento de Centros de Saúde Douro-Sul e toda a Unidade Local de Saúde da Guarda – referência secundária (SNS, 2020).

A Rede de Serviço de Urgência integra os seguintes níveis de resposta, por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta: Serviço de Urgência Básico (SUB); Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP) (Despacho normativo nº 10319/2014, 2014).

O SU, classificado como um SUP, que faculta cuidados diferenciados aos doentes urgentes e emergentes de um modo atempado e adequado, apresenta-se funcional 24 horas por dia, sete dias por semana. Este possui uma equipa multidisciplinar, formada por

enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, seguranças e administrativos, cuja missão é a prestação de cuidados de saúde personalizados com qualidade, eficiência e em tempo útil ao doente com necessidades médicas urgentes.

O Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV) integra um SUP que constitui o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência (Despacho normativo nº 10319/2014, 2024). O SUP dá resposta específica nas seguintes valências: Neurocirurgia; Imagiologia com Angiografia Digital e RMN; Patologia Clínica com Toxicologia; Cardiologia de intervenção/Cateterismo Cardíaco/Angioplastia; Pneumologia (com endoscopia); Gastrenterologia (com endoscopia); Cirurgia Cardiorácica; Cirurgia Plástica e Reconstructiva; Cirurgia Maxilo-facial; Cirurgia Vascular; Medicina Intensiva (Despacho normativo nº 10319/2014, 2014). A Equipa de Enfermagem no SUP apresenta o seguinte rácio: Nº de Enfermeiros Urgência = 108 elementos; Nº de Enfermeiros Especialistas = 41 elementos.

Para além destas valências, o SUP tem uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) em gestão integrada, em que a equipa, para além de assegurar a atividade pré-hospitalar, participa na prestação de cuidados ao doente crítico no Serviço de Urgência da Unidade de Saúde, podendo colaborar no seu transporte (Despacho normativo nº 10319/2014, 2024). O SUP desenvolve também ensino em matérias de urgência/emergência e possui um centro de formação acreditado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), em conformidade com o disposto no Decreto-Lei nº 34/2012, de 14 de fevereiro (Despacho normativo nº 10319/2014, 2014).

Este serviço encontra-se dividido em diversas áreas, sendo elas:

- _ Área de admissão e registo;
- _ Área de triagem de prioridades, onde o enfermeiro, de acordo com a Triagem de Manchester, identifica critérios de gravidade e classifica a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido. É atribuído uma pulseira azul, verde, amarela, laranja ou vermelha, consoante a gravidade clínica, ou ainda uma pulseira branca em caso de atividade programada;
- _ Área de espera dos doentes já triados;
- _ Área dos amarelos 1, que recebe doentes triados com a pulseira amarela (urgente) e que estejam a pé ou em cadeira de rodas;

- _ Área dos amarelos 2, onde estão doentes com pulseira verde ou amarela, mas que se apresentem em maca;
- _ Área dos verdes, que recebe doentes triados com a pulseira verde (pouco urgente) ou com pulseira azul (não urgente) e doentes de ortopedia;
- _ Área Médica, que funciona como apoio a diversas especialidades médicas como cardiologia, medicina, neurologia, pneumologia, entre outros;
- _ Cirurgia e pequena cirurgia;
- _ Sala de Observação (SO), que consiste num internamento de curta duração onde os doentes se encontram em observação da evolução clínica;
- _ Unidade de Decisão Clínica (UDC), onde estão os doentes que necessitam de monitorização constante;
- _ Sala de Emergência, que recebe doentes que necessitam de cuidados emergentes como Paragem Cardiorrespiratória (PCR), doentes politraumatizados, Via Verde Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Via Verde Coronária, e doentes hemodinamicamente instáveis.

A ULSVDL integra o projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”, desde as 00 horas do dia 24 de outubro de 2024. Esta iniciativa, lançada em maio de 2023, pela Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, pretende otimizar a orientação das pessoas com doença aguda de menor gravidade, garantindo o seu encaminhamento para o serviço mais adequado em tempo útil e com a melhor qualidade de cuidados. O projeto piloto foi implementado nos concelhos da Póvoa de Varzim e Vila do Conde em maio de 2023 e tem vindo a ser alargado a várias ULS. O projeto promove o uso prioritário da linha SNS 24 (808 24 24 24) como ponto de entrada no SNS para situações não urgentes. Com esta medida, pretende-se melhorar a organização dos serviços e aumentar a satisfação dos doentes e profissionais, permitindo uma gestão mais eficiente dos recursos disponíveis.

Após o contacto com a linha SNS 24, um enfermeiro avaliará a situação clínica, podendo encaminhá-lo para autocuidados, para os cuidados de saúde primários ou, em casos mais graves, para o hospital, acionando o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) se necessário. Se for indicada observação pelo médico dos cuidados de saúde primários, o SNS 24 agenda uma consulta na respetiva unidade, no prazo máximo de 24 horas, evitando deslocações desnecessárias. Nos casos em que os centros de saúde não disponham de vagas suficientes, o doente será encaminhado para o hospital. Também nos termos da legislação encontra-se assegurado o atendimento em instituição privada com a

qual foi celebrado protocolo, desde que ultrapassada a capacidade de resposta do SNS. Está disponível um telefone, quer na urgência geral quer na urgência pediátrica, para que os doentes que se desloquem ao serviço de urgência por iniciativa própria possam efetuar contacto com a linha SNS 24. A comunidade será orientada a utilizar a linha SNS 24 como primeiro ponto de contacto com o SNS, para que seja dada a melhor resposta às necessidades de saúde de cada pessoa em concreto.

1 - Chegado ao SUP é questionado ao doente se fez previamente o contacto com a linha SNS 24. Em caso de resposta afirmativa, e de ter sido a linha SNS 24 a referenciar o doente a dirigir-se ao SU, o doente é inscrito e triado normalmente, permanecendo no SUP e sendo aqui atendido, independentemente da cor atribuída.

2 - Em caso de resposta negativa (deslocou-se ao SU sem antes ligar SNS 24), será convidado a fazer uma chamada, num telefone próprio e devidamente identificado que será colocado junto à admissão de doentes. Posteriormente, e no seguimento desta chamada, será encaminhado para o local adequado (autocuidado/ Centro de Saúde/ Casa de Saúde São Mateus (CSSM)) ou informado que deve permanecer no SUP, sendo neste caso triado normalmente e atendido aqui, independentemente da prioridade atribuída.

3 - Caso um doente chegue à triagem sem ter feito o contacto prévio com a linha SNS 24, é triado normalmente. Se a cor atribuída for Verde ou Azul, é-lhe dada a folha da triagem e encaminhado para o assistente técnico na admissão de doentes, que fará uma marcação para esse dia ou dia seguinte no Centro de Saúde ou CSSM. Para este último caso, será criada no ALERT© uma sala para onde estes doentes devem ser desviados, de modo a que não sejam chamados pelos médicos de serviço, mas antes pelos assistentes técnicos para marcação de atendimento noutra instituição.

Neste caso, o doente é triado de Verde ou Azul, procedendo-se como atrás descrito, exceto os doentes que recorrem ao serviço pelas seguintes situações, que serão atendidos neste SUP, independentemente da prioridade:

- _ Agressão;
- _ Doenças sexualmente transmissíveis;
- _ Embriaguez aparente;
- _ Exposição a químicos;
- _ Feridas;
- _ Gravidez;
- _ Hemorragia gastrointestinal;
- _ Hemorragia vaginal;

- _ Infeções locais e abcessos;
- _ Problemas oftalmológicos;
- _ Queda;
- _ Queimaduras profundas e superficiais;
- _ Sobredosagem e envenenamento;
- _ Traumatismo cranioencefálico;
- _ Convulsões;
- _ Corpo estranho;
- _ Antecedentes de: doença oncológica ativa; doença cursando com imunossupressão; doença renal crónica; doença arterial periférica.

Acrescenta-se a estas exceções: doentes acamados ou em cadeira de rodas, sem possibilidade de mobilização por meios próprios; vítimas de trauma recente - menos de 48h; situações cardiovasculares agudas, tais como dor torácica e síncope; défices neurológicos (hemiparésias, paraparésias, monoparésias) de instalação progressiva subaguda, em mais de 24 horas, mas menos de 30 dias; situações agudas, do foro psiquiátrico incluindo situações de risco de suicídio, obstétricas ou outras, desde que necessitem de tratamento urgente e inadiável; idade maior ou igual a 70 anos; doentes acompanhados por forças de segurança; doentes com indicação de perícia médico-legal.

1.2. Caracterização do Serviço de Medicina Intensiva

O SMI da ULSVDL, onde decorreu o estágio, é constituído por duas unidades no mesmo piso, UCIP (Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes) 1 e UCIP 2, no terceiro piso do CHTV. A UCIP 1, cuja inauguração ocorreu a 17 de agosto de 1997, tem lotação de 8 camas, 4 em sala aberta; 2 quartos com camas individuais e 1 quarto com duas camas. A UCIP 2 inaugurou a 22 de julho de 2022, com lotação de 12 camas: 5 quartos com camas individuais; 2 quartos com duas camas e 1 quarto com três camas. Destina-se à vigilância e tratamento de doentes em situação crítica do foro médico-cirúrgico resultante de patologia potencialmente reversível, recorrendo a meios humanos especializados ou treinados e meios técnicos complexos, como equipamento de monitorização cardíaca, monitorização hemodinâmica invasiva e capnografia, meios de suporte ventilatório, bombas de controlo de administração de fluidos e equipamento para execução de técnicas de substituição renal.

A equipa multidisciplinar é constituída por 42 enfermeiros e contempla enfermeiros generalistas e enfermeiros nas especialidades de enfermagem de reabilitação, EEMC-

EPSC, enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e enfermagem de saúde materna e obstétrica. A equipa de enfermagem é distribuída mediante os seguintes turnos: manhã - 7 enfermeiros; tarde - 7 enfermeiros; e noite - 6 enfermeiros.

A equipa médica está disponível 24h/dia, existindo um acesso fácil a especialistas em chamada, tais como: neurocirurgião, cirurgião vascular, cirurgião geral, microbiologista, cardiologista, gastroenterologista (endoscopias e colonoscopias de urgência), nefrologista, radiologista/neurorradiologista, neurologista, ortopedista, pneumologista, entre outras especialidades. Para além disso, contempla ainda: dietista/nutricionista, técnico de radiologia disponível 24 horas, fisioterapeuta. As patologias mais frequentemente encontradas nesta UCI são a falência respiratória, choque das diversas etiologias, traumatismos e diversas outras situações que exigem ventilação invasiva e/ou suporte hemodinâmico.

2. Reflexão sobre as competências do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

A Lei n.º 31/2021 da Assembleia da República (2021) define os estágios como a componente formativa em Enfermagem, na qual o estudante, integrado numa equipa qualificada, presta cuidados de Enfermagem a pessoas que enfrentam um processo de doença aguda, fundamentando-se em conhecimentos teóricos, enquanto adquire aptidões e competências.

Considerando a natureza deste relatório, é fundamental descrever e analisar de forma crítica as atividades que realizei durante os estágios, como parte do desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro EEMC-EPSC, com base no processo reflexivo proposto por Donald Schön – o modelo reflexivo da reflexão-na-ação. Este modelo configura-se como uma abordagem de trabalho que favorece o crescimento contínuo e a busca por soluções práticas, numa interação constante entre teoria e prática (Netto et al., 2018). Importa destacar que o conceito de competências está relacionado com a capacidade de agir de forma responsável, eficaz e reconhecida perante uma situação, num contexto profissional claramente definido e sujeito a um sistema de avaliação (Amaral & Figueiredo, 2021).

Deste modo, para otimizar as minhas aprendizagens durante os estágios, foi essencial referenciar o “Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica”. Assim, ao estabelecer nos meus projetos, os objetivos específicos para os estágios, consegui adaptar a minha prática aos desafios específicos do ambiente em questão, ao mesmo tempo que realizei uma análise crítica e reflexiva das minhas ações. Este processo foi fundamental para o sucesso do meu percurso formativo, permitindo-me aplicar na prática clínica os conhecimentos mais atualizados. A aquisição de competências técnicas, aliada a um conhecimento avançado e diferenciado, juntamente com as competências não técnicas, permitiu ajustar os objetivos definidos no Guia Orientador dos Estágios, que incluem um conjunto de atitudes e comportamentos necessários para alcançar os resultados finais esperados, enquanto futuros EEEMC-EPSC (2024).

Em ambos os estágios foi feita uma visita guiada às instalações e circuitos dos serviços (SU e SMI), o que possibilitou um conhecimento dos recursos materiais e humanos, assim como da organização e funcionamento dos serviços. Este início gradual facilitou a integração nos serviços e nas equipas, um passo essencial para a formação. A integração

foi um processo contínuo, permitindo conhecer o método de trabalho e estabelecer uma colaboração com toda a equipa de enfermagem e outros profissionais de saúde, demonstrando sempre disponibilidade, interesse e responsabilidade. Sempre que surgiam dúvidas, procurava esclarecer com os profissionais, seja relativamente às dificuldades sentidas nos cuidados ou à localização de materiais e equipamentos. No caso concreto da Sala de Emergência (SE), o trabalho seguia um método individual, com o enfermeiro focado nas necessidades do doente, enquanto nas restantes áreas predominava o método funcional ou de tarefa, devido à sobrelotação frequente do serviço (Ventura-Silva et al., 2021).

Concomitantemente, desenvolvi uma prática profissional ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, traduzindo-se na prestação de cuidados de Enfermagem com respeito pelos direitos humanos e responsabilidades intrínsecas à profissão. Assim, com a finalidade de obter competências intrínsecas neste domínio, foi essencial assegurar uma prática profissional segura baseada nos princípios éticos, aplicando capacidades de tomada de decisão ética e deontológica nos dois contextos de estágio (OE, Regulamento n.º 140/2019). Como inerente à minha prática profissional, adotei os princípios éticos, bioéticos, morais e deontológicos que regem a Enfermagem, pois, apenas, desta maneira, conseguimos uma prática que seja advogada da Dignidade Humana. Ou seja, ao longo do estágio primei sempre por uma postura de imparcialidade nos cuidados à PSC e à sua família, respeitando a sua autonomia e protegendo a sua dignidade.

Ao longo do estágio, pude presenciar e acompanhar a equipa nas tomadas de decisão, um momento no qual o debate com o cruzamento de maior número de informação e conhecimento impõe uma boa articulação em equipa e reflexão, para que seja realizado com maior segurança.

No SU, tive a oportunidade de acolher a pessoa significativa e/ou acompanhante em várias áreas do serviço, utilizando a escuta ativa para proporcionar um espaço onde pudessem expressar preocupações e sentimentos sobre os cuidados prestados. Procurei sempre fornecer informações claras e acessíveis sobre o estado de saúde do doente, os procedimentos e as expectativas de tratamento, garantindo a inclusão da pessoa significativa no processo e a compreensão das decisões. Também prestei apoio emocional, orientando sobre como lidar com o stresse e as emoções, tendo como foco o cuidado integral e humanizado. Este acolhimento foi fundamental para assegurar que a pessoa significativa se sentisse respeitada e apoiada durante o processo de cuidados. Foi

igualmente importante criar um ambiente empático, esclarecendo dúvidas, auxiliando nas dificuldades motoras, orientando quanto à localização e encaminhamentos necessários, e minimizando estímulos excessivos, como a luz e o som.

Ao longo deste processo, utilizei uma comunicação assertiva e funcional com os doentes e as suas famílias, e quando solicitado, segui o protocolo SPIKES para transmitir informações de forma eficaz, fortalecendo a relação terapêutica e facilitando a tomada de decisão. Este protocolo inclui as etapas: planeamento da comunicação (S), avaliação do conhecimento prévio (P), convite à expressão de dúvidas (I), fornecimento de informação clara (K), abordagem das emoções (E) e resumo da estratégia (Coimbra, 2021).

Foi crucial identificar situações clínicas de urgência e emergência, preparar as unidades e salas de atendimento, testar monitores/desfibrilhadores e realizar a verificação diária de materiais, fármacos e equipamentos, através de *checklists*. Além disso, foi fundamental conhecer e aplicar os protocolos de atuação do serviço. Destaco a presença do enfermeiro EEMC-EPSC na triagem e na prevenção de complicações em situações críticas, com a rápida identificação de problemas e encaminhamento para outros profissionais da equipa multidisciplinar (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

Na SE, assisti à ativação das Vias Verdes (VV) Coronária e AVC, conforme a Norma n.º 015/2017 (DGS, 2017). Na VV Coronária, a deteção precoce de dor torácica conduz à realização de um ECG e ao respetivo encaminhamento. Também participei na gestão de bradidisritmia e taquidisritmia, incluindo a administração de simpaticomiméticos, antiarrítmicos e cardioversões elétricas.

Durante a prestação de cuidados, utilizei a metodologia ABCDE para priorizar a ação e detetar sinais de instabilidade. Este processo permitiu-me aplicar os diferentes protocolos do serviço, sendo um marco no desenvolvimento das minhas competências. Ainda, no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, tive a oportunidade de prestar cuidados à PSC em contexto de dispneia, com agravamento respiratório, cardiovascular, neurológico, renal e metabólico. Neste sentido, procedi à elaboração de um estudo de caso (Apêndice I).

Durante o estágio no SU, participei ativamente nos processos de ventilação mecânica invasiva e não invasiva, com a identificação das necessidades da PSC, cuidados ao doente sob ventilação, controlo do ventilador, manuseamento dos circuitos e ajustamento dos parâmetros ventilatórios. Colaborei na preparação e verificação da SE para receber a PSC, avaliando os critérios de gravidade, o que envolveu uma avaliação primária utilizando a metodologia ABCDE e uma avaliação secundária cefalocaudal. Também participei na

identificação dos diferentes tipos de choque (hipovolémico, obstrutivo, distributivo, cardiogénico), intervindo conforme cada situação, sempre focado em cuidados individualizados e humanizados.

Relativamente à gestão da dor e do bem-estar da PSC, verifiquei que este é um dos principais motivos para a procura de cuidados no SU. A avaliação da dor, independentemente da escala utilizada, é registada de forma numérica e considerada como o 5.º sinal vital (OE, 2008). Para uma gestão eficaz da dor executei diversas intervenções planeadas e bem-sucedidas, identificando sinais fisiológicos e emocionais de mal-estar, como aumento da frequência cardíaca ou alterações na pressão arterial. Ao longo do estágio, como enfermeiro EEMC-EPSC em formação, prestei cuidados especializados a doentes em situações críticas, antecipando instabilidade e falência orgânica, implementando protocolos terapêuticos complexos, gerindo a dor e o bem-estar, promovendo a comunicação eficaz e fortalecendo a relação terapêutica com as suas famílias, além de apoiar nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Após cada situação, realizou-se um *debriefing* em equipa para analisar os pontos positivos e os aspetos a melhorar, sendo esta prática fundamental para o processo de aprendizagem. Estes momentos revelaram-se essenciais para a minha formação, especialmente na aquisição de competências.

De acordo com a OE (2019), o enfermeiro especialista deve gerir os cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da equipa de saúde e adequando a liderança e a gestão dos recursos ao contexto. Assim, colaborei na identificação das funções de coordenador de equipa, reposição de *stocks* e verificação do funcionamento dos equipamentos, contribuindo para a melhoria da segurança nos cuidados prestados. Conforme o Regulamento n.º 429/2018 da OE, o enfermeiro EEMC-EPSC deve cuidar da pessoa em situações de emergência e catástrofe, planeando respostas e assegurando a eficiência dos cuidados. Durante o estágio, familiarizei-me com o plano de catástrofe do SU, os planos de treino e os protocolos institucionais para o transporte e transferência da PSC.

Para além disso, analisei o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA), para garantir a segurança do doente e cumprir as normas de higiene hospitalar. A higiene das mãos, conforme a Norma n.º 007/2019, foi uma prática essencial, sendo disponibilizadas soluções antissépticas em todos os locais de prestação de cuidados. A prevenção e controlo de infeções e resistência a antimicrobianos é uma das competências chave do enfermeiro EEMC-EPSC, assegurada pelo uso de equipamento de proteção individual, higienização adequada do ambiente e aplicação de

técnicas assépticas. Este processo permitiu-me desenvolver competências fundamentais na gestão de cuidados e na prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde.

Em conjunto com os colegas de estágio, participei na elaboração de um Guia de Preparação e Administração de Terapêutica da Sala de Emergência da ULSVDL (Apêndice II). Neste contexto, é importante sublinhar que é responsabilidade do enfermeiro especialista promover o desenvolvimento e apoio das iniciativas estratégicas institucionais, implementando práticas de qualidade e colaborando em programas de melhoria contínua, com o objetivo de garantir um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019, 2019). A melhoria da qualidade dos cuidados no SU é crucial, pois este serviço lida com uma vasta gama de condições clínicas, frequentemente complexas e emergentes. O SU tem um papel fundamental no sistema de saúde, funcionando como “porta de entrada” para o atendimento de urgência/emergência e o primeiro ponto de contacto para a PSC. A melhoria contínua na qualidade dos cuidados prestados resulta em benefícios quer para os doentes quer para o sistema de saúde, em geral.

Em contexto do SMI, consegui transmitir as informações adequadas à PSC e à sua família, tendo em conta as mudanças que ocorriam ao longo do processo. Sempre que possível, procurei permitir a presença da família junto da PSC, mesmo nos casos de sedação e ventilação, com o objetivo de reduzir os medos e a ansiedade dos intervenientes. Assim, procurei esclarecer as suas dúvidas de forma clara e objetiva, oferecendo apoio emocional. Adaptei a minha linguagem às necessidades de cada pessoa e verifiquei se a informação estava corretamente compreendida, orientando a família para um comportamento adequado à situação de transição.

Neste sentido, segui a Teoria da Transição de Meleis, que oferece uma abordagem abrangente sobre as transições no binómio saúde/doença. O seu foco nas diferentes transições, nas condições que as influenciam e nas respostas que elas geram, proporcionou-me uma estrutura clara para lidar com as complexas transições que a PSC e a sua família enfrentam (Meleis, 2012). Esta teoria foi uma ferramenta fundamental para orientar as intervenções, permitindo-me abordar as especificidades de cada transição e os desafios que surgiam em cada situação. Assim, procurei sempre transmitir todas as intervenções realizadas com respeito pela dignidade humana, promovendo uma comunicação clara e colaborativa no processo de tomada de decisão em equipa e na resolução de dúvidas.

Durante o meu estágio no SMI, um dos principais objetivos foi desenvolver competências específicas em EMC-EPSC, o que envolveu a elaboração de planos de

cuidados diários para a PSC, em conformidade com a sua condição clínica. Para tal, foi necessário utilizar e interpretar os instrumentos de avaliação da PSC e dos riscos de falência orgânica. No serviço, diferentes escalas são aplicadas diariamente para monitorizar os indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem. Além da aplicação do TISS 28 e das escalas de avaliação da dor, também são utilizadas a Escala de Braden, a Escala de Coma de Glasgow e a Escala de Morse. No início de cada turno, são abordadas questões como a Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação e a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical, seguidas da vigilância de infecção nos locais de inserção do Cateter Venoso Central e do Cateter Arterial. Ao longo do percurso, participei ativamente na referência de situações problemáticas a outros profissionais da equipa multidisciplinar, o que foi essencial para garantir uma abordagem global, onde a experiência de cada membro da equipa contribuiu para a definição de cuidados adequados e personalizados.

Estive envolvido no conhecimento e monitorização de protocolos terapêuticos complexos, fundamentais no tratamento da pessoa em situação crítica. Na minha prestação de cuidados trabalhei na promoção da segurança, eficácia e autonomia precoce da PSC, monitorizando a sua evolução ao longo do processo de tratamento, sempre com o objetivo de otimizar a sua recuperação e bem-estar. No acompanhamento da PSC, participei na realização de exames complementares de diagnóstico, assegurando uma avaliação clínica precisa e o seguimento adequado dos resultados. Consolidando os meus conhecimentos, apliquei protocolos e técnicas avançadas de Suporte de Vida, como o Suporte Avançado de Vida (SAV) e, estive envolvido na gestão de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e Não Invasiva (VNI) e técnicas dialíticas.

Na assistência à PSC submetida a VMI, participei na identificação de situações de risco que pudessem levar a complicações e intervim de forma adequada para minimizá-las. A prevenção de úlceras por pressão, devido à imobilização e ao uso de dispositivos de suporte terapêutico, foi uma das minhas prioridades, com ações como reposicionamentos frequentes e aplicação de técnicas de cuidado da pele.

A segurança na administração de terapêutica foi uma área de grande relevância durante o meu estágio no SMI, onde apliquei os princípios necessários para assegurar que as substâncias farmacológicas fossem administradas de forma segura e adequada. Também participei em intervenções de enfermagem em doentes submetidos a suporte renal contínuo, sempre sob a devida supervisão.

Outro aspeto fundamental foi a gestão da dor e do bem-estar da PSC, monitorizando o seu estado de consciência e *delirium*. Para avaliar a dor e o nível de sedação, utilizei a

escala Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) e a Escala Visual Analógica (EVA), conforme os protocolos estabelecidos. Essas escalas ajudaram a garantir o máximo conforto ao doente, assegurando a administração correta de fármacos e a avaliação constante do seu estado neurológico. A avaliação da dor em doentes internados em SMI, mesmo quando sedados e ventilados, é essencial. A dor mal controlada pode ter efeitos psicológicos e fisiológicos graves, tanto a curto como a longo prazo, retardando a recuperação e, em alguns casos, colocando a vida em risco (Birkedal et al., 2021). O tratamento em SMI ocorre frequentemente quando a PSC já enfrenta situações de stresse, como o medo de perder a vida ou a insegurança em relação à sua recuperação. Esta dimensão afetiva da dor foi recentemente reforçada numa proposta de alteração da definição de dor, que agora destaca a dor como uma experiência angustiante associada a danos reais ou potenciais nos tecidos, com componentes sensoriais, emocionais, cognitivos e sociais (Birkedal et al., 2021).

Gostaria de salientar que, em todas as situações, estabeleci uma relação terapêutica com os familiares e cuidadores da PSC, utilizando estratégias de comunicação que ajudaram a criar um vínculo de confiança, respeitando as suas necessidades emocionais em momentos de grande stresse, ansiedade e incerteza. Assegurei que se sentissem informados e apoiados durante toda a permanência do seu familiar nos cuidados intensivos. O SMI, onde realizei o estágio, considera a PSC e a sua família/cuidador como parceiros essenciais, não só na prestação de cuidados diretos e na tomada de decisões, mas também na melhoria da qualidade, nas iniciativas de segurança e na atuação da equipa de enfermagem. A adesão e a integração ativa das famílias nos cuidados intensivos são cruciais para alcançar a mudança cultural desejada, sendo indispensável o envolvimento dos profissionais de saúde, gestores e decisores políticos para promover essa transformação (Ito et al., 2023).

O objetivo principal do estágio no SMI foi proporcionar cuidados especializados a doentes submetidos a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), assegurando uma monitorização contínua e sistemática para garantir a eficácia do suporte ventilatório e favorecer a recuperação da PSC. Para atingir este objetivo, desenvolvi diversas atividades essenciais. A monitorização constante dos parâmetros ventilatórios foi crucial, englobando a avaliação da pressão, volume e frequência respiratória. Esta monitorização possibilitou uma relação direta entre os parâmetros ventilatórios e o estado clínico da PSC, permitindo ajustar a ventilação conforme necessário para manter a estabilidade clínica. A avaliação dos parâmetros gasométricos foi realizada regularmente, com destaque para o pH, pCO₂ e pO₂, os quais são vitais para verificar a eficácia da ventilação e da oxigenação, além de identificar precocemente alterações que poderiam indicar a necessidade de ajustes na ventilação.

Outro ponto relevante foi o desenvolvimento de estratégias eficazes de comunicação com a PSC, uma vez que a VM dificulta a comunicação verbal. Para ultrapassar esta barreira, utilizei métodos alternativos, como gestos e a interpretação das expressões faciais, de forma a compreender as necessidades e desconfortos da PSC, garantindo o seu conforto e segurança. Colaborei também na definição de posicionamentos e decúbitos que facilitassem a ventilação, nomeadamente a posição prona, sempre que indicada, para melhorar a oxigenação e reduzir o risco de complicações respiratórias. Além disso, realizei a aspiração de secreções sempre que necessário, garantindo que as vias aéreas permanecessem desobstruídas e prevenindo complicações como a pneumonia associada à ventilação mecânica.

Estive atento à identificação precoce de complicações associadas à VM, como barotrauma, volutrauma, infeções respiratórias e úlceras por pressão, realizando intervenções adequadas para minimizar ou evitar esses riscos. Estas atividades foram essenciais para prestar cuidados de enfermagem seguros e eficazes à PSC, garantindo o seu conforto, a otimização da ventilação e a prevenção de complicações associadas à ventilação mecânica. Um dos objetivos específicos do estágio no SMI foi desenvolver competências no cuidado da PSC com monitorização hemodinâmica invasiva, uma prática essencial no doente crítico. A monitorização hemodinâmica invasiva é crucial para avaliar o estado circulatório, permitindo a implementação de intervenções rápidas e eficazes para garantir a estabilidade do doente. Durante o estágio, participei ativamente na monitorização hemodinâmica invasiva, com especial atenção para a vigilância de parâmetros como a Pressão Venosa Central (PVC), a Pressão Intracraniana (PIC) e a Pressão Intra-Abdominal (PIA). A monitorização destes parâmetros proporcionou uma avaliação precisa da perfusão e da função dos órgãos vitais, orientando as decisões terapêuticas necessárias.

Além disso, colaborei na preparação do material, na colocação e manutenção da linha arterial, um dispositivo fundamental para a monitorização contínua da pressão arterial e para a recolha de amostras de sangue. O uso da linha arterial para a realização de gasometria e monitorização dos gases sanguíneos foi crucial para acompanhar a função respiratória da PSC, fornecendo dados essenciais para ajustar a terapêutica. Auxiliei também na preparação e manutenção do Cateter Venoso Central (CVC), que desempenha um papel central na administração de fármacos, colheitas de amostras e monitorização de pressões centrais. A correta inserção e cuidado com o CVC foram imprescindíveis para prevenir complicações como as infeções. Aprendi a identificar e monitorizar complicações associadas aos dispositivos de monitorização hemodinâmica, como infeções, tromboflebitas e deslocamento dos cateteres, realizando intervenções para minimizar esses riscos. A

identificação precoce de complicações foi um aspeto essencial no cuidado à PSC, pelo que trabalhei em estreita colaboração com a equipa multidisciplinar para prevenir e tratar eventuais complicações. A monitorização constante e a capacidade de agir de forma proativa foram fundamentais para garantir a segurança do doente e evitar complicações graves associadas ao uso desses dispositivos.

Entre as atividades realizadas em contexto de SMI, destaco os cuidados de higiene prestados aos doentes submetidos a VMI, assegurando sempre a segurança e promovendo a sua autonomia. A higiene respiratória foi monitorizada de forma cuidadosa, de modo a evitar a contaminação cruzada e reduzir os riscos de infeções associadas à ventilação. Para a prevenção da pneumonia associada à intubação, apliquei as melhores práticas baseadas nos feixes de intervenção, seguindo as orientações da Norma n.º 021/2015 (atualizada em novembro de 2022). As ações incluíram a aspiração assética das secreções brônquicas, a elevação da cabeceira do leito entre 30º e 45º, a verificação da pressão do cuff entre 20-30 cmH₂O, a interpretação dos sinais sonoros do ventilador e a implementação de medidas corretivas. Estas práticas tiveram como objetivo assegurar a segurança respiratória do doente e prevenir complicações infecciosas.

A prevenção da infeção urinária associada ao Cateter Vesical foi igualmente uma prioridade, na qual segui as orientações da Norma n.º 019/2015 (atualizada em agosto de 2022). Cumpri rigorosamente a técnica assética no cateterismo vesical e na conexão ao sistema de drenagem, além de realizar a higiene diária do meato urinário com água e sabão, uma vez por dia, garantindo a integridade do sistema urinário e prevenindo infeções. A utilização adequada e racional do Equipamento de Proteção Individual (EPI) foi sempre respeitada, considerando a condição clínica de cada doente e o risco de contaminação. Além disso, segui rigorosamente as recomendações para a higienização das mãos, conforme os cinco momentos indicados, um aspeto fundamental na prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde.

No que diz respeito à gestão de resíduos, manipulei-os e eliminei-os de forma adequada, seguindo os protocolos de segurança e as normas de prevenção de infeção. Para garantir que todas as medidas de prevenção e controlo de infeções fossem corretamente implementadas, realizei a monitorização constante e o registo das ações executadas, assegurando que os cuidados prestados estivessem alinhados com as melhores práticas.

Em conjunto com os meus colegas de estágio, desenvolvemos um trabalho sobre a sinalética para precauções baseadas nas vias de transmissão e nos microrganismos

associados, conforme apresentado no Apêndice III. Este trabalho surgiu a partir das situações observadas, o que nos levou a realizar uma pesquisa detalhada para oferecer a melhor resposta possível, fundamentada nas recomendações e evidências mais atualizadas.

Gostaria também de destacar um caso clínico de um doente masculino, de 75 anos, admitido no SMI devido a um agravamento da sua condição respiratória, com o diagnóstico de falência respiratória, atelectasia da base esquerda, úlcera duodenal perfurada contida, estenose duodenal e LRA não oligúrica. Este caso foi objeto de estudo, como descrito no Apêndice IV, utilizando a linguagem CIPE.

Essas atividades desenvolvidas durante o estágio permitiram-me aprofundar os meus conhecimentos e aplicar de forma prática os protocolos e as estratégias de prevenção de infeções no contexto crítico do SMI. A experiência foi essencial para consolidar a minha capacidade de atuar de forma eficaz e segura na prevenção e controlo de infeções, tendo sempre como foco a saúde e a segurança do doente.

Em suma, e com um olhar retrospectivo e crítico-reflexivo, quero reiterar que, na especialidade de enfermagem à PSC, os cuidados prestados, especialmente no contexto de SMI e de SU, são altamente qualificados e contínuos, direcionados a indivíduos com uma ou mais funções vitais em risco imediato. O objetivo destes cuidados é responder às necessidades alteradas da PSC, assegurando a manutenção das funções vitais, prevenindo complicações e limitando incapacidades, sempre com a meta de promover a sua recuperação total (Regulamento n.º 429/2018). Face à complexidade das condições de saúde e das respostas necessárias tanto à PSC como à família/pessoa significativa, utilizei conhecimentos e competências para dar uma resposta holística e atempada, de forma a atender à situação na sua totalidade (Regulamento n.º 429/2018). Regi-me continuamente pela máxima de que “o cuidar como uma prática, em vez de ser apenas um sentimento ou um conjunto de atitudes que transcendem a prática, revela o conhecimento e a competência exigidos para um cuidar de excelência” (Benner, 2001, p. 16).

Este relatório reflete as experiências mais marcantes dos estágios, alinhadas com os objetivos estabelecidos no início. A procura por novas vivências e a consolidação dos conhecimentos, com o objetivo de fornecer cuidados especializados de qualidade, fundamentados na evidência, em estreita colaboração com os Enfermeiros Tutores e outros membros da equipa, foram fatores decisivos para o meu desenvolvimento formativo. Baseei-me sempre numa prática crítico-reflexiva, que incluiu observação direta, trabalho em tríade, reflexões com os Enfermeiros Tutores, diálogos informais com os colegas, consulta de guias orientadores, pesquisa bibliográfica e análise das necessidades do SU e SMI, o que me

permitiu aprofundar conhecimentos e adquirir novas competências científicas, técnicas, relacionais e éticas.

Ao longo deste percurso, a minha atuação foi pautada pela resiliência, determinação, humildade, saber estar, proatividade e a constante procura pela melhor e mais atual evidência científica. Estes valores foram fundamentais para atingir os objetivos definidos. Da mesma forma, a elaboração da sinopse das minhas vivências e reflexões durante os estágios constituiu um desafio adicional, pois nem sempre é fácil sintetizar e comunicar as experiências e aprendizagens adquiridas. A minha motivação para realizar estes estágios foi identificar, planejar e intervir junto da PSC/pessoa significativa e/ou acompanhante, evoluindo num contexto semelhante ao meu futuro profissional, que sem dúvida foi enriquecido e ampliado.

“Sem mudanças, não há crescimento, nem estímulo, nem desafio” (citado por Atkinson, Leslie, 1985, p. 29).

Parte II - Relatório Final da Componente de Investigação: O enfermeiro de ambulância de suporte imediato de vida: relação das competências com o ambiente da prática de cuidados e o nível do stresse

Resumo

Introdução: O enfermeiro de ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) possui competências acrescidas e diferenciadas em contexto de emergência extra-hospitalar. No entanto, a sua prática profissional está envolta em stresse proveniente de diversos cenários inerentes à execução das suas funções.

Objetivo: Verificar se existe relação entre as competências, o ambiente da prática de cuidados e o nível de stresse vivenciado pelo enfermeiro de Ambulância SIV.

Metodologia: Estudo de natureza quantitativa, descritiva e correlacional em coorte transversal. Amostra de 57 enfermeiros de ambulância SIV em Portugal Continental, maioritariamente masculina (63,2%) e com média de $39,56 \pm 6,24$ anos de idade. Neste estudo foram utilizadas três escalas: i) Escala Competências de Enfermeiro de Ambulância, adaptação por Camelo e Martins, 2022; ii) Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond; e iii) Escala “Indicadores de Qualidade do Ambiente da Prática de Enfermagem (IQN-WE-PT)”, adaptação por Sousa, 2021.

Resultados: As Situações de emergência médica, acidente, crise e exceção obteve o maior score (84,83%), refletindo a maior competência percebida pelos enfermeiros de Ambulância SIV nesta área. Em contrapartida, a Investigação e desenvolvimento profissional teve o menor score; nível médio mais elevado de stresse ($3,37 \pm 2,57$). O indicador com maior valor foi “Suporte à equipa e desenvolvimento profissional” ($42,77 \pm 7,97$) e o mais baixo “Ambiente de trabalho seguro em enfermagem” ($15,30 \pm 4,30$).

Conclusão: O estudo demonstra que o apoio organizacional surge como um fator chave para a autoperceção positiva das competências em ambulância SIV. Os sistemas de trabalho eficazes e remuneração adequada são preditores do bem-estar e desempenho profissional dos enfermeiros.

Palavras-chave: Enfermeiro; Ambulância; Competências; Stresse; Enfermagem Médico-Cirúrgica

Abstract

Introduction: Immediate Life Support (ILS) ambulance nurses have increased and differentiated competences in the context of out-of-hospital emergencies. However, their professional practice is fraught with stress arising from the various scenarios inherent to their carrying out duties.

Objective: To evaluate whether there is a relationship between competences, the care practice environment and the level of stress experienced by ILS ambulance nurses.

Methodology: Quantitative, descriptive and correlational cross-sectional cohort study. Sample of 57 ILS ambulance nurses in mainland Portugal, mostly male (63.2%) and with an average age of 39.56 ± 6.24 years. Three scales were used in this study: i) the Ambulance Nurse Competencies (ANC) Scale, adapted by Camelo and Martins, 2022; ii) the 21-item Anxiety, Depression and Stress Scale (EADS) by Lovibond and Lovibond; and iii) the 'Quality Indicators of the Nursing Practice Environment (IQN-WE-PT)' scale, adapted by Sousa, 2021.

Results: Medical emergency, accident, crisis and exception situations obtained the highest score (84.83%), reflecting the greater competence perceived by SIV Ambulance nurses in this area. In contrast, Research and professional development had the lowest score; a higher average level of stress (3.37 ± 2.57). The indicator with the highest value was 'Team support and professional development' (42.77 ± 7.97) and the lowest 'Safe working environment in nursing' (15.30 ± 4.30).

Conclusion: The study shows that organisational support emerges as a key factor in the positive self-perception of ILS ambulance competences. Effective work systems and adequate remuneration were predictors of nurses' well-being and professional performance.

Keywords: Nurse; Ambulance; Competences; Stress; Medical-Surgical Nursing

1. Justificação do estudo

O enfermeiro de ambulância SIV é detentor de competência acrescida diferenciada em emergência extra-hospitalar para o desempenho das suas funções. O local onde exerce a sua prática profissional está envolto em elevados níveis de stresse. O bem-estar dos enfermeiros é afetado pelo ambiente externo, pela estrutura e políticas organizacionais e pelas condições do trabalho quotidiano (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; National Academy of Medicine; Committee on the Future of Nursing 2020-2030, 2021). Estes três fatores são mediados por fatores individuais, incluindo a personalidade, a resiliência e o apoio social. Os fatores estruturais e individuais podem reforçar ou diminuir o bem-estar dos enfermeiros. A responsabilidade de abordar o bem-estar dos enfermeiros recai sobre os próprios e sobre os sistemas, organizações e estruturas que os apoiam (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; National Academy of Medicine; Committee on the Future of Nursing 2020-2030, 2021). Há evidências emergentes de que, apesar das restrições impostas pelo sistema, alguns enfermeiros são capazes de permanecer saudáveis, desenvolvendo-se em resposta às adversidades (Cui et al., 2021).

Os enfermeiros SIV enfrentam situações complexas e frequentemente críticas, que exigem não só competências técnicas e científicas, mas também competências relacionais e de gestão emocional, devido à interação constante com as vítimas, familiares e membros da equipa. A pertinência deste estudo surge da necessidade de compreender como as competências dos enfermeiros de ambulância SIV influenciam a sua adaptação e atuação em ambientes de trabalho altamente exigentes e stressantes. A atuação no contexto de ambulância SIV implica um elevado grau de responsabilidade e tomada de decisões rápidas e precisas, o que coloca os enfermeiros sob grande pressão. O nível de stresse associado a esse ambiente pode afetar a qualidade dos cuidados prestados e o bem-estar dos próprios profissionais. Verificar se existe uma relação entre as competências do enfermeiro, o ambiente da prática de cuidados e o nível de stresse experienciado é fundamental para identificar fatores que possam contribuir para a melhoria das condições de trabalho e para o aumento da eficácia da resposta prestada. Assim, este estudo permitirá compreender de que modo as competências adquiridas e o ambiente de trabalho impactam a capacidade de lidar com o stresse, e conseqüentemente, melhorar a performance e a saúde dos enfermeiros. Poderá facultar informações relevantes para o desenvolvimento de estratégias de apoio, formação e melhoria das condições de trabalho dos enfermeiros de ambulância SIV. Com a identificação de possíveis correlações entre as competências e os níveis de stresse, será possível implementar medidas preventivas, educativas e organizacionais que promovam um ambiente de trabalho mais saudável, minimizando o impacto negativo do

stresse na prática profissional e assegurar melhores cuidados à PSC e sua família. Num cômputo geral, a pertinência deste estudo justifica-se pela sua contribuição para a melhoria das condições de trabalho dos enfermeiros de ambulância SIV, para a promoção da sua saúde mental, bem como para a otimização da qualidade dos cuidados prestados no contexto pré-hospitalar, com benefícios para todos os envolvidos: enfermeiros, como agentes do saber-fazer, e para os utilizadores dos serviços de emergência, recetores de cuidados de qualidade.

Face ao exposto, o estudo tem como objetivo verificar se existe relação entre as competências com o ambiente da prática de cuidados e o nível de stresse vivenciado pelo enfermeiro de ambulância SIV.

2. Estado da arte

As ambulâncias SIV têm como principal função prestar assistência a vítimas de acidentes ou doenças súbitas, oferecendo cuidados diferenciados tanto no pré-hospitalar, como no transporte inter-hospitalar de pessoas em estado crítico. Este serviço exige uma resposta altamente especializada (Despacho n.º 10319/2014, 2014). Ao contrário de outros meios de socorro, nas ambulâncias SIV, o enfermeiro assume a liderança da equipa, o que constitui uma competência adicional, geralmente atribuída ao médico em outros contextos. A responsabilidade do enfermeiro SIV como *team leader* é de grande complexidade, pois, além de lidar com a vítima, com os familiares e com a equipa multidisciplinar, deve garantir a melhoria contínua do estado clínico da pessoa em situação crítica. Por isso, a sua formação deve ser altamente especializada, sendo a atuação rigorosamente protocolada e supervisionada pela estrutura clínica do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (Mota et al., 2020, p. 149).

As ambulâncias SIV estão instaladas em Serviços de Urgência Básicos, com algumas exceções, e têm como função fornecer suporte pré-hospitalar, transferir a pessoa em estado crítico para unidades de saúde mais diferenciadas (Despacho n.º 10319/2014, 2014). Em termos de recursos técnicos, estas ambulâncias são equipadas com todos os materiais essenciais, como equipamentos para trauma, monitor-desfibrilhador, ventilador de transporte, seringa perfusora e fármacos. Além disso, as ambulâncias SIV estão preparadas para transmitir sinais vitais e eletrocardiogramas ao Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e ao hospital de destino, permitindo a partilha do estado clínico da pessoa em tempo real. A principal missão das ambulâncias SIV é garantir cuidados de saúde especializados à população, com foco em manobras de reanimação e SAV, estando disponíveis para agir em situações de emergência (INEM, 2020).

A competência refere-se à combinação de conhecimentos, aptidões e capacidades que uma pessoa possui e que lhe permite realizar tarefas de forma eficaz em vários contextos. É uma característica fundamental que influencia o desempenho dos profissionais e a satisfação nas organizações. A competência distingue-se frequentemente da aptidão, em que esta última se refere aos requisitos ou normas específicas estabelecidos pelas instituições, para um desempenho bem-sucedido numa determinada função (Kusumawardana et al., 2023; Nesterenko, 2024). A competência engloba um conjunto de conhecimentos, aptidões e capacidades que são essenciais para a execução efetiva de uma tarefa (Kusumawardana et al., 2023) e está diretamente relacionada com o desempenho e a satisfação no trabalho, pois permite que os trabalhadores satisfaçam as exigências das suas

funções com sucesso (Rialdy et al., 2025). Importa referir que a aprendizagem e a formação contínuas são cruciais para o desenvolvimento de competências que, por sua vez, melhoram o desempenho profissional. Por outras palavras, a competência é formada através da integração de conhecimentos, aptidões e atitudes, conduzindo a ações observáveis na prática (Zebaloğlu, 2024). Embora a competência seja vital para o sucesso individual, também é importante considerar que as definições e expectativas de competência podem variar significativamente em diferentes domínios e culturas (Rialdy et al., 2025).

O enfermeiro SIV possui competências específicas para atuar junto da PSC, familiares e comunidade, incluindo intervenções em situações de emergência e catástrofe. Este profissional deve demonstrar habilidades de liderança, gestão de tarefas e trabalho em equipa, assumindo o papel de líder da equipa (Regulamento n.º 226/2018, 2018). As intervenções do enfermeiro SIV são orientadas por protocolos estabelecidos pelo INEM e pela direção médica do serviço. A orientação médica é dada tanto de forma indireta, através dos protocolos de atuação que os membros das equipas podem executar de imediato, como diretamente, por meio de comunicação obrigatória com um médico responsável para validar certos procedimentos específicos descritos nos Protocolos de Atuação SIV, utilizando recursos como comunicação de voz e dados (INEM, 2013).

De acordo com o Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar (2018) da OE,

“o enfermeiro de emergência extra-hospitalar detém um conhecimento específico e um pensamento sistematizado nas áreas da disciplina, da profissão e da emergência extra-hospitalar, com competência efetiva e comprovada no exercício profissional nesta área. Numa abordagem multiprofissional, é responsável pelo processo de cuidados de enfermagem à pessoa, grupo ou comunidade, no momento e no local em que enfrentam uma situação de urgência, emergência, crise ou catástrofe, até à sua transição para a unidade de saúde destinatária” (p. 10759).

O enfermeiro com competência acrescida diferenciada em emergência extra-hospitalar

“desenvolve um processo de gestão de cuidados de enfermagem, com elevada perícia, nas situações de urgência, emergência, crise ou catástrofe, em ambiente extra-hospitalar, num contexto de atuação multiprofissional, visando promover e garantir um atendimento de qualidade, integral e oportuno” (OE, Regulamento n.º 226/2018, 16 de abril, p. 10759).

Assim, o enfermeiro de ambulância SIV, como líder da equipa, tem um papel crucial na adequação e qualidade dos cuidados prestados, assegurando uma prática profissional que seja baseada na evidência, ética e conforme a legislação vigente. Tem, igualmente, o dever de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos, devendo atuar com base num desenvolvimento profissional contínuo.

Os cuidados pré-hospitalares são um aspeto crucial que envolve a prestação de assistência médica a doentes críticos antes de estes chegarem a uma unidade de saúde (Wibring et al., 2020). De acordo com a OMS (2021), as lesões e doenças que requerem cuidados de emergência afetam milhões de pessoas em todo o mundo, sendo que muitos destes incidentes ocorrem em países de baixo e médio rendimento. Apesar da importância dos cuidados pré-hospitalares, existem disparidades significativas no acesso a estes cuidados em todo o mundo. Em algumas áreas, o acesso aos serviços de emergência médica pode ser limitado ou inexistente, enquanto noutras, a qualidade dos cuidados pode ser inadequada. Recentemente, os Relatórios Internacionais dos Países Embaixadores do *American College of Emergency Physicians* (ACEP) lançaram informações sobre os diferentes níveis de acesso aos serviços de emergência médica em todo o mundo, com algumas observações: disparidades no acesso, restrições em termos de infraestruturas e recursos, barreiras geográficas e financeiras, falta de colaboração internacional, falta de treino dos enfermeiros do extra-hospitalar, colocando em causa a segurança no transporte de doentes críticos, entre outros fatores (Patiño et al., 2022). Apesar destes desafios, estão a ser feitos esforços para melhorar o acesso aos cuidados pré-hospitalares e reduzir as disparidades a nível mundial. Várias organizações, como a OMS, a *International Federation of Red Cross* e a *Red Crescent Societies* estão a trabalhar no sentido de melhorar a formação e os recursos do pessoal dos serviços de emergência médica, alargando o acesso a estes serviços de emergência médica em zonas mal servidas (Martin-Gill et al., 2023).

Os desafios no contexto pré-hospitalar diferem significativamente daqueles encontrados em ambiente intra-hospitalar. Os enfermeiros que exercem funções em ambulâncias SIV enfrentam frequentemente elevados níveis de stresse e de ansiedade. Se por um lado, o processo de acionamento, a escassez de recursos e a escassez de informação contribuem substancialmente para esse stresse, por outro o apoio entre pares e a partilha de experiências funcionam como mecanismos redutores do mesmo (Bohstrom et al., 2017; Bäckström & Alvinus, 2024). Neste enquadramento, Mota et al. (2020, p. 149) salientam que a inexistência de um referencial teórico estruturado enfraquece de forma significativa a identidade dos enfermeiros no contexto pré-hospitalar, deixando-os

“desprovidos de um modelo conceptual que personalize a Enfermagem como disciplina e profissão”.

Embora os protocolos de atuação sejam indispensáveis à segurança clínica, é importante que os cuidados sejam “planeados à luz da singularidade de cada indivíduo”, o que implica uma atuação profissional sensível ao contexto, às vulnerabilidades e às particularidades de cada pessoa assistida (Mota et al., 2020, p. 150). Assim, as intervenções do enfermeiro em ambiente pré-hospitalar englobam a estabilização da vítima no local da ocorrência, a manutenção das funções vitais durante o transporte, e o apoio à família, com o propósito de “minimizar o seu sofrimento”, garantindo não apenas cuidados técnicos, mas também humanos e personalizados (Mota et al., 2020, p. 150), o que implica um ambiente de trabalho cooperativo.

3. Métodos

Nesta secção, apresenta-se o desenho metodológico do estudo, incluindo os critérios de inclusão dos participantes, os instrumentos utilizados para a recolha de dados e os procedimentos adotados. Descreve-se, ainda, a estratégia de análise dos dados e as considerações éticas que orientaram a realização do estudo, garantindo o rigor científico e o respeito pelos princípios éticos da investigação em saúde.

3.1. Desenho do estudo, critérios de inclusão

Foi realizado um estudo de natureza quantitativa, descritiva e correlacional em coorte transversal, tendo sido estudadas as percepções de competências do enfermeiro de ambulância SIV (variável dependente), as variáveis sociodemográficas e profissionais (sexo, habilitações académicas, área de especialidade, tipo de área de especialização, competência acrescida e tipo de competência), o nível de stresse e indicadores de qualidade do ambiente da prática de enfermagem. A população em estudo foram todos os enfermeiros de ambulância SIV de Portugal Continental, com adoção da técnica de amostragem não aleatória por conveniência.

Os critérios de inclusão estabeleceram que os participantes deveriam ser enfermeiros que exercessem funções em ambulâncias SIV em Portugal Continental e que concordassem em participar na investigação e como critérios de exclusão enfermeiros que não desempenhassem funções em ambulâncias SIV em Portugal Continental. A exclusão dos profissionais que exercem esta função nas Ilhas (Madeira e Açores) deve-se ao facto de o INEM ser responsável por coordenar o funcionamento, apenas em Portugal Continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica. Também foram excluídos os enfermeiros que não aceitassem participar no estudo.

3.2. Instrumento de recolha de dados e procedimento metodológico

O instrumento de recolha de dados consistiu num inquérito por questionário com quatro secções (Apêndice V):

I Secção – Questões sociodemográficas e profissionais: sexo, habilitações académicas, área de especialidade, tipo de área de especialização, competência acrescida e tipo de competência;

II Secção - A Escala Competências de Enfermeiro de Ambulância de Camelo & Martins (2022), elaborada a partir da *Ambulance Nurse Competence Scale* de Nilsson et al. (2020), com tradução e adaptação transcultural da escala original para português de Portugal, tendo sido solicitada autorização para aplicação da mesma, com deferimento no dia 18-06-2024. (Apêndice VI)

III Secção – A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond, adaptação e validação para a população portuguesa por Pais-Ribeiro et al. (2004), a quem também foi solicitado pedido de autorização, com parecer favorável em 15-06-2024. (Apêndice VII)

IV Secção – A Escala “Indicadores de Qualidade do Ambiente da Prática de Enfermagem (IQN-WE-PT)” desenvolvida por Chiou-Fen et al. (2016), adaptação e validação para Portugal por Sousa (2021), com obtenção de parecer favorável da autora para a sua utilização no presente estudo em 17-06-2024. (Apêndice VIII).

O instrumento de recolha de dados foi aplicado/disponibilizado *on-line* na plataforma *Google Forms* <https://forms.office.com/r/AJUy3Qd6aQ>, entre o dia 1 e o dia 20 de março de 2025.

3.3. Análise dos dados

A análise quantitativa foi realizada com recurso ao software IBM SPSS Statistics 28. O nível de significância estatística a considerar será $p < 0.05$.

Para a análise inferencial dos dados, realizou-se o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors, cujos resultados são apresentados na Tabela 1. O teste revelou que a distribuição dos dados das dimensões da variável dependente não segue uma distribuição normal ($p < 0,05$) para todas as dimensões avaliadas. Com base nesta análise, concluiu-se que as dimensões da variável dependente não apresentam uma distribuição normal ou próxima de normal. Esta constatação limita a aplicação de técnicas estatísticas paramétricas, que pressupõem a normalidade dos dados. Em decorrência dos dados não se encontrarem normalmente distribuídos, foi necessário recorrer à aplicação de testes não paramétricos, que são mais adequados para este tipo de distribuição. Especificamente, utilizámos o teste U de Mann-Whitney para comparações entre dois grupos independentes e o teste de Kruskal-Wallis para comparações entre três ou mais grupos independentes.

Tabela 1 - Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors

	Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors	
	Estatísticas	p
F1 - Prestação de cuidados de enfermagem	0,257	0,000
F2 - Princípios éticos, deontológicos e jurídicos	0,155	0,002
F3 - Situações de emergência médica, acidente, crise e exceção	0,370	0,000
F4 - Liderança	0,212	0,000
F5 - Supervisão e conduta profissional	0,274	0,000
F6 - Investigação e desenvolvimento profissional	0,117	0,051

4. Considerações éticas

Neste estudo, foi assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados, uma vez que a equipa de investigação comprometeu-se a manter o sigilo profissional. Nenhuma publicação inclui os nomes dos participantes. Estes procedimentos estão em conformidade com a legislação nacional e europeia em vigor, nomeadamente a Lei nº 58/2019, publicada no Diário da República n.º 151/2019, Série I, de 8 de agosto de 2019, e o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados.

A aplicação do instrumento de recolha de dados ocorreu desde o dia 1 ao dia 20 de março de 2025, após parecer favorável da Comissão de Ética do IPV, a 27 de fevereiro de 2025, com a referência N.º 09/SUB/2025 (Apêndice IX). Durante a recolha de dados, foi necessário envolver recursos humanos, incluindo o Enfermeiro Diretor do INEM, que ficou responsável pela distribuição dos questionários aos enfermeiros SIV do INEM, a nível nacional. A recolha dos dados foi feita através de um questionário de autopreenchimento, disponibilizado via *Google Forms*, permitindo que os participantes respondessem *online*.

O processo de recolha de dados seguiu as normas de proteção de dados. Após a recolha, os dados foram retirados da plataforma, sendo feitos *backups* regulares em disco externo, com verificações periódicas de cópias de segurança, incluindo a deteção de vírus e a realização de procedimentos de triagem nos sistemas operacionais dos computadores utilizados. O acesso a sites era controlado através de *Adblock*, que bloqueia páginas de publicidade e *links* inseguros. Após um ano da publicação do estudo, os dados serão destruídos, um procedimento a que o investigador está legalmente obrigado.

5. Resultados

5.1. Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

Os resultados mais relevantes do estudo revelam características sociodemográficas e profissionais de 57 enfermeiros de ambulância SIV em Portugal Continental (Tabela 2).

A maioria dos participantes é do sexo masculino, com 63,2% (n=36) e 36,8% (n=21) do sexo feminino. A média de idade dos participantes é de $39,56 \pm 6,24$ anos, variando entre os 27 e os 55 anos. Relativamente à faixa etária, a distribuição é relativamente equilibrada, com 47,4% dos enfermeiros com menos de 40 anos e 52,6% com 40 anos ou mais, indicando uma diversidade etária entre os profissionais de SIV. Em relação ao tempo de exercício profissional, a média é de 15,82 anos, variando entre 5 e 32 anos, o que demonstra uma experiência significativa na área. O tempo de exercício específico em ambulâncias SIV apresenta uma média de 9,42 anos, com variação entre 1 e 17 anos, o que sugere que os enfermeiros têm uma experiência considerável neste ambiente especializado. A maior parte dos participantes possui mestrado (61,4%, n=35), seguida pela licenciatura (17,5%, n=10) e pós-graduação (8,8%, n=5); 12,3% (n=7) dos enfermeiros possuem Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem na área Médico-Cirúrgica.

No que diz respeito ao tipo de gestão da organização onde trabalham, 96,5% (n=55) dos enfermeiros estão integrados em organizações públicas. Relativamente ao vínculo contratual, 84,2% (n=48) têm contrato de trabalho em função pública. A categoria profissional dos enfermeiros revela que é composta por Enfermeiros (57,9%, n=33), seguido pelos Enfermeiros especialistas (36,8%, n=21) e uma pequena percentagem de Enfermeiros gestores ou equivalentes (5,3%, n=3). Em relação ao tempo de exercício profissional em ambulâncias SIV, 54,4% (n=31) dos enfermeiros têm menos de 10 anos de experiência, enquanto 45,6% (n=26) têm 10 ou mais anos de experiência. A maioria dos enfermeiros (89,5%, n=51) tem horário rotativo. Em relação à competência acrescida diferenciada em emergência extra-hospitalar, 54,4% (n=31) dos enfermeiros afirmam possuir essa competência, enquanto 45,6% (n=26) não a possuem. Quanto à carga horária semanal, a grande maioria dos enfermeiros (98,2%, n=56) tem 35 horas semanais. A localização geográfica dos enfermeiros mostra uma distribuição variada, com a maior parte a trabalhar no Norte (43,9%, n=25), seguido pelo Centro (28,1%, n=16) e Lisboa e Vale do Tejo (14,0%, n=8). As regiões do Algarve (10,5%, n=6) e Alentejo (3,5%, n=2) apresentam uma menor representação.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

Variáveis	n	%
Género		
Feminino	21	36,8
Masculino	36	63,2
Idade		
Média	39,56	
Desvio Padrão	6,248	
Mínimo	27	
Máximo	55	
<40 anos	27	47,4
>=40 anos	30	52,6
Tempo de Exercício Profissional		
Média	15,82	
Desvio Padrão	6,350	
Mínimo	5	
Máximo	32	
<=15 anos	30	52,6
>15 anos	27	47,4
Tempo de Exercício Profissional em ambulâncias SIV		
Média	9,42	
Desvio Padrão	5,644	
Mínimo	1	
Máximo	17	
<10 anos	31	54,4
>=10 anos	26	45,6
Habilitações Académicas		
Licenciatura	10	17,5
Mestrado	35	61,4
Pós-Graduação	5	8,8
Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem (especialidade)	7	12,3
Pós-Graduação		
Cuidados Intensivos	1	1,8
Urgência e Emergência	4	7,0
Pós-Licenciatura de Especialização		
Enfermagem Médico-Cirúrgica	7	12,3
Tipo de Gestão da Organização onde trabalha		
Privada	1	1,8
Pública	55	96,5
Público-Privada	1	1,8
Vínculo Contratual		
Contrato de Trabalho em Função Pública (Funcionário Público)	48	84,2
Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado (CIT)	9	15,8
Categoria Profissional		
Enfermeiro(a)	33	57,9
Enfermeiro(a) especialista	21	36,8
Enfermeiro(a) gestor (ou equivalente/nomeado)	3	5,3
Tipo de horário de trabalho relativo à sua atividade principal		
Fixo, em qualquer dia da semana	3	5,3
Flexível, não previsível	3	5,3
Rotativo, em qualquer dia da semana	51	89,5
Possui competência acrescida diferenciada em emergência extra-hospitalar		
Não	26	45,6
Sim	31	54,4
Carga horária semanal de trabalho normal contratada relativa à sua atividade		
35 horas semanais	56	98,2
Outras Quantas Horas?		
60 horas	1	1,8
Localização Geográfica da Organização		
Alentejo	2	3,5
Algarve	6	10,5
Centro	16	28,1
Lisboa e Vale do Tejo	8	14,0
Norte	25	43,9

5.2. Competências de Enfermeiro de Ambulância

Para permitir uma melhor interpretação e comparação entre os seis fatores da Escala de Competências do Enfermeiro de Ambulância, os scores brutos dos referidos fatores foram convertidos para a mesma ordem de grandeza, numa escala de zero (0) a cem (100). Para tal, foi utilizada a seguinte fórmula: $(\text{score bruto do fator} - \text{valor mínimo} / \text{amplitude}) * 100$, sendo que o score bruto corresponde à soma de todos os itens pertencentes ao fator e a amplitude refere-se à diferença entre os valores mínimo e máximo da escala, seguindo-se as recomendações de Camelo e Martins (2022).

O Fator 3 - Situações de emergência médica, acidente, crise e exceção teve o maior score (84,83%), indicando que os enfermeiros de Ambulância SIV se sentiram mais competentes nesta área. O Fator 6 - Investigação e desenvolvimento profissional obteve o menor score (65,88%), sugerindo que a área de pesquisa e desenvolvimento ainda apresenta uma necessidade acrescida de melhoria. A diferença entre os fatores mais elevados (F3 e F5) e os mais baixos (F6 e F4) indica a necessidade de foco em áreas como liderança e investigação, que podem necessitar de mais desenvolvimento e suporte para os enfermeiros (Tabela 3).

Tabela 3 - Scores para cada fator das Competências de Enfermeiro de Ambulância

Fatores	Score normalizado (%)
F1 - Prestação de cuidados de enfermagem	71,1±28,07
F2 - Princípios éticos, deontológicos e jurídicos	71,6±21,51
F3 - Situações de emergência médica, acidente, crise e exceção	84,83±26,03
F4 - Liderança	66,86±22,93
F5 - Supervisão e conduta profissional	82,5±22,46
F6 - Investigação e desenvolvimento profissional	65,88±20,01

5.3. Níveis de depressão, ansiedade e stresse

Os níveis de depressão, ansiedade e stresse foram avaliados através da EADS de 21 itens de Lovibond e Lovibond, como se apresenta na Tabela 4. Os resultados revelam que a média de depressão entre os enfermeiros foi de $1,75 \pm 2,68$, o que indica uma grande variação nas respostas. O valor mínimo foi 0, e o máximo alcançou 14; a média de ansiedade foi de $2,19 \pm 2,61$, também refletindo variação nas respostas, com um mínimo de 0 e o máximo de 10; o nível médio de stresse foi de $3,37 \pm 2,57$, o que indica uma variação moderada nos níveis de stresse entre os enfermeiros, com um mínimo registrado de 0, e o máximo de 8. Esses resultados sugerem que, embora as médias de depressão, ansiedade e stresse sejam relativamente baixas, a grande variação nos valores do desvio padrão indica

que esses fatores emocionais podem afetar os enfermeiros de forma muito diferente entre si.

Tabela 4 - Níveis de depressão, ansiedade e stresse

Dimensões	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Depressão	1,75	2,68	0	14
Ansiedade	2,19	2,61	0	10
Stresse	3,37	2,57	0	8

5.4. Qualidade do ambiente da prática de enfermagem

A Tabela 5 apresenta os resultados obtidos nos Indicadores de Qualidade do Ambiente da Prática de Enfermagem (IQN-WE-PT), adaptados e validados para Portugal por Sousa (2021), com base no modelo original de Chiou-Fen et al. (2016). Os indicadores refletem diferentes aspetos do ambiente de trabalho dos enfermeiros. Os resultados da qualidade do ambiente da prática de enfermagem mostram variações significativas entre os diferentes indicadores, sendo o valor mais elevado “Suporte à equipa e desenvolvimento profissional” ($42,77 \pm 7,97$), indicando uma considerável variação nas respostas, com valores a variar entre 20 e 64. O indicador com o valor mais baixo foi o “Ambiente de trabalho seguro em enfermagem” ($15,30 \pm 4,30$), sugerindo que a perceção dos enfermeiros sobre a segurança no ambiente de trabalho é relativamente baixa, com valores a oscilar entre 7 e 25. Os outros indicadores, como “Organização e gestão da equipa”, “Sistemas de informação e controlo de riscos” e “Remuneração”, refletem variações moderadas entre as respostas, com as médias variando entre 18,96 e 32,46.

Tabela 5 - Resultados da qualidade do ambiente da prática de enfermagem

Indicadores	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Suporte à equipa e desenvolvimento profissional	42,77	7,97	20	64
Organização e gestão da equipa	32,46	6,61	18	48
Ambiente de trabalho seguro em enfermagem	15,30	4,30	7	25
Sistemas de informação e controlo de riscos	20,30	4,06	8	28
Remuneração	18,96	3,85	9	26

5.5. Relação entre as variáveis sociodemográficas e as Competências do Enfermeiro de Ambulância

A Tabela 6 apresenta a relação entre as variáveis sociodemográficas e as dimensões da Competência de Enfermeiro de Ambulância SIV. Após análise dos resultados, destaca-se que, em termos de significância estatística, nenhuma variável apresenta uma diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$). Verificam-se ordenações médias mais elevadas entre

os enfermeiros masculinos, com licenciatura/PG, com menos de 10 anos de experiência no SIV e com competências acrescidas. Isto indica que estes fatores podem estar associados a uma percepção mais elevada das competências, particularmente nas dimensões de *Liderança e Investigação e desenvolvimento profissional*. Contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas, o que sugere que, embora existam algumas tendências, os fatores sociodemográficos não têm um impacto substancialmente relevante nas competências dos enfermeiros de ambulância.

Tabela 6 - Relação entre as variáveis sociodemográficas e as dimensões das Competências de Enfermeiro de Ambulância

Variáveis	Fatores					
	F1 - Prestação de cuidados de enfermagem	F2 - Princípios éticos, deontológicos e jurídicos	F3 - Situações de emergência médica, acidente, crise e exceção	F4 - Liderança	F5 - Supervisão e conduta profissional	F6 - Investigação e desenvolvimento profissional
	OM	OM	OM	OM	OM	OM
Sexo						
Feminino	29,76	28,31	27,43	24,40	26,64	24,24
Masculino	28,56	29,40	29,92	31,68	30,38	31,78
(p)	0,788	0,808	0,521	0,095	0,380	0,095
Habilitações						
Licenciatura / PG	33,90	32,23	28,67	29,33	31,40	30,17
Mestrado / PE	27,25	27,85	29,12	28,88	28,14	28,58
(p)	0,176	0,374	0,915	0,925	0,484	0,749
Tempo de experiência em SIV						
<10 anos	30,56	30,03	28,24	31,06	29,55	29,85
≥10 anos	27,13	27,77	29,90	26,54	28,35	27,98
(p)	0,430	0,604	0,658	0,284	0,770	0,668
Competências acrescidas						
Não	29,62	30,38	26,63	29,83	29,25	26,85
Sim	28,48	27,84	30,98	28,31	28,79	30,81
(p)	0,795	0,560	0,247	0,719	0,911	0,365

5.6. Relação entre as competências com o ambiente da prática de cuidados e o nível de stresse vivenciado pelo enfermeiro de ambulância SIV

Os resultados das correlações de Spearman realizadas revelaram que existe uma correlação negativa significativa entre a depressão, ansiedade e stresse para vários fatores que constituem as competências dos enfermeiros de ambulância SIV. Em particular, os fatores: *Prestação de cuidados de enfermagem*, *Princípios éticos, deontológicos e jurídicos*, *Situações de emergência médica, acidente, crise e exceção* e *Supervisão e conduta profissional* apresentaram coeficientes negativos fortes (-0,383, -0,487, -0,348 e -0,285, respetivamente), sendo que todos estes valores resultaram em significância estatística ($p < 0,05$), o que indica que, à medida que a depressão, ansiedade e stresse aumentam,

também tende a aumentar uma menor autopercepção das competências. As correlações entre o *Suporte à equipa e desenvolvimento profissional* e a *Organização e gestão da equipa* mostraram que, de forma geral, existe uma correlação positiva significativa entre os dois fatores, sugerindo que um maior suporte está associado a uma melhor organização e a uma autopercepção positiva das suas competências em ambulância SIV. Constatou-se também uma correlação positiva significativa entre a *Remuneração* e os *Sistemas de informação e controlo de riscos para a Prestação de cuidados de enfermagem, Princípios éticos, deontológicos e jurídicos* e *Supervisão e conduta profissional*. O Fator 2: *Princípios éticos, deontológicos e jurídicos* destacou-se com um coeficiente de correlação forte (0,474, $p=0,000$), seguido pelo Fator 5: *Supervisão e conduta profissional* (0,405, $p=0,002$), ambos com significância estatística, sugerindo que um melhor sistema de trabalho está associado a maior remuneração e a uma melhor autopercepção das referidas competências.

6. Discussão

O estudo tem como objetivo verificar a existência de relação entre as competências do enfermeiro de Ambulâncias SIV com o ambiente da prática de cuidados e o nível de stresse vivenciado pelos participantes. Numa amostra composta maioritariamente por homens, com uma média de idade de 39,56 anos, com tempo de exercício profissional de 15,82 anos, uma média de tempo específico em ambulâncias SIV de 9,42 anos, a maioria dos enfermeiros com mestrado, integrados em instituições públicas, com contrato de trabalho em função pública e a desempenharem funções de Enfermeiro, as competências mais percecionadas foram “Situações de emergência médica, acidente, crise e exceção” (F3) (84,83%), indicando que os enfermeiros se sentem mais competentes nesta área. A “Investigação e desenvolvimento profissional” (F6) (65,88%) foi aquela que os enfermeiros percecionaram como a área de menor competência, sugerindo ser uma área com maior necessidade de formação. Resultados análogos aos encontrados por Camelo (2022). Wihlborg et al. (2016), no seu estudo, tendo em conta a realidade sueca de enfermeiros de Ambulância SIV, referem que o desenvolvimento da competência foi fortemente afetado pela capacidade e possibilidade de refletir sobre a prática a nível profissional e pessoal, particularmente em cooperação com os colegas. As experiências e as capacidades de comunicação são consideradas decisivas em situações clínicas difíceis. A forma como os enfermeiros percecionaram a sua própria competência está intimamente ligada aos resultados obtidos em cada caso de doente crítico.

Quanto aos níveis de depressão, ansiedade e stresse, os resultados mostram médias relativamente baixas, mas com grande variação entre os participantes. A média de depressão foi de 1,75, a de ansiedade de 2,19 e a de stresse de 3,37, com variações significativas entre os valores máximos e mínimos, o que sugere que esses fatores emocionais afetam os enfermeiros de maneira diferente. Um estudo realizado por Sabbaghi et al. (2022) mostrou que o nível médio de depressão, ansiedade e stresse em enfermeiros a exercer funções no pré-hospitalar foi significativo ($p < 0,001$). Face a estes resultados, assume-se ser particularmente crucial dar prioridade à gestão do bem-estar físico e mental dos enfermeiros de ambulância SIV, que atuam em contextos que envolvem elevados níveis de stresse e condições desafiantes. Como salientam Ferkai et al. (2024), espera-se que estes profissionais de saúde tenham um desempenho excepcional em todos os momentos, muitas vezes em situações críticas e de risco de vida, mas é necessário que tenham condições para prestar cuidados. Através de uma formação contínua, devem manter os seus conhecimentos especializados e possuir competências como a criatividade, a empatia, a paciência e a capacidade de comunicar eficazmente com as PSC e familiares e os

colegas. Durante o exercício das suas funções, estão frequentemente expostos a situações e visões psicologicamente angustiantes, uma vez que trabalham com doentes em estado crítico, o que os expõe a pressões emocionais, cognitivas e físicas acrescidas, podendo resultar em vários resultados adversos, tais como dificuldades em gerir a comunicação e a angústia, síndrome de *burnout* e conflitos na vida pessoal (Fadel et al., 2023). As implicações da constante rotação de turnos no bem-estar dos profissionais de saúde são significativas e preocupantes. Este fenómeno é cumulativo, tornando-se um fator crucial nas elevadas taxas de desgaste observadas no pré-hospitalar. A gestão da referida exposição acrescida ao stresse requer fatores internos e externos, que variam de pessoa para pessoa. Estudos anteriores centraram-se predominantemente em enfermeiros que não prestam cuidados de emergência para avaliar a questão. No entanto, é igualmente imperativo avaliar esta questão do ponto de vista daqueles que exercem em ambulância SIV. Esta abordagem permitirá obter uma compreensão mais abrangente da situação e facilitar o desenvolvimento de soluções práticas.

Em relação ao ambiente de trabalho, o facto de o indicador “Suporte à equipa e desenvolvimento profissional” ter a média mais alta (42,77), sugere que os enfermeiros percebem o seu ambiente de trabalho como relativamente positivo no que respeita à colaboração entre a equipa e ao suporte no seu desenvolvimento profissional. Estes dados estão em conformidade com as evidências recentes que destacam como sendo um fator relevante para a satisfação no trabalho e para a melhoria do desempenho profissional (Hogan, et al., 2019; Ferkai et al., 2024). Segundo os estudos de Kourmoussi et al. (2020) e Lee et al. (2019), ambientes de trabalho colaborativos e com suporte para o desenvolvimento contínuo são cruciais para a motivação e o bem-estar dos profissionais de saúde, contribuindo para uma maior eficácia na prestação de cuidados à PSC e sua família. A valorização do suporte à equipa pode também refletir uma maior coesão entre os membros da equipa e uma perceção de que o ambiente de trabalho contribui para o crescimento profissional (Lee et al., 2019; Kourmoussi et al., 2020).

Por outro lado, o indicador “Ambiente de trabalho seguro em enfermagem”, com a média mais baixa (15,30), indica uma perceção negativa sobre a segurança no ambiente de trabalho, o que é preocupante. Ou seja, este resultado pode espelhar as dificuldades na gestão da segurança e nas condições de trabalho no contexto de ambulância SIV. A segurança no ambiente de trabalho é um fator substancial para a saúde mental e física dos enfermeiros e está diretamente relacionado com a qualidade da assistência prestada à PSC e família. A falta de segurança pode resultar em níveis elevados de stresse, ansiedade e *burnout*, conforme evidenciado em estudos de Aiken et al. (2021) e Zhao et al. (2020), que

encontraram uma associação significativa entre os ambientes de trabalho inseguros e os níveis mais elevados de stresse e a diminuição da qualidade de vida.

A análise das variáveis sociodemográficas em relação às competências dos enfermeiros de ambulância SIV revelou que, embora existam tendências, como médias mais elevadas entre os enfermeiros do sexo masculino, com licenciatura/PG, menos de 10 anos de experiência no SIV e possuir competências acrescidas, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$). Tal sugere que, embora alguns fatores sociodemográficos possam estar associados a uma autopercepção mais elevada das suas competências, tais fatores não têm uma influência substancialmente relevante na autopercepção das competências dos enfermeiros estudados. Os resultados indicam ainda que a saúde mental, avaliada através dos níveis de ansiedade, stresse e depressão, e o apoio organizacional são fatores chave para a autopercepção das competências dos enfermeiros de ambulância SIV e, que sistemas de trabalho eficazes e uma remuneração adequada podem contribuir significativamente para o seu bem-estar e desempenho profissional. Tawfik et al. (2019) e Dyrbye et al. (2020), ao estudarem a saúde mental dos enfermeiros, especialmente no contexto da emergência pré-hospitalar com altos níveis de pressão, constaram que há um impacto direto na autopercepção das suas competências. A ansiedade, o stresse e a depressão são fatores que podem afetar negativamente a forma como os enfermeiros se autopercecionam, podendo, inclusive, comprometer a sua autoconfiança e eficácia no desempenho das suas funções. Estes resultados corroboram as conclusões de Stewart et al. (2021), que destaca a relação entre elevados níveis de stresse e a diminuição da autopercepção da competência profissional de enfermeiros a exercerem em ambiente pré-hospitalar.

Importa ainda salientar que o apoio organizacional, na amostra estudada de enfermeiros de ambulância SIV, surge como um fator chave para a autopercepção positiva das competências, o que reforça a literatura que sugere que ambientes de trabalho com forte suporte organizacional, quer no que respeita à formação quer no que concerne ao apoio emocional, contribuem para um melhor desempenho profissional e um maior bem-estar (Roche et al., 2020). O suporte da equipa e da gestão organizacional parece ser fundamental para criar condições em que os enfermeiros se sintam valorizados e aptos a exercer a sua profissão com confiança (Stewart et al., 2021; Aiken, et al., 2021; Ferkai et al., 2024). Apurou-se que os sistemas de trabalho eficazes e uma remuneração adequada foram indicadores apontados como contributos significativos para o bem-estar e desempenho profissional dos enfermeiros. Estudos de Mărcuț et al. (2020) e Pezaro et al. (2021) indicam que um sistema de trabalho eficiente, aliado a uma remuneração justa, tem

um impacto positivo na saúde mental dos enfermeiros e na sua motivação, refletindo-se diretamente na qualidade dos cuidados prestados e na sua auto percepção das competências.

7. Limitações

O estudo apresenta algumas limitações que foram consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, a amostra reduzida de enfermeiros de ambulância SIV pode limitar a generalização dos resultados para toda a população de enfermeiros a desempenhar funções neste meio em Portugal Continental. Tem de se ter também em consideração o facto de haver maior representatividade de participantes da região Norte de Portugal, o que pode introduzir um viés geográfico, uma vez que as realidades de outras regiões nacionais não estão tão representadas. Outra limitação consiste no facto de se tratar de autoavaliações para avaliar as competências dos enfermeiros, ou seja, este método pode igualmente levar a viés de respostas, afetando a precisão dos dados recolhidos. Acresce referir que, por se tratar de um estudo transversal, o mesmo não permitiu estabelecer relações de causalidade entre as variáveis analisadas, limitando as conclusões a um único momento temporal. Todavia, o trabalho investigativo desenvolvido permitiu um conhecimento mais efetivo sobre o fenómeno estudado e com implicações para a futura prática profissional.

8. Implicações para a prática profissional

Lidar com os stresses e os desafios únicos que os enfermeiros de ambulância SIV se deparam diariamente implica dar mais atenção a este grupo profissional. Neste contexto, é necessário promover-se mais formação contínua aos enfermeiros que exercem funções em contexto extra-hospitalar, com recurso, por exemplo, à simulação clínica, o que pode maximizar as suas competências e dar-lhes maior estabilidade emocional. Os programas de formação com recurso à simulação clínica aumentam a confiança dos enfermeiros na assistência ao doente crítico, ou seja, esta pode ser reforçada através da obtenção de experiência. Será também uma mais-valia a existência de um *debriefing* estruturado, depois da prestação de cuidados aos doentes transportados em ambulâncias de SIV. O *debriefing* é, assim, uma prática essencial que possibilita refletir sobre o ocorrido durante uma intervenção, identificar pontos fortes e áreas de melhoria, bem como garantir que as “lições” aprendidas sejam aplicadas de forma contínua. O *debriefing* estruturado é, desde há muito, uma componente integral das práticas de segurança de rotina em ambientes de alto risco, como é um contexto de prática de cuidados numa ambulância SIV. Os organismos internacionais de cuidados de saúde recomendam o *debriefing* clínico de rotina, defendendo a sua utilização após procedimentos invasivos, após a reanimação, em ambientes de emergência extra-hospitalar e, em geral, como estratégia para melhorar o desempenho

clínico. Por conseguinte, reforça-se que os *debriefings* estruturados de equipas interprofissionais facilitam as intervenções de liderança e aumentam o apoio dos pares e a resiliência durante os desafios em contexto de emergência extra-hospitalar.

Conclusão

O presente estudo permitiu identificar uma relação relevante entre a autopercepção das competências dos enfermeiros de Ambulância SIV, o ambiente da prática de cuidados e os níveis de stresse vivenciados. Verificou-se que as áreas de intervenção em situações de emergência foram percebidas como as mais fortes, enquanto a investigação profissional representou um ponto frágil. Os níveis de stresse e de ansiedade, bem como o suporte organizacional revelaram-se fatores determinantes na forma como os enfermeiros da amostra estudada avaliaram as suas competências.

Estes resultados reforçam a necessidade de estratégias institucionais que promovam ambientes seguros, apoio contínuo e valorização profissional, com impacto direto no bem-estar e na qualidade dos cuidados prestados.

Referências Bibliográficas

- Bäckström, D., & Alvinus, A. (2024). Physicians' challenges when working in the prehospital environment: A qualitative study using grounded theory. *International Journal of Emergency Medicine*, 17(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12245-024-00599-0>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.
- Birkedal, H. C., Larsen, M. H., Steindal, S. A., & Solberg, M. T. (2021). Comparison of two behavioural pain scales for the assessment of procedural pain: A systematic review. *Nursing Open*, 8(5), 2050–2060. <https://doi.org/10.1002/nop2.714>
- Bohström, D., Carlström, E., & Sjöström, N. (2017). Managing stress in prehospital care: Strategies used by ambulance nurses. *International Emergency Nursing*, 32, 28–33. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.08.004>
- DGS (2022) Norma Clínica: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Direção Geral Da Saúde.
- DGS (2022b) Norma Clínica: 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Direção Geral Da Saúde.
- Norma Clínica: 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central Direção Geral Da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/médico-cirurgica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Parecer N.º 15/2018. Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva. (1-4). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecern%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicinaintensiva.pdf
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J. J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2017). Rede nacional de especialidade hospitalar e de referência - medicina intensiva. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-MedicinaIntensiva.pdf>
- Amaral, G. & Figueiredo, A.S. (2021). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. Revista de Enfermagem Referência, 5 (5), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20036>
- Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: II série, n.º 153/2014. Pp. 20673 - 20678. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho Normativo no 11/2002, de 6 de março de 2002. Diário da República n.º 55/2002, Série I-B de 2002-03-06. Acedido em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/55-2002-119377>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma n.º 015/2017: Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/07/13/via-verde-doacidentevascular-cerebral-no-adulto>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Prevenção da Transmissão de Enterobacteriaceas Resistentes aos Carbapenemos em Hospitais de Cuidados Agudos (1rd digital ed.). DGS. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2018). Norma n.º 002/2018: Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-ereferenciacao-interna-imediate.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Plano Nacional de Combate à Resistência aos Antimicrobianos 2019-2023: âmbito do conceito “uma só saúde”. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/10/22/resistencia-aos-antibioticos-paraaprender-na-escola>

- Escola Superior de Saúde de Viseu (2024). *Guia Orientador dos Estágios - 1º CMEMC-EPSC*. Viseu: ESSV IPV.
- Mota, M., Cunha, M., & Santos, M. R. (2020). O enfermeiro no pré-hospitalar: cuidar para a cura. *Millenium*, 2(ed espec nº5), 147-152. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0205e.14.00333>
- Netto, L.; Silva, K. L. & Rua, M. dos S. (2018). Reflective practice and vocational training: theoretical approaches in the field of Health and Nursing. *Escola Anna Nery*, 22(1), 12– 17. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0309>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/médico-cirurgica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros Aviso n.º 3917/2021, de 3 de março de 2021. *Diário da República*, 2.ª série. Parte B. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22027/aviso-n%C2%BA-39172021-di%C3%A1rio-da-rep%C3%BAblica-n%C2%BA-432021-s%C3%A9rie-ii-de-2021-03-03.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). DOR – Guia Orientador de Boa Prática. Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosodor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-cirúrgico: na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidadeemc_rev.pdf

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, n.º 26/2019. páginas 4744 - 4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ventura-Silva, J.; Martins M.; Trindade, L.; Ribeiro, O. & Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. Journal Health NPEPS 6 (2), 278-295. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>

Apêndices

Apêndice I – Estudo de Caso do Serviço de Urgência

A realização deste estudo de caso é um objeto de aprendizagem relativa à aquisição de Competências em EMC-EPSC, plasmando o desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte da qualidade e melhoria contínua.

Para a realização deste trabalho direcionei a minha atenção para o caso clínico em concreto: A.R., sexo masculino, com 79 anos de idade. Admitido na SE por quadro de dispneia marcada + palidez + diaforese. Doente com monitorização cardíaca, O2 por MAC a 15 L/min, 2 acessos periféricos 18G.

À avaliação: A – Via aérea permeável; B – Polipneico, com sinais de SDR; uso de músculos acessórios; SPO2=85%; C – Hipertenso (TA=150/90 mmHg); Taquicárdico (FC=180 bpm); pulsos periféricos filiformes; pele pálida e suada; TPC » 2 s; D – GCS 12 (O3V4M5); Pupilas isocóricas e issoreativas; Normoglicémico (BM=135 mg/dL); E – Apirético (T=36,4°C).

Após monitorização eletrocardiográfica, apresenta taquidisritmia – Fibrilhação Auricular, com critérios de gravidade. Realizada cardioversão elétrica, com energia de 100J, com reversão a ritmo sinusal.

Relativamente à terapêutica administrada, realizou 3cc de morfina EV + 3 cc de midazolam EV + 60 mg furosemida EV.

Colocado em posição de Fowler.

Conectado a VNI - CPAP, com boa tolerância do doente e melhoria do estado geral.

Colocada sv ch16 com urimeter para controlo de débito urinário.

Após a exposição da situação assistencial e tendo em conta a competência em que a mesma se insere, salienta-se que a pessoa submetida a VNI, em contexto de doença aguda, consiste na PSC, que “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19362). Como tal, os cuidados de enfermagem são altamente qualificados, cuja finalidade é manter as suas funções vitais, prevenir complicações e limitar as incapacidades.

Os focos identificados foram recolhidos através do ICNP Browser (2019) e apresentados por ordem dos respetivos códigos.

Foco 1 – **VENTILAÇÃO** (10020704): “Processo do sistema respiratório: deslocar o ar para dentro e para fora dos pulmões com frequência e ritmo respiratórios determinados; profundidade inspiratória e força expiratória”.

Foco 2 – **DOR** (10013950) - “Perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção”.

Mediante os resultados dos focos identificados anteriormente, identificam-se agora os diagnósticos de enfermagem referentes a cada um dos focos, tendo sido os mesmos recolhidos no ICNP Browser (2019).

1 – Ventilação: **Ventilação comprometida.**

2 – Dor: **Perceção comprometida.**

Tendo como ponto de partida os recursos dos diagnósticos identificados, procede-se à identificação das intervenções de enfermagem referentes a cada um deles, as quais também foram recolhidas através do ICNP Browser (2019).

1 – VENTILAÇÃO COMPROMETIDA:

- **Avaliar evolução da ventilação;**
- **Posicionar para otimizar a ventilação.**

A VNI é um tratamento padrão para PSC com insuficiência respiratória, no caso dispneia marcada. Mediante a situação assistencial em análise, a VNI é uma técnica ventilatória muito utilizada e acerca da mesma os enfermeiros têm vindo progressivamente a deter autonomia e destaque (Michel et al., 2023). Por conseguinte, é fundamental que a equipa de enfermagem possua conhecimentos quer acerca da sua utilização, quer como definir, avaliar e monitorizar as intervenções adaptadas a cada PSC (Tsukuda et al., 2023). Demonstrar competências e profissionalismo assume-se como fator-chave para a promoção do bem-estar holístico da PSC em VNI. A decisão de iniciar a VNI exige competências, com avaliações repetidas e uma cuidadosa determinação dos riscos e benefícios. As competências específicas para a prática de enfermagem à PSC em VNI

incluem o conhecimento dos ventiladores, técnicas para prevenção de complicações e previsão de risco para uma gestão segura (Tsukuda et al., 2023). Neste pressuposto, para aplicarem a VNI os enfermeiros necessitam de: explicar todo o procedimento à PSC, informando-a acerca dos objetivos terapêuticos do tratamento; posicionar a PSC com a cabeceira superior a 30 graus, numa posição confortável de forma que lhe possibilite melhorar a expansão torácica; escolher a interface que se encontra disponível e que melhor se adequa à PSC, bem como realizar a montagem do circuito ventilatório e interface no dispositivo elegido; ligar o ventilador e apurar a sua funcionalidade; adaptar progressivamente a máscara à PSC, sem nunca descurar a adaptação da pessoa; realizar o ajuste do arnés de forma descendente, simétrica e coordenadamente, tendo sempre em conta que deve evitar a pressão excessiva; monitorizar eletrocardiograma, frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória, saturação periférica de oxigénio, estado de consciência e parâmetros ventilatórios; monitorizar o excesso das fugas e pressões elevadas nas vias aéreas, com respetivo reajustamento caso seja preciso; avaliar o sucesso da VNI, com recurso a gasometrias; avaliar as possíveis complicações resultantes da VNI, nomeadamente a retenção de secreções e a distensão abdominal; vigiar lesões cutâneas nos locais de pressão e se houver necessidade e disponibilidade realizar a alternância de interface e/ou aplicar dispositivos de proteção de tais zonas.

2 – DOR:

Perceção comprometida.

A dor consiste numa “experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano real ou potencial ao tecido, ou descrita em termos de tal dano” (Raja et al., 2020, p.1). Para alertar e sensibilizar os profissionais de saúde para a relevância máxima de realização da avaliação e registar a dor, uma prioridade major na prestação de cuidados, independentemente da área de atuação, em 2003, a DGS emitiu a Circular Normativa nº 09, segundo a qual a dor é o “5º sinal vital”, cuja gestão se configura como um direito do doente, um dever do profissional e um passo capital para a tão exigida e requerida humanização dos cuidados de saúde (DGS, 2003). Não obstante e tendo em conta que uma das competências do EEEMC na área da PSC consiste em cuidar “da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”, é essencial uma “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas” (OE, 2018, p. 19369, p. 19363). Por conseguinte, é um dever do enfermeiro realizar a identificação das alterações fisiológicas, emocionais e que possam resultar em mal-estar; revelar conhecimento acerca do bem-estar físico, psicossocial e espiritual nos cuidados prestados à PSC; garantir sistematicamente a gestão da dor com recurso a estratégias farmacológicas e não farmacológicas. Todo este processo

tem implícito o recurso a escalas adequadas. A avaliação da dor em doentes em estado crítico e em VNI é uma tarefa difícil. Mas, sendo a dor o “5º sinal vital”, esta não pode passar despercebida. A taquicardia e a hipertensão como medidas substitutas da dor não são fiáveis, uma vez que são afetadas por múltiplos fatores. A avaliação da gestão sistemática da dor configura-se como um dos fatores-chave para a promoção do conforto da PSC em VNI e uma medida fundamental para prevenir complicações, a curto e a longo prazo.

Referências Bibliográficas

- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2003). Circular normativa n.º 9/DGCG: A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017). Norma DGS nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção Geral Da Saúde, 8. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017). Programa nacional para a prevenção e controlo da dor. DGS. https://www.aped-dor.org/documentos/DGSPrograma_Nacional_Preven_Controlo_da_Dor_2017.pdf
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2018) Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos [PPCIRA]. (2018). Infeções e Resistências ao Antimicrobianos: relatório anual do Programa Prioritário 2018. Direcção-Geral da Saúde.
- Havaldar AA. Pain Assessment in Intensive Care Unit: A Forgotten Entity or a Quality Indicator? Indian J Crit Care Med. 2022 Summer;26(4):419-420. doi: 10.5005/jp-journals-10071-24191.
- ICNP. (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem®, Versão 2019. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Michels JD, Meis J, Sturm N, Bornitz F, von Schumann S, Weis A, Neetz B, Bentner M, Forstner J, Litke N, Wensing M, Erdmann S, Grobe T, Frerk T, Kempa A, Neurohr C, Schneider A, Müller M, Herth FJF, Szecsenyi J, Trudzinski FC; PRiVENT-Study Group. Prevention of invasive ventilation (PRiVENT)-a prospective, mixed-methods interventional, multicentre study with a parallel comparison group: study protocol. BMC Health Serv Res. 2023 Mar 30;23(1):305. doi: 10.1186/s12913-023-09283-0
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018a). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em

situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2.^a série, n.º 135, 19359- 19370. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018b). Parecer n.º 15/2016. Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviço de Medicina Intensiva. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. pp. 1-4.

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Tsukuda M, Fukuda A, Shogaki J, Miyawaki I. Validity and Reliability of a Short Form of the Questionnaire for the Reflective Practice of Nursing Involving Invasive Mechanical Ventilation: A Cross-Sectional Study. *Nurs Rep*. 2023 Sep 1;13(3):1170-1184. doi: 10.3390/nursrep13030101.

Apêndice II - Guia de Preparação e Administração de Terapêutica da Sala de Emergência da ULSVDL

Fármaco	Grupo Farmacológico	Indicação	Via de Administração	Reconstituição	Administração	Incompatibilidades
<p>Acetilcisteína (mucolítico) Fluimucil 10% 300 mg/3 ml Solução injetável</p>	Expetorantes	-Adjuvante mucolítico do tratamento antibacteriano das infecções respiratórias, em presença de hipersecreção brônquica.	Tópica – Inalatória Parentérica: IM e IV	Solução injetável pronta	<p>IV – Direta (em 3-5 min) IV – Intermitente (diluir em 50-100 ml SG5%, administrar 15-30 min) IV – Continua (diluir a dose prescrita em 500 ml de SG5%)</p>	-A acetilcisteína não deve ser misturada com outros medicamentos.
<p>Acetilcisteína (antídoto) Fluimucil 20% 2g/10 ml Solução injetável</p>	Medicamentos usados no tratamento de intoxicações	-Intoxicação por Paracetamol.	Parentérica: IV	Solução injetável pronta	<p>IV – Intermitente (150 mg/Kg:0,75/Kg diluídos em 200 ml de SG5%, administrar em 15 min) e IV - Continua (50 mg/Kg:0,25/Kg, diluídos em 500 ml de SG5%, infusão de 4H. Continuação: 100 mg/Kg:0,50/Kg diluídos em 1000 ml de SG5%, infusão de 16H)</p>	-A acetilcisteína não deve ser misturada com outros medicamentos.
<p>Acetilsalicilato de Lisina Frasco em pó – 900 mg de acetilsalicilato de lisina correspondem a 500 mg de ácido acetilsalicílico. 1800 mg de acetilsalicilato de lisina correspondem a 1000 mg de ácido acetilsalicílico.</p>	Analgésicos e antipiréticos	<p>-Tratamento de curta duração de dores intensas;</p> <p>-Tratamento de reumatismos inflamatórios;</p> <p>-Tratamento sintomático da febre, quando a administração por via oral não é possível.</p>	Parentérica: IM e IV	Dissolver o conteúdo do frasco com os 5 ml de água para preparações injetáveis contidos na ampola.	<p>IV – Direta (lentamente) IV – Intermitente (diluir em 100-200 ml de SF 0,9%, SG5% ou sorbitol, administrar no máximo em 2h)</p>	-Este medicamento não deve ser misturado com outros medicamentos.

<p>Ácido Tranexâmico 500 mg/5 ml Solução injetável</p>	<p>Hemostáticos</p>	<p>-Prevenção e tratamento de hemorragias devido a fibrinólise localizada ou generalizada em adultos e crianças a partir de 1 ano de idade.</p>	<p>Parentérica: IV</p>	<p>Solução injetável pronta</p>	<p>IV – Direta (lentamente) em cerca de 5 min, 100mg/min IV – Intermitente (diluir em 50-100 ml de SF 0,9%, SG5%, administrar em 30-60 min) IV – Contínua (diluir a dose prescrita em SF 0,9%, SG5%)</p>	<p>-Este medicamento não deve ser misturado com outros medicamentos.</p>
<p>Adenosina 6mg/2 ml Solução injetável</p>	<p>Antiarrítmicos</p>	<p>-Rápida conversão para ritmo sinusal normal das TSV.</p>	<p>Parentérica: IV</p>	<p>Solução injetável pronta</p>	<p>IV - Direta Administrar a dose prescrita em 2 segundos seguida de lavagem rápida com SF</p>	<p>-Não deve ser misturado com outros medicamentos.</p>
<p>Adrenalina 1mg/1ml Solução injetável</p>	<p>Simpaticomiméticos</p>	<p>-Tratamento de urgência do choque anafilático, angioedema e paragem cardíaca.</p>	<p>Parentérica: IV, IM, SC e Intracardiaca</p>	<p>Solução injetável pronta</p>	<p>IV – Direta (diluir a ampola em 9 ml SF 0,9% ou APPI e administrar em 5-10 min) IV – Intermitente (diluir em 100-250 ml de SF 0,9% ou SG5%, administrar numa velocidade de 1-4 mcg/min IV – Contínua (diluir a dose prescrita em 250-500 ml de SF 0,9% ou SG5%, administrar numa velocidade de 1-4 mcg/min) IM</p>	<p>-É incompatível com os sais de ferro e agentes oxidantes.</p>
<p>Alfentanilo 25 mg/50 ml Solução injetável</p>	<p>Analgésicos estupefacientes</p>	<p>-Suplemento analgésico para a indução de anestesia; -Adjuvante na manutenção de anestesia geral.</p>	<p>Parentérica: IV</p>	<p>Solução injetável pronta</p>	<p>IV - Utilização como agente de indução: Um bólus intravenoso com dose de 120 microgramas/kg (17 ml/70 kg). Perfusão de alfentanilo a uma velocidade de 1 micrograma/kg/minuto (0,14 ml/70 kg/minuto)</p>	<p>-Este medicamento não pode ser misturado com outros medicamentos.</p>

<p>Alteplase</p> <p>- 20 mg (1 frasco para injetáveis com 933 mg de pó para solução injetável e perfusão 1 frasco para injetáveis com 20 ml de água para preparações injetáveis 1 sistema de transferência)</p> <p>- 50 mg (1 frasco para injetáveis com 2333 mg de pó para solução injetável e perfusão 1 frasco para injetáveis com 50 ml de água para preparações injetáveis 1 sistema de transferência)</p>	<p>Anticoagulantes e Antitrombóticos; Fibrinolíticos (ou trombolíticos)</p>	<p>-Tratamento trombolítico no EAM;</p> <p>-Tratamento trombolítico na embolia pulmonar maciça aguda com instabilidade hemodinâmica;</p> <p>-Tratamento fibrinolítico no AVC isquémico agudo.</p>	<p>Parentérica: IV</p>	<p>Para a obtenção de uma concentração final de 1 mg de alteplase/ml, o volume total do solvente disponibilizado deve ser transferido para o frasco para injetáveis contendo o pó de Actilyse.</p>	<p>IV - A solução reconstituída de 1 mg/ml pode ser diluída com solução estéril de cloreto de sódio 9 mg / ml (0,9%) para injeção até uma concentração mínima de 0,2 mg / ml.</p> <p>Administrar segundo a prescrição médica.</p>	<p>-Não pode ser misturado com outros fármacos.</p>
<p>Aminofilina</p> <p>240 mg/10 ml</p> <p>Solução injetável</p>	<p>Antiasmáticos e broncodilatadores</p>	<p>-Controlo da asma aguda e exacerbações de doença pulmonar crónica obstrutiva;</p> <p>-Tratamento da asma crónica;</p>	<p>Parentérica: IV</p>	<p>Solução injetável pronta</p>	<p>IV – Direta (Não recomendado)</p> <p>IV – Intermitente (diluir doses inferiores a 480mg em 100 ml de SF 0,9%, SG5%, administrar em mais de 30 min)</p> <p>IV – Continua (diluir doses inferiores a 480mg em 50 ml de SF 0,9%, SG5%)</p>	<p>-Com a lactose desenvolve-se uma coloração amarela ou castanha. Verificou-se incompatibilidade ocasional com a cefapirina sódica, dependendo da dosagem.</p>
<p>Amiodarona</p> <p>150 mg/3 ml</p> <p>Solução injetável</p>	<p>Antiarrítmicos - Prolongadores da repolarização (Classe III)</p>	<p>-Profilaxia e tratamento de arritmias cardíacas graves: Arritmias auriculares (fibrilhação auricular ou flutter auricular; Arritmias do nóculo AV e TSV por reentrada AV; Arritmias ventriculares.</p>	<p>Parentérica: IV</p>	<p>Solução injetável pronta</p>	<p>IV – Direta (não recomendável) em caso de necessidade diluir em 10-20 ml SG5% administrar lentamente pelo menos 3 min.</p> <p>IV – Intermitente (para doses iniciais ou de choque, diluir a dose prescrita em 250 ml de SG5%, administrar em 20-120 min) sempre que possível através de uma via central (obrigatória se a concentração for maior que 2mg/ml).</p> <p>IV – Continua (doses de manutenção: diluir em 250 ml de SG5%, administrar em 24h) Concentração máx 600 mg/L</p>	<p>-É incompatível com solução salina e só pode ser administrada com solução de glucose a 5%. Nenhum outro produto deve ser adicionado às soluções de amiodarona para perfusão.</p>

<p>Atropina 1mg/1 ml Solução injetável</p>	<p>Antiarrítmicos; Anticolinérgicos</p>	<p>-Pré-anestésico antes da indução da anestesia geral; -Intoxicações por inseticidas organofosforatos; -Bradycardia.</p>	<p>Parentérica: IM, IV e SC</p>	<p>Solução injetável pronta</p>	<p>IV - Direta Administrar diretamente sem diluir ou diluir em 10 ml de água para injetáveis num bólus rápido.</p>	<p>-Não deve ser misturado com outros medicamentos.</p>
<p>Brometo de Rocurônio 5 ml/50 mg Solução injetável</p>	<p>Relaxantes Musculares - Ação periférica</p>	<p>-Usado em anestesia moderna, para facilitar a entubação endotraqueal e para proporcionar relaxamento muscular durante a cirurgia ou ventilação mecânica.</p>	<p>Parentérica: IV</p>	<p>Solução injetável pronta Soluções compatíveis: SF; SG5%</p>	<p>IV – Direta IV – Continua A dose habitual é de 0,6 mg por kg de peso corporal e o efeito durará 30-40 minutos. A administração das soluções diluídas deve começar imediatamente após a sua preparação e deve estar concluída num período máximo de 24 horas.</p>	<p>-Não deve ser misturado com outros medicamentos.</p>
<p>Brometo de Vecurônio 1 frasco contém 10 mg de brometo de Vecurônio em pó</p>	<p>Relaxantes musculares - Ação periférica.</p>	<p>-Adjuvante na anestesia geral para facilitar a entubação traqueal e para proporcionar o relaxamento muscular durante as intervenções cirúrgicas.</p>	<p>Parentérica: IV</p>	<p>A adição de 5 ml de água para preparações injetáveis resulta numa solução contendo 2 mg de brometo de vecurônio por 1 ml (2 mg/ml)</p>	<p>IV – Direta IV – Continua A dose habitual é 0,08 a 0,1 mg de brometo de vecurônio por Kg de peso corporal e o efeito durará 24 a 60 minutos.</p>	<p>-Este medicamento não pode ser misturado com outros medicamentos.</p>
<p>Cetamina (Cloridrato) 500mg/10 ml Solução injetável</p>	<p>Anestésicos gerais</p>	<p>-Procedimentos de diagnóstico e cirurgia que não requerem relaxamento do músculo-esquelético.</p>	<p>Parentérica: IM e IV</p>	<p>Solução injetável pronta; Soluções compatíveis: SF; SG5%</p>	<p>IM; IV Direta: administrar lentamente durante 60 segundos; IV Perfusão: diluir 500mg em 500ml</p>	<p>-Barbitúricos e a cetamina são quimicamente incompatíveis e precipitam.</p>

Cetoprofeno 100mg/ 2ml Solução injetável	Anti-inflamatórios não esteroides, analgésicos não opiáceos, antirreumáticos	-Tratamento de perturbações inflamatórias; -Tratamento de dores leves a moderadas.	Parentérica: IM	Solução injetável pronta	IM	-O AAS altera a distribuição, o metabolismo e a excreção do Cetoprofeno.
Cetorolac 10mg/ml 30mg/ml Solução injetável	Anti-inflamatórios não esteroides, analgésicos não opiáceos	-Tratamento a curto prazo da dor.	Parentérica: IM e IV	Solução injetável pronta	IM ; IV Direta: administrar em pelo menos 15 segundos; IV Perfusão Contínua: diluir e administrar a uma velocidade ≤5 mg/h no máximo de 24 horas	-Sensibilidade cruzada com outros AINES.
Cisatracúrio 2mg/ml 5mg/ml Solução injetável	Relaxante do músculo esquelético	-Adjuvante em anestesia geral ou sedação, para relaxamento dos músculos periféricos e facilitar intubação endotraqueal e ventilação mecânica.	Parentérica: IV	Solução injetável pronta	IV Direta – SIM. Durante 5 a 10seg IV Contínua: em concentrações de 0,1 a 2 mg/ml em SF/Dext5%	-Não deve ser misturado com outros medicamentos.
Clemastina (Fumarato) 2mg/2 ml Solução injetável	Anti-histamínicos H1 sedativos	-Alívio sintomático das reações de hipersensibilidade: urticária, angioedema, prurido, rinite e conjuntivite.	Parentérica: IM e IV	Solução injetável pronta; Soluções compatíveis: SF; SG5%	IM ; IV Direta: diluir na proporção 1:5 e administra lentamente ≥ 2-3 minutos	-Hipersensibilidade a outros anti-histamínicos de estrutura química semelhante à Clemastina.
Clonazepam 1mg/1ml Solução injetável	Benzodiazepinas; Antiepiléticos e anticonvulsivantes	-Sedativo, promovendo relaxamento.	Parentérica: IV, IM	Solução injetável pronta	IV - Diluir a ampola em 1ml de água para injetáveis e administrar lentamente durante 3-5 min	-Pode ser administrado concomitantemente com outros antiepiléticos.
Cloreto de Potássio 750 mg/10ml (1 ampola-10 mEq de K+) Solução injetável	Corretivos das alterações hidroeletrólíticas; Potássio	-Tratamento e prevenção da hipocaliémia.	Parentérica: IV	Solução injetável pronta	IV - Diluir a dose prescrita em SF ou SG5%	-Não deve ser misturado com outros medicamentos.

<p>Cloreto de Sódio Ampolas 20% -2g em 10 ml Solução injetável</p>	<p>Corretivos das alterações hidroeletrolíticas; Sódio</p>	<p>-Tratamento e prevenção da hiponatrémia e hipoclorémia.</p>	<p>Parentérica: IV</p>	<p>Solução injetável pronta</p>	<p>IV - Diluir a dose prescrita em SF ou SG5%</p>	<p>-Não deve ser misturado com outros medicamentos.</p>
<p>Cloreto de Suxametónio; Succinilcolina 2 ml/100 mg Solução injetável</p>	<p>Relaxante muscular</p>	<p>-Adjuvante em anestesia geral ou sedação, para relaxamento dos músculos periféricos e facilitar entubação endotraqueal.</p>	<p>Parentérica: IV, IM</p>	<p>Solução injetável pronta</p>	<p>IV IM Pode ser utilizado sem diluir</p>	<p>-É instável em soluções alcalinas e decompõe-se em soluções com pH superior a 4,5.</p>
<p>Clorpromazina (Cloridrato) 25mg/ 5ml 50mg/ 2ml Solução injetável</p>	<p>Antipsicóticos</p>	<p>-Tratamentos de curta duração dos estados de agitação e de agressividade que surgem ao longo da evolução das psicoses agudas e de evolução crónica, esquizofrenias, delírios crónicos não esquizofrénicos, delírios paranóicos, psicoses alucinatórias crónicas.</p>	<p>Parentérica: IM (25mg) e IV (50mg)</p>	<p>Solução injetável pronta; Soluções compatíveis: SF SG5%</p>	<p>IM: administração no músculo glúteo; IV Direta: administrar lentamente durante pelo menos 3-5 minutos; IV Perfusão Intermitente: diluir a dose prescrita até 50-100ml de SF ou SG5% e administrar em 30-60 minutos</p>	<p>-Contém sulfito sódico e metabissulfito sódico como excipientes que podem causar ou exacerbar reações tipo anafilático; -Não se recomenda utilizar frascos de PVC para a sua diluição; -Não deve ser misturado com soluções de barbitúricos sódicos.</p>
<p>Dexametasona (Fosfato Sódico) 5mg/ml Solução injetável</p>	<p>Corticosteroides</p>	<p>-Tratamento de várias doenças inflamatórias e auto-imunes; -Tratamento adjuvante no controlo do edema cerebral.</p>	<p>Parentérica: Intra-articular, IM, Intrassinovial e IV;</p>	<p>Solução injetável pronta; Soluções compatíveis: SF; SG5%</p>	<p>IM; IV Direta: administrar lentamente a dose de 4mg durante 1 minuto; e a dose de 40 mg pelo menos em 2-3 minutos; IV Perfusão Intermitente: diluir em 50-100 ml de SF ou SG5% e administrar em 30-60 minutos</p>	<p>-A Dexametasona apresenta interação com AAS, Fenitoína, Fenobarbital, Rifampicinas e Diuréticos.</p>

<p>Diazepam 10mg/2 ml Solução injetável</p>	<p>Antiepiléticos e Anticonvulsivantes; Ansiolíticos, sedativos e Hipnóticos</p>	<p>-Tratamento da ansiedade e agitação grave, espasmos musculares; -Como sedativo em procedimento cirúrgico "menor".</p>	<p>Parentérica: IM e IV</p>	<p>Solução injetável pronta; Soluções compatíveis: SF; SG5%</p>	<p>IM; IV Direta: administrar muito lentamente, sem diluir, a uma velocidade não superior a 5mg/min; IV Perfusão Intermitente: diluir em 50-100 ml de SF e administrar em 15-30 minutos</p>	<p>-Pode existir sensibilidade cruzada com outras benzodiazepinas.</p>
<p>Digoxina 0,25mg/ml Solução injetável</p>	<p>Digitálicos</p>	<p>-Tratamento da insuficiência cardíaca, arritmias supraventriculares, particularmente Flutter e Fibrilhação Auricular crônicos.</p>	<p>Parentérica: IV</p>	<p>Solução injetável pronta; Soluções compatíveis: SF; SG5%</p>	<p>IV Direta: administrar diretamente ou diluir num volume 4 vezes ou mais e administrar lentamente ≥ 5 minutos; IV Perfusão Intermitente: diluir a dose prescrita em 50-250 ml e administrar em 15-30 min</p>	<p>-Contém álcool etílico como excipiente; -Diversas substâncias podem modificar as concentrações plasmáticas dos digitálicos, quando administradas concomitantemente.</p>
<p>Dinitrato de Isossorbido 10 mg/10 ml Solução injetável</p>	<p>Antianginosos</p>	<p>-Alívio agudo da angina pectoris; -Profilaxia em situações propensas ao surgimento de ataques de angina.</p>	<p>Parentérica: IV</p>	<p>Solução injetável pronta Soluções compatíveis: SG5%</p>	<p>IV Perfusão Contínua: diluir 50mg ou 100mg em 500ml e administrar 3-33 gotas/min para concentrações de 100μg/ml ou 1-17 gotas/min para concentrações de 200 μg/ml</p>	<p>-O álcool pode potenciar o efeito vasodilatador dos nitratos; -Contraindicado no choque cardiogénico e em todas as situações clínicas acompanhadas de hipotensão arterial.</p>
<p>Dobutamina 250mg/20 ml Solução injetável</p>	<p>Simpaticomiméticos</p>	<p>-Suporte inotrópico no tratamento da insuficiência cardíaca associada a EAM, cirurgia cardíaca, miocardiopatias, choque séptico e choque cardiogénico.</p>	<p>Parentérica: IV</p>	<p>Solução injetável pronta; Soluções compatíveis: SF; SG5%</p>	<p>IV Perfusão Contínua: diluir em 500ml. A velocidade e duração da perfusão ajustam-se de acordo com a resposta clínica.</p>	<p>-É incompatível com soluções alcalinas, portanto, não misturar com bicarbonato de sódio a 5% ou outras soluções alcalinas; -Não usar a dobutamina em conjunto com outros medicamentos ou diluentes contendo bissulfito de sódio e etanol.</p>

<p>Dopamina 200mg/5ml Solução injetável</p>	<p>Simpaticomiméticos</p>	<p>-Correção dos desequilíbrios hemodinâmicos que se verificam no choque devido a EAM, traumatismo, septicemia endotóxica, cirurgia cardíaca, insuficiência renal.</p>	<p>Parentérica: IV</p>	<p>Solução injetável pronta; Soluções compatíveis: SF; SG5%</p>	<p>IV Perfusão Contínua: diluir a ampola em 250-500ml, obtendo-se uma concentração de 800 ou 400 mcg/mL, respectivamente. Administrar à velocidade prescrita</p>	<p>-Não se devem administrar as preparações deste medicamento que apresentem coloração.</p>
<p>Efedrina 50mg/ml Solução injetável</p>	<p>Antagonistas adrenérgicos beta</p>	<p>-Tratamento ou prevenção hipotensão arterial associada AG e espinal; -Tratamento dos sintomas de asma brônquica moderada e broncospasmo.</p>	<p>Parentérica: SC, IM, IV (direta)</p>	<p>Solução injetável pronta</p>	<p>IV Direta: administrar lentamente, superior a 3min</p>	<p>-Sulfato de efedrina em solução 50 mg/L tem uma compatibilidade condicionada com hidrocortisona succinato de sódio 250 mg/L.</p>
<p>Etomidato 20mg/ 10ml Solução injetável</p>	<p>Anestésicos gerais; hipnóticos</p>	<p>-Indução de anestesia geral.</p>	<p>Parentérica: IV</p>	<p>Solução injetável pronta</p>	<p>IV: administração lentamente (a administração de 0,2-0,3 mg/kg de peso provoca hipnose em 10 segundos, a qual se prolonga durante cerca de 5 minutos).</p>	<p>-A solução injetável não deve ser misturada com outros produtos.</p>
<p>Fenilefrina 10mg/ 1ml Solução injetável</p>	<p>Simpaticomiméticos</p>	<p>-Tratamento da hipotensão associada ao choque ou à anestesia; -Adjuvante da anestesia.</p>	<p>Parentérica: IV</p>	<p>Solução injetável pronta; Soluções compatíveis: SF; SG5%</p>	<p>IV Direta: diluir 1 mg com 9 ml; administrar cada dose única durante 1 minuto; IV Perfusão Contínua: diluir 10 mg em 250 ou 500 ml, titulando de acordo com a resposta do doente.</p>	<p>-Hipersensibilidade às substâncias ativas (tropicamida, cloridrato de fenilefrina e cloridrato de lidocaína).</p>

<p>Fenitoína (Sódica) 250mg/5 ml Solução injetável</p>	<p>Antiepiléticos, anticonvulsivantes</p>	<p>-Controlo do estado epiléptico do tipo tónico-clónico; -Prevenção e tratamento das convulsões; -Tratamento de arritmias auriculares ou ventriculares associadas à intoxicação por digitálicos.</p>	<p>Parentérica: IV</p>	<p>Solução injetável pronta; Soluções compatíveis: SF</p>	<p>IV Direta: administrar muito lentamente a uma velocidade ≤ 50 mg/min. Recomenda-se lavar a via com 10-35ml de SF; IV Perfusão Intermitente: diluir a ampola em 25-250 ml, numa concentração 1-10mg/ml. Administrar em pelo menos 5-10 minutos</p>	<p>-Incompatível com SG5%</p>
<p>Fenobarbital (Sódico) 200mg/1 ml Solução injetável</p>	<p>Antiepiléticos, anticonvulsivantes</p>	<p>-Anticonvulsivante nas crises convulsivas tónico-clónicas, convulsões focais e febris das crianças.</p>	<p>Parentérica: IM e IV</p>	<p>Solução injetável pronta; Soluções compatíveis: Água para injetáveis</p>	<p>IM: deve ser limitada a 5ml, a um único local e administração lenta; IV Direta: diluir a dose prescrita em 10 ml (a proporção deve estar entre 0,25 ml e 1 ml da ampola para 10 ml de água para injetáveis)</p>	<p>-Contém cerca de 10% do volume de álcool como excipiente.</p>
<p>Fentanilo 0,25mg/5 ml 0,5mg/10 ml Solução injetável</p>	<p>Analgésicos opióides</p>	<p>-Agente de indução da anestesia ou analgésico narcótico na anestesia geral; -Adjuvante da anestesia regional e para intervenções cirúrgicas de curta e de longa duração.</p>	<p>Parentérica: IM e IV</p>	<p>Solução injetável pronta; Soluções compatíveis: SF; SG5%</p>	<p>IM; IV Direta: administrar lentamente em pelo menos 1 minuto; IV Perfusão Intermitente: diluir a dose prescrita em 100-500ml. Administrar segundo prescrição de anestesia</p>	<p>-Recomenda-se precaução quando for coadministrado com outros medicamentos que afetam os sistemas neurotransmissores.</p>

<p>Flumazenilo 0,1mg/ml Solução injetável</p>	<p>Antídoto das benzodiazepinas</p>	<p>-Intoxicação por benzodiazepinas.</p>	<p>Parentérica: IV</p>	<p>Solução injetável pronta; Soluções compatíveis: SF; SG5%</p>	<p>IV: administração de cada dose durante 15 a 30 segundos</p>	<p>-Não deve ser administrado em doentes epiléticos tratados com benzodiazepinas-</p>
<p>Furosemida 20mg/2ml Solução injetável</p>	<p>Diuréticos da ansa</p>	<p>-Crises hipertensivas; -Remoção de edema e congestão pulmonar causada por IC e doenças hepáticas ou renais; -Quadro de oligúria (IR aguda ou crónica).</p>	<p>Parentérica: IV</p>	<p>Solução injetável pronta</p>	<p>IV – Direta Administrar lentamente 20-40mg em 1-2min IV – Intermitente Diluir a dose em 50-250mL de SF ou SG5%. Administrar lentamente sem ultrapassar os 4mg/min. Na insuficiência renal grave (clearance de creatinina <10mL/min). Não exceder os 2,5mg/min IV – Continua Para administração de doses elevadas > 250mg, diluir em 250-500mL de SF ou SG5%.</p>	<p>-Podem ocorrer interações entre a furosemida e cefalosporinas, aminoglicosídeos, antiepiléticos e AINE's.</p>
<p>Glucagon Seringa pré-carregada 1mg (1UI) de glucagon em 1,1 ml de água para injetáveis</p>	<p>Hormona pancreática</p>	<p>-Tratamento de reações hipoglicémicas graves.</p>	<p>Parentérica: IM, IV e SC</p>	<p>Reconstituir o frasco com água para injetáveis. Agitar suavemente até completa dissolução do glucagon.</p>	<p>IM; IV Direta: pode ser administrada com Dx 5%; IV Perfusão Contínua: diluir 10 mg de glucagon em 100 ml de Dx 5%</p>	<p>-Não deve ser congelado; -Não existem incompatibilidades conhecidas para o Glucagon.</p>
<p>Gluconato de Cálcio Ampola 10% - 1g em 10 ml Solução injetável</p>	<p>Cálcio</p>	<p>-Prevenção e tratamento da Hipocalcemia</p>	<p>Parentérica: IV</p>	<p>Solução injetável pronta</p>	<p>IV – Direta Lentamente sem ultrapassar a velocidade máxima recomendada de 0.7-1.8 mEq cálcio / min. IV – Intermitente Diluir em 100ml/SF ou SG 5% administrar em 15-30 min. IV – Continua Diluir em 500-1000 ml de SF ou SG 5%. Administrar em 24h.</p>	<p>-Os sais de cálcio são incompatíveis com agentes oxidantes, citratos, carbonatos solúveis, bicarbonatos, fosfatos, tartaratos e sulfatos.</p>

<p>Haloperidol 5mg/1ml Solução injetável</p>	<p>Antipsicótico</p>	<p>-Esquizofrenia, estados maníacos, síndrome de Tourette, agitação psicomotora de origem psicótica.</p>	<p>Parentérica: IM e IV</p>	<p>Solução injetável pronta</p>	<p>IV – Direta Administrar lentamente em pelo menos 1min por cada 5mg. Administrar diretamente ou diluído com 5mL de água para injetáveis ou SG5% IV – Intermitente Diluir em 50-100mL de SG5% e administrar em 30m. IV – Continua Diluir a dose em 100-500mL de SG5%. IM</p>	<p>-Quando administrado em associação com a metildopa verifica-se um aumento dos efeitos a nível do SNS.</p>
<p>Hidrocortisona 100mg/2ml</p>	<p>Glucocorticoides</p>	<p>-Angioedema, choque anafilático doença inflamatória do intestino, doença reumática, insuficiência adrenocortical.</p>	<p>Parentérica: IM e IV</p>	<p>Reconstituir com a ampola de 1 mL de água para injetáveis.</p>	<p>IV – Direta Administrar lentamente 3-5 min IV -Intermitente Diluir em SF ou SG5% para obter uma concentração inferior a 1 mg/mL. Velocidade máxima de administração - 25 mg/min. IV – Continua (diluir a dose prescrita em SF ou SG5% para obter uma concentração inferior a 1mg/ml.</p>	<p>-Não deve ser administrado simultaneamente com os IMAOs.</p>
<p>Isoprenalina 1mg/5ml Solução injetável</p>	<p>Simpaticomiméticos</p>	<p>-Bradicardia que não responde a atropina, BAV sintomático enquanto aguarda colocação de pacemaker.</p>	<p>Parentérica: IV</p>	<p>Solução injetável pronta</p>	<p>IV - Diluir 10 ml (2 ampolas de 5 ml) de concentrado para solução para perfusão (= 2,0 mg) em 500 ml de solução injetável de cloreto de sódio 9 mg/ml (0,9%) ou solução injetável de glicose 50 mg/ml (5%). Isto dará uma concentração de 4 microgramas/ml de solução para perfusão de isoprenalina.</p>	<p>-Este medicamento não pode ser misturado com outros medicamentos.</p>

<p>Labetalol (Cloridrato) 100mg/20 ml Solução injetável</p>	<p>Antihipertensores; Antianginosos</p>	<p>-Tratamento de crise hipertensiva; -Tratamento da hipertensão crónica e aguda do feocromocitoma.</p>	<p>Parentérica: IV</p>	<p>Solução injetável pronta; Soluções compatíveis: SF; SG5%</p>	<p>IV Direta: administrar lentamente 10 ml da ampola durante pelo menos 1 minuto. Dose máxima: 200 mg; IV Perfusão Intermitente: diluir 200 mg em 200ml, obtendo uma concentração de 1mg/ml. Infundir a dose prescrita a uma velocidade de 2 ml por minuto até obter a resposta desejada. Não ultrapassar a dose máxima de 300mg; IV Perfusão Contínua: diluir 400 mg até 50 ml, obtendo uma concentração de 4mg/ml</p>	<p>-Deverá ter-se cuidado se o labetalol é utilizado concomitantemente com agentes anti- arrítmicos de Classe I ou antagonistas de cálcio do tipo verapamil. Risco de braquicardia marcada e hipotensão em combinação com antagonistas de cálcio com efeito inotrópico negativo (por ex. verapamil, diltiazem)</p>
<p>Levetiracetam 500 mg/5ml Solução injetável</p>	<p>Antiepilético; anticonvulsivante</p>	<p>-Tratamento adjuvante das convulsões.</p>	<p>Via parentérica: IV</p>	<p>Solução injetável pronta</p>	<p>IV – Intermitente Diluir a dose em 100 mL de SF ou SG5%. Administrar em perfusão intravenosa de 15 min.</p>	<p>-Este medicamento não pode ser misturado com outros medicamentos; -Desaconselhada a ingestão de bebidas alcoólicas.</p>
<p>Lidocaína 1%/2% Frasco 20 ml a 1% (10mg/ml) Frasco 20 ml a 2% (20mg/ml)</p>	<p>Anestésicos locais</p>	<p>-Anestesia local ou regional, analgesia e bloqueio neuromuscular.</p>	<p>Parentérica: IM e IV</p>	<p>Solução injetável pronta</p>	<p>IV – Direta Tratamento inicial de arritmias cardíacas segundo protocolo médico. IV – Intermitente - Contínua Podem-se preparar 3 diluições: 2, 4 e 8mg-mL em SG5%.</p>	<p>-A lidocaína associada a vasoconstritores como a felipressina está contraindicada em doentes com alterações cardiovasculares.</p>
<p>Metilprednisolona Ampolas 40, 125 e 500 mg Frascos 1 e 2g</p>	<p>Glucocorticóides</p>	<p>-Controlo de doenças inflamatórias e alérgicas, edema cerebral, doença reumática.</p>	<p>Parentérica: IM, IV</p>	<p>Reconstituir cada frasco com o conteúdo da ampola de dissolução.</p>	<p>IV – Direta Em casos urgentes administrar em pelo menos 1min, não ultrapassar a dose de 500mg. IV – Intermitente Diluir em 50-100mL de SF ou SG5% e administrar em 10-20min. Em caso de emergência as doses altas de 30mg/kg devem administrar-se em pelo menos 30min. IV – Continua Diluir em 50-100mL de SF ou SG5%.</p>	<p>-Por forma a evitar problemas de compatibilidade e estabilidade, recomenda-se, sempre que possível, a administração isolada, quer por injeção intravenosa direta, quer através de um sistema IV.</p>

IM

<p>Metoclopramida 10mg/2ml Solução injetável</p>	<p>Antiemético; Antivertiginoso</p>	<p>-Tratamento de náuseas e vômitos, perturbações da motilidade digestiva (dispepsia, dores epigástricas).</p>	<p>Parentérica: IV, IM</p>	<p>Solução injetável pronta</p>	<p>IV Direta – em 1-2min IV Intermitente – para doses > 10mg diluir 50-100ml SF/SG5% em 15-30min.</p>	<p>-A metoclopramida pode potenciar a ação dos depressores do SNS.</p>
<p>Midazolam 15mg/3ml Solução injetável</p>	<p>Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos</p>	<p>-Indução anestésica como parte de uma anestesia balanceada; -Usada para sedação em doentes com VMI, ansiolise, amnésia pré-operatória e procedimentos radiológicos.</p>	<p>Parentérica: IM e IV.</p>	<p>Solução injetável pronta</p>	<p>IV – Direta Administração lenta (1mg/30seg.). Administrando 5-10min antes uma dose de 0,05mg/kg. A dose de manutenção é 25% da dose inicial. IV – Contínua Diluir em SF ou SG5% para obter concentrações de 1-2mg/mL. IM</p>	<p>-Pode ocorrer um aumento do efeito depressivo quando associado a antipsicóticos, hipnóticos, ansiolíticos.</p>
<p>Morfina (Cloridrato) 10mg/1 ml Solução injetável</p>	<p>Analgésicos opióides</p>	<p>-Processos dolorosos de intensidade severa: dor no pós-operatório imediato, dor em doenças crónicas malignas, dor no EAM e dispneia.</p>	<p>Parentérica: IV, IM, SC</p>	<p>Solução injetável pronta; Soluções compatíveis: SF; SG5%</p>	<p>IM: é preferível à via SC, quando se tem que administra doses repetidas; SC: a analgesia pode ser mais constante e duradoura; IV Direta: administrar a dose prescrita muito lentamente. Diluir a dose em 4-5 ml; IV Perfusão Intermitente: diluir a dose prescrita em 50-100 ml; IV Perfusão Contínua: diluir a dose prescrita em 500-1000 ml. Administra inicialmente a um ritmo de 0,8-10 mg/h</p>	<p>-O cloridrato de morfina, como todos os sais de morfina, é sensível a alterações de pH, sendo provável que ocorra a sua precipitação a pH alcalino.</p>
<p>Naloxona 0,4mg/1ml Solução injetável</p>	<p>Tratamento de intoxicações</p>	<p>-Reversão total/parcial dos efeitos provocados ao nível do SNC, particularmente a depressão respiratória causada por opiáceos.</p>	<p>Parentérica: IV, IM</p>	<p>Solução injetável pronta</p>	<p>IV Direta IV Intermitente/Contínua: diluir 100ml-500ml de SF/SG5%. IM</p>	<p>-As perfusões de cloridrato de naloxona não devem ser misturadas com outras preparações contendo bissulfitos, metabissulfito, aniões de cadeia longa ou de elevado peso molecular, ou soluções com um pH alcalino.</p>

<p>Neostigmina 0,5ml/1ml Solução injetável</p>	<p>Antimiasténicos</p>	<p>-Tratamento da miastenia grave; -Reversão do bloqueio muscular causado por relaxantes musculares não despolarizantes; -Tratamento do íleus paralítico.</p>	<p>Parentérica: SC, IM, IV</p>	<p>Solução injetável pronta</p>	<p>IV Direta: diluir em 10ml de SF0,9%, administrar lentamente (1 mg/min)</p>	<p>-Este medicamento não pode ser misturado com outros medicamentos.</p>
<p>Noradrenalina 1mg/1ml 5mg/10ml Solução injetável</p>	<p>Simpaticomiméticos</p>	<p>-Tratamento da hipotensão aguda.</p>	<p>Parentérica: IV</p>	<p>Solução injetável pronta</p>	<p>IV – Intermitente - Continua Diluir em 250mL, 500mL ou 1000mL de SG5%. No tratamento da hipotensão inicia-se a administração com uma velocidade de 0,1mcg/kg por min e ajusta-se o ritmo de administração em função da resposta e dos valores da pressão sanguínea.</p>	<p>-Não usar ampolas com cor acastanhada ou com precipitado.</p>
<p>Octreótido 0,1mg/1 ml Solução injetável</p>	<p>Antagonista hipofisário</p>	<p>-Tratamento sintomático e redução dos níveis plasmáticos da hormona do crescimento e do IGF-1 em doentes com acromegália.</p>	<p>Parentérica: IV</p>	<p>Solução injetável pronta</p>	<p>IV Intermitente: não recomendado (diluir em 50-200ml SF/SG5% e administrar 15-30min) IV Contínua: diluir 50-200ml SF/SG5% A 0,025-0,05mg/hr</p>	<p>-Este medicamento não deve ser misturado com outros medicamentos.</p>

<p>Ondansetron 8mg/4ml Solução injetável</p>	<p>Antiemético e Antivertiginoso</p>	<p>-Tratamento de náuseas e vômitos</p>	<p>Parentérica: IV, IM</p>	<p>Solução injetável pronta</p>	<p>IV Direta - em 2-5min IV Intermitente – diluir 50-100ml SF/SG5% durante 15-30min IV Contínua – diluir em 500ml SF/SG5% e administrar em 24 horas</p>	<p>-Não existem interações farmacocinéticas quando é administrado com temazepam, furosemida, tramadol, propofol.</p>
<p>Petidina (Cloridrato) 100 mg/ 2 ml Solução injetável</p>	<p>Analgésicos opióides</p>	<p>-Tratamento da dor moderada a intensa nomeadamente em neoplasias, EAM e cirurgia.</p>	<p>Parentérica: IV, IM, SC</p>	<p>Solução injetável pronta; Soluções compatíveis: SF; SG5%</p>	<p>IM; SC; IV Direta: administrar a dose prescrita lentamente (1-2 minutos). Dissolver com 8 ml cada ampola, obtendo-se uma concentração final de 5 ou 10 mg/ml; IV Perfusão Intermitente: diluir a dose prescrita em 50-100 ml. Administrar segundo prescrição médica; IV Perfusão Contínua: diluir em 100 ml e ajustar a velocidade de perfusão à necessidade.</p>	<p>-A petidina é incompatível com os barbitúricos.</p>
<p>Propofol Ampola – 200mg/20ml Frasco – 500mg/50ml Seringa 1% e 2% - 500mg e 1g em 50 ml</p>	<p>Anestésicos gerais</p>	<p>-Indução e manutenção de anestesia geral; -Sedação para procedimentos de diagnóstico e cirúrgicos;</p>	<p>Parentérica: IV</p>	<p>Solução injetável pronta; Soluções compatíveis: SG5%, Dx 5%, NaCl 0,45%</p>	<p>IV Direta IV Perfusão Intermitente: diluir a dose prescrita sem exceder a concentração de 2 mg/ml (como mínimo deve utilizar- se 4 ml de SG5% para diluir 1 ml de Propofol). Usualmente a velocidade de infusão é de 4-12 mg/kg/h; IV Perfusão Contínua: diluir a dose prescrita sem exceder a concentração de 2 mg/ml</p>	<p>-A administração concomitante de propofol e fármacos com ação vagotónica pode causar um decréscimo acentuado do ritmo cardíaco.</p>
<p>Sulfato de Magnésio 20% - 2g/10ml 50% - 5g/10ml Solução injetável</p>	<p>Corretivos das alterações hidroeletrolíticas; Magnésio</p>	<p>-Tratamento hipomagnesemia, prevenção e tratamento de convulsões pré- eclampsia/eclampsi a, nefrite aguda pediátrica, tratamento de arritmias agudas.</p>	<p>Parentérica: IV</p>	<p>Solução injetável pronta</p>	<p>IV Direta: administrar lentamente, sem exceder 150mg/min (1ml/min) IV intermitente/contínua: diluir 50 – 100ml SF ou SG5% e administrar em 30min.</p>	<p>-Este medicamento não pode ser misturado com outros medicamentos.</p>

Terlipressina 0,85mg/8,5ml Solução injetável	Lobo posterior da hipófise	-Tratamento de hemorragias digestivas por rotura de varizes esofágicas.	Parentérica: IV	Solução injetável pronta	IV Direta: com precaução, o extravasamento pode causar necrose local	-Este medicamento não pode ser misturado com outros medicamentos.
Tiopental Sódico 500mg/ ml	Anestésicos Gerais	-Indução anestésica ou anestésico geral em cirurgias de curta duração.	Parentérica: IV	Concentração 2%: 500mg em 25mL Ou 1000mg em 50mL API/SF0,9% Concentração 5%: 500mg em 10mL API/SF0,9% Ou 1000mg em 20mL	IV Direta - Deve ser administrado em concentrações de 2% a 5% IV Perfusão: concentrações 0,2% a 0,4% 500mg diluir 125mL a 250mL SF0,9%/Dext5% 1000mg diluir 250mL a 500mL SF0,9%/Dext5%	-As soluções de succinilcolina e outros fármacos que tenham o pH ácido não devem ser misturados com soluções de tiopental sódico.
Valproato de Sódio 100mg/ml	Antiepiléticos e anticonvulsivantes	-Tratamento da epilepsia e convulsões.	Parentérica: IV	4ml APPI	IV Direta – em 3 a 5min IV Contínua – diluir em 50 a 100ml SF/Dext5% por um período superior a 60min	-Este medicamento não deve ser misturado com outros medicamentos.

Referências Bibliográficas:

- ❖ Prontuário Terapêutico Online – INFARMED. <http://app10.infarmed.pt/prontuario/index.php>
- ❖ Rocha, M. J. & Cunha, E. (2012). *Guia de Administração de Medicamentos por Via Parenteral*. CHUC, Coimbra.
- ❖ Vallerand, A. H. & Sanoski, C. A. (2016). *Guia Farmacológico para Enfermeiros (14ª edição)*. Lusodidacta.

Apêndice III – Procedimento: “Sinalética para precauções baseadas nas vias de transmissão e respetivos microrganismos”

	
<p>PROCEDIMENTO</p> <p>Título</p>	<p>Documento nº</p> <p>Versão nº 0</p> <p>Data: 31-01-2025</p>
<p>Aprovado:</p>	<p>Data de Aprovação:</p>

TÍTULO: Sinalética para precauções baseadas nas vias de transmissão e respetivos microrganismos

ÂMBITO: Todos os serviços clínicos da ULS Viseu Dão-Lafões

RESPONSABILIDADE PELA IMPLEMENTAÇÃO: Profissionais de Saúde da ULS Viseu Dão-Lafões

SIGLAS:

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

PBCI- Precauções Básicas do Controlo de Infecção

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

RAM- Resistência aos Antimicrobianos

SNS- Sistema Nacional de Saúde

ULS- Unidade Local de Saúde

FUNDAMENTO (S):

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são reconhecidas por organizações internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o *European Centre for Disease Control and Prevention*, como um dos eventos adversos mais frequentes no Mundo. Além de afetar a qualidade de vida dos doentes e a sua segurança, resultam num aumento da taxa de mortalidade e têm um impacto económico significativo que afeta a efetividade de todo um Serviço Nacional de Saúde (Gonçalves e Carmo, 2022; Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde, 2022).

A criação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), por Despacho n.º 2902/2013 (2013), de 22 de fevereiro, surge em resposta às crescentes preocupações nacionais e internacionais no âmbito da saúde pública. Este, tem como objetivos gerais: a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos. Atualizado por Despacho nº 10901/2022 (2022) na sua missão e estrutura, o seu espectro de ação passa a estar afeto a todo o Sistema Nacional de Saúde (SNS), isto é, a cuidados hospitalares, primários e continuados. Similarmente, o Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 estabelece como objetivo a redução das IACS e as Resistências aos Antimicrobianos (RAM).

Os microrganismos podem ser transmitidos entre utentes e profissionais de saúde no decurso da prestação de cuidados. Dependendo da suscetibilidade do hospedeiro estes podem causar infeção ou colonizar o indivíduo. As Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI) destinam-se a quebrar esta cadeia, prevenindo a transmissão cruzada de fontes de infeção sejam elas conhecidas ou não. As PBCI são determinadas pelo nível de interação entre o prestador de cuidados e o utente assim como pelo grau de exposição previsto a sangue ou outros fluidos orgânicos (excluindo o suor), mucosas, pele não íntegra ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados. São aplicáveis a todos os utentes, independentemente de se conhecer o estado infeccioso dos mesmos (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2013). Não obstante, as PBCI não previnem de forma eficaz a transmissão da infeção de todos os agentes infecciosos. É fundamental a premissa de que “não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco”.

Deste modo, sempre que houver suspeita ou confirmação de infeção ou colonização por microrganismos epidemiologicamente importantes devem ser instituídas precauções complementares à PBCI, baseadas nas vias de Transmissão (aérea, gotícula e contacto) (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2022).

Existem três tipos de isolamento: contacto, gotículas e via aérea/partículas.

O isolamento de contacto tem como objetivo evitar a transmissão de microrganismos por contacto direto ou indireto, com o doente ou ambiente do doente (Bastos, 2023).

O isolamento de gotículas tem como objetivo prevenir a transmissão de agentes infecciosos que sejam disseminados através de contacto respiratório próximo, que possam ser expelidos através da tosse, espirros, fala, contacto com mucosas ou secreções respiratórias (Bastos, 2023).

O isolamento de via aérea/partículas previne a transmissão de microrganismos suspensos no ar (Bastos, 2023).

Entre os microrganismos epidemiologicamente importantes, são de particular relevância a crescente tendência dos que apresentam resistência aos antimicrobianos. Para o funcionamento eficaz do Sistema de Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos é fundamental a notificação imediata dos microrganismos “alerta” e a notificação periódica dos microrganismos “problema” (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2022). Consideram-se microrganismos “alerta”, os que “apresentam um padrão de resistência aos antimicrobianos, pouco habitual ou de baixa, mas crescente, prevalência em Portugal, ou que causem, no presente, um número de surtos crescente e que, por esta razão, o seu isolamento implique a implementação de medidas urgentes para a contenção do surto” (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2022). Os microrganismos “problema”, são definidos pela Direção geral de Saúde (2022) como “microrganismos que causam frequentemente doença e com taxas de resistência epidemiologicamente significativa (...)”.

De forma a promover a adesão e modificar os comportamentos dos profissionais de saúde surgiu a necessidade de reestruturação ambiental com designs de sinalização que indicam quais as precauções que devem ser usadas, bem como o local e quando é que o seu uso é indicado. O uso de sinalética fornece pistas visuais e serve de auxílio cognitivo, removendo ambiguidade em relação a qual o isolamento e precauções necessárias (Clack et al, 2019). O cumprimento deste documento não impede a realização de pequenas alterações, desde que justificadas de forma adequada e em conformidade com as boas práticas, em situações específicas, devido às características dos doentes ou às condições estruturais do serviço clínico.

OBJETIVO(S):

- ❖ Elaborar um instrumento direcionado para a seleção das medidas de isolamento e respetiva sinalética a utilizar, de acordo com os microrganismos identificados, a via de transmissão e algumas condições particulares.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

ISOLAMENTO GOTÍCULAS	<u>Sinaléticas gotículas</u>	<p>Medidas de isolamento a implementar sempre que haja a identificação /notificação de um microrganismo problema cuja transmissão ocorra por gotículas:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. <i>Bordetella pertússis</i> (Tosse convulsa) ii. Vírus Sincicial Respiratório (VSR) iii. Vírus influenza A (H1N1 e H3N2) e influenza B iv. SARS-CoV 2 v. <i>Staphylococcus aureus</i> resistente à Metilina (MRSA) <u>na expetoração</u> vi. Streptococcus grupo A vii. Meningite por <i>Haemophilus Influenzae</i> e <i>Neisseria Meningitidis</i> viii. Parotidite (Paramixovirus) ix. Difteria faríngea (<i>Corynebacterium diptheriae</i>) x. Rubéola (Rubella Vírus) xi. Pneumonia a <i>Haemophilus influenzae</i>, xii. Mycoplasma xiii. Adenovirus
	<u>Sinalética gotículas (MO alerta)</u>	<p>Medidas de isolamento a implementar sempre que haja a identificação /notificação de um microrganismo alerta (acima descrito) com infeção respiratória.</p>
	<p>O doente deve ser colocado num quarto individual, se não for possível optar pela coorte de doentes, mantendo espaço mínimo entre doentes de 1 metro entre camas;</p> <p>Criar barreira física com cortina ou biombo.</p> <p>O profissional de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Higienizar as mãos antes de entrar e depois de sair do quarto; - Usar máscara cirúrgica; - Usar proteção ocular (óculos ou máscara com viseira), colocada antes de entrar no quarto e retirada ao sair do quarto (Bastos, 2023). 	

ISOLAMENTO CONTACTO	<u>Sinalética contacto</u>	<p>Medidas de isolamento a implementar sempre que haja a identificação /notificação de um microorganismo problema cuja transmissão ocorra por contacto:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. <i>Pseudomonas aeruginosa</i> ii. <i>Acinetobacter spp</i> iii. <i>Enterobacterales (Serratia marsceses...</i> iv. <i>Staphylococcus aureos</i> v. <i>Enterococcus faecalis e Enterococcus faecium</i> vi. <i>Streptococcus pneumoniae</i> vii. <i>Staphylococcus áureos</i> resistente à Meticilina (MRSA) viii. <i>Stenotrophomonas maltophilia</i> ix. <i>Burkholderia cepacia</i> x. <i>Ralstonia pickettii</i> xi. Vírus hepatite A ou rotavírus em doentes incontinentes xii. Difteria cutânea ??? xiii. Herpes simples ?? xiv. <i>Pediculus humanus</i> (Pediculose) xv. <i>Sarcoptes scabiei</i> (Escabiose) xvi. Infecções virais hemorrágicas (Ébola, Lassa, Marburgo) xvii. Presença de ferida exsudativa e/ou drenagem. xviii. Impetigo
	<u>Sinalética contacto MO alerta</u>	<p>Medidas de isolamento a implementar sempre que haja a identificação /notificação de um microorganismo alerta cuja transmissão ocorra por contacto:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. <i>Staphylococcus aureos</i> com resistência à vancomicina (VRSA) ii. <i>Staphylococcus aureos</i> com resistência ao linezolid iii. <i>Staphylococcus aureos</i> com resistência à daptomicina iv. <i>Enterococcus faecalis e Enterococcus faecium</i> com resistência ao linezolid v. <i>Enterobacterales</i> com resistência à colistina vi. <i>Enterobacterales</i> com resistência à ceftazidima-avibactame vii. <i>Pseudomonas aeruginosa</i> com resistência à colistina viii. <i>Pseudomonas aeruginosa</i> com resistência ao ceftolozane-tazobactam ix. <i>Acinetobacter spp</i> com resistência à colistina x. <i>Enterobacterales</i> com resistência aos carbapenemes e/ou presumíveis produtores de carbapenemases quando isolados em amostras invasivas (sangue, líquido, e líquidos pleural , pericárdico, articular, ascítico): Carbapenemase de <i>Klebsiella pneumoniae</i> (KPC), Nova Deli Metallo-betalactamase (NDM), Verona Integron-encoded Metallo-Betalactamase (VIM), oxacilinase tipo 48 (Oxa-48), Imipenemase Metallo betalactamase (IMP) ou produtoras de uma betalactamase (AmpC ou ESBL);

	<p>O doente deve ser colocado num quarto individual, se não for possível optar pela coorte de doentes, mantendo espaço mínimo entre doentes de 1 metro entre camas;</p> <p>O profissional de saúde deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Higienizar as mãos antes de entrar e depois de sair do quarto; - Usar bata/avental e luvas limpas, colocadas à entrada do quarto e removidas à saída; - Se prestar cuidados a vários doentes no mesmo quarto deve trocar a bata/avental e as luvas antes de passar ao doente seguinte (Bastos, 2023). 	
	<p><u>Sinalética contacto <i>Clostridium</i></u></p>	<p>Medidas de isolamento a implementar sempre que haja clínica compatível e identificação/notificação de:</p> <p>-<i>Clostridium difficile</i></p>
	<p>O doente deve ser isolado fisicamente em quarto individual com casa de banho. Caso não seja possível, deve-se juntar dois ou mais doentes com CDI no mesmo quarto (coorte);</p> <p>Sempre que haja capacidade do serviço de saúde deve-se afetar exclusivamente profissionais de saúde para a prestação de cuidados a este doente;</p> <p>O profissional de saúde deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Higienizar as mãos com água e sabão após cada contacto com o doente, ou a sua unidade; -Uso de luvas e bata; -O EPI utilizado deve ser retirado e descartado no local onde foi utilizado e de seguida proceder à higienização das mãos; 	
<p>ISOLAMENTO VIA/ PARTICULAS</p>	<p><u>Via aérea</u></p>	<p>Medidas de isolamento a implementar sempre que haja a identificação /notificação de um microrganismo cuja transmissão ocorra por via aérea:</p> <p>- <i>Mycobacterium tuberculosis</i></p>

	<p>O doente deve ser colocado num quarto individual, com sistema de ventilação por pressão negativa, trocando o ar, no mínimo, seis vezes por hora;</p> <p>O profissional de saúde deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Higienizar as mãos antes de entrar e depois de sair do quarto; - Usar máscara com capacidade de filtração de partículas de tamanho inferior a 5 micar (N95 ou FFP2), sendo colocado antes de entrar no quarto e removido à saída. <p>A porta do quarto deve estar fechada (Bastos, 2023).</p>	
ISOLAMENTO VIA AÉREA+CONTACTO	<p><u>Via aérea + Contacto</u></p>	<p>Medidas de isolamento a implementar sempre que haja a identificação /notificação de um microrganismo cuja transmissão ocorra por contacto e via aérea:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vírus Varicela Zoster -Vírus Herpes Zoster disseminado -Vírus do Sarampo -Virus Monkeypox <p>-Doentes com SARS-CoV-2 submetidos a procedimentos de aerossolização: Ventilação Não-Invasiva e Oxigenoterapia de Alto Fluxo</p>
	<p>O doente deve ser colocado num quarto individual, com sistema de ventilação por pressão negativa, trocando o ar, no mínimo, seis vezes por hora;</p> <p>O profissional de saúde deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Higienizar as mãos antes de entrar e depois de sair do quarto; - Usar bata/avental e luvas limpas, colocadas à entrada do quarto e removidas à saída; - Se prestar cuidados a vários doentes no mesmo quarto deve trocar a bata/avental e as luvas antes de passar ao doente seguinte; - Usar máscara com capacidade de filtração de partículas de tamanho inferior a 5 micar (N95 ou FFP2), sendo colocado antes de entrar no quarto e removido à saída. <p>A porta do quarto deve estar fechada (Bastos, 2023).</p>	

MONITORIZAÇÃO/AVALIAÇÃO:

A implementação do presente Procedimento é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:

- ❖ Auditoria/ grau de cumprimento das PBVT, a realizar periodicamente. Os resultados devem ser analisados pela equipa e, se necessário, implementadas medidas de melhoria.
- ❖ Formação profissional/ percentagem de profissionais formados por grupo profissional (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais).

LEGISLAÇÃO, ORDENS DE SERVIÇO, BIBLIOGRAFIA DE SUPORTE:

Celeste Bastos. (2023). *ISOLAMENTO*. <https://doi.org/10.48684/7KT2-E407>

Clack, L., Stühlinger, M., Meier, M. T., et al. (2019). User-centred participatory design of visual cues for isolation precautions. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 8(1), 179. <https://doi.org/10.1186/s13756-019-0629-9>

Direção Geral da Saúde. (2022). Norma 004/2013 de 08/08/2013, atualizada a 27/07/2022, Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos. <http://normas.dgs.min-saude.pt/2013/02/21/vigilancia-epidemiologica-das-resistencias-aos-antimicrobianos/>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. (2012). *Norma 029/2012 de 29/12/2012 atualizada a 31/10/2013: Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. (2013). *Norma 004/2013 de 08/08/2013 atualizada a 27/07/2022: Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos*. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2013/02/21/vigilancia-epidemiologica-das-resistencias-aos-antimicrobianos/>

Portugal, Despacho nº 10901/2022 (2022, Setembro 8), Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). *Diário da República*, 2

(174), pp. 93 – 99
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2022a). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes*. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

European Centre for Disease Prevention and Control. Directory of online resources for prevention and control of antimicrobial resistance and healthcare associated infections. [Internet] 2024 <https://www.ecdc.europa.eu/en/healthcare-associated-infections>

Gonçalves, S., Carmo T. (2022). Implicações das infeções associadas aos cuidados de saúde na gestão em saúde: revisão. *Enfermeira: Cuidados Humanizados*, 11(1), 1-19. DOI: 10.22235/ech.v11i1.2746

Apêndice IV – Estudo de Caso do SMI

A realização de um estudo de caso é um objeto de aprendizagem relativo à aquisição de Competências em EMC-EPSC, plasmando o desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte da qualidade e melhoria contínua.

Para a realização deste trabalho direcionei a minha atenção para o seguinte caso clínico: A.C., sexo masculino, com 75 anos de idade. Recorreu ao SU por quadro de dor abdominal com 4 dias de evolução, apresentando um abdómen timpanizado e distendido. Colocada SNG com drenagem de 6 litros de conteúdo de estase. Após realização de TAC, é verificada uma estenose duodenal.

Admitido no SMI por agravamento da vertente respiratória, ficando com o diagnóstico:

- ✓ Falência Respiratória: Atelectasia da base esquerda;
- ✓ Úlcera duodenal perfurada contida e estenose duodenal;
- ✓ LRA não oligúrica;

À avaliação: A – TOT 7,5; 24 cm CL; B – Conectado a VMI, modo espontâneo, PS 11, FiO₂ 40%, bem adaptado; SPO₂=96%; C – Normotenso (TA=110/55 mmHg); Bradicárdico (FC= 57 bpm); CVC ao nível da subclávia à direita; CA ao nível da artéria radial esquerda; D – Vígil, com abertura ocular espontânea. Não cumpre ordens; GCS 6T; Pupilas isocóricas e issoreativas; Normoglicémico (BM=116 mg/dL); E – Sub-febril (T=37,7°C).

Doente com necessidade de aspiração de secreções muco-purulentas, em quantidade reduzida ao nível da orofaringe e TOT. Apresenta SNG permeável, em drenagem livre com saída de conteúdo biliar. A cumprir Nutrição Parentérica a 42 ml/h.

Relativamente à terapêutica, a realizar perfusão: Pantoprazol a 3 ml/h; Piperacilina/Tazobactam a 8,3 ml/h; PE a 10 ml/h; G5%H₂O a 60 ml/h.

Realizada alternância de decúbitos - posição de Semi-Fowler e semi-dorsal à direita – para alívio das zonas de pressão.

Apresenta sv ch16 com urimeter para controlo de débito urinário.

Após a exposição da situação assistencial e tendo em conta a competência em que a mesma se insere, salienta-se que a PSC “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de

meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19362). Como tal, os cuidados de enfermagem são altamente qualificados, visando manter as suas funções vitais, prevenir complicações e limitar as incapacidades.

Os focos identificados foram recolhidos através do ICNP Browser (2019) e apresentados por ordem dos respetivos códigos.

Foco 1 – **VENTILAÇÃO** (10020704): “Processo do sistema respiratório: deslocar o ar para dentro e para fora dos pulmões com frequência e ritmos respiratórios determinados; profundidade inspiratória e força expiratória”.

Foco 2 – **NUTRIÇÃO PARENTÉRICA** (0003): “Administração de nutrientes por via intravenosa (IV), geralmente incluindo solução de glicose, lípidos, aminoácidos, vitaminas, eletrólitos e minerais, para suprir as necessidades nutricionais de um doente quando a nutrição enteral não é possível ou indicada”.

Este procedimento exige cuidados específicos para evitar complicações como infeções, desequilíbrios eletrolíticos e lesões vasculares.

Mediante os resultados dos focos identificados anteriormente, identificam-se agora os diagnósticos de enfermagem referentes a cada um dos focos, tendo sido os mesmos recolhidos no ICNP Browser (2019).

1 – Ventilação: **Ventilação comprometida.**

2 – Nutrição: **Nutrição comprometida.**

Tendo como ponto de partida os recursos dos diagnósticos identificados, procede-se à identificação das intervenções de enfermagem referentes a cada um deles, as quais também foram recolhidas através do ICNP Browser (2019).

1 – VENTILAÇÃO COMPROMETIDA:

- **Avaliar evolução da ventilação;**
- **Posicionar para otimizar a ventilação.**

A VMI é um tratamento padrão para PSC com insuficiência respiratória, no caso de dispneia marcada. A decisão de iniciar a VMI exige competências, com avaliações repetidas e uma cuidadosa determinação dos riscos e benefícios. As competências específicas para a prática de enfermagem à PSC em VMI incluem o conhecimento dos

ventiladores, técnicas invasivas para prevenção de complicações e previsão de risco para uma gestão segura (Tsukuda et al., 2023). Neste pressuposto, os enfermeiros necessitam de: verificar a pressão do cuff e manter entre 20-30 cmH₂O; fixar o tubo endotraqueal adequadamente, com fita de nastro e realizar substituição do mesmo após cuidados de higiene e SOS; confirmar que todos os alarmes estão ligados e regulados; vigiar os sinais de alarme do ventilador, tais como pressões elevadas e proceder à respetiva resolução de problemas; manter elevação da cabeceira entre 30-45°; aspiração de secreções conforme necessidade; avaliar os doentes sedados por meio de escala de sedação; promover e participar na realização diária de provas de ventilação espontânea aos doentes candidatos a extubação; avaliar e registar a dor; posicionar o doente com uso de mobilizações ativas e passivas.

Desta forma, as intervenções de enfermagem visam garantir a manutenção de uma oxigenação/ventilação adequada; permitir o equilíbrio ácido-base; garantir a limpeza efetiva da via aérea; prevenir traumas e infeção; e promover a segurança do doente.

2 – NUTRIÇÃO COMPROMETIDA:

- Avaliar o risco nutricional

- Intervenção nutricional

A avaliação do risco nutricional à PSC em UCI é essencial para melhorar os desfechos clínicos, diminuir as complicações, otimizar o tempo de recuperação e reduzir o tempo de internamento. As PSC, que enfrentam condições agudas graves, frequentemente, revelam suscetibilidade para a desnutrição devido à combinação de vários fatores, designadamente, alterações no metabolismo, diminuição da ingestão alimentar e aumento das necessidades nutricionais. Por conseguinte, a avaliação nutricional ajuda a identificar as PSC em risco e a individualizar as intervenções nutricionais para minimizar tais riscos (Cattani et al., 2020).

De acordo com a CIPE, a Nutrição Parenteral (NP) é definida como a administração de nutrientes diretamente na corrente sanguínea, por via intravenosa, para fornecer a energia e os nutrientes necessários a pessoas que não se conseguem alimentar por via oral ou enteral. A NP é utilizada em casos de distúrbios gastrointestinais graves, situações de jejum prolongado ou falência dos órgãos digestivos.

A avaliação do risco nutricional é um processo de identificação da PSC que pode estar desnutrida ou em risco de desnutrição para determinar se está indicada uma avaliação

nutricional pomenorizada e uma intervenção adequada (Robinson et al., 2018).

Assim, é o primeiro passo do processo de cuidados nutricionais e, segundo a Sociedade Europeia de Nutrição Entérica e Parentérica, uma ferramenta de avaliação nutricional deve responder às seguintes quatro questões básicas: (1) Qual é o estado nutricional atual da pessoa crítica? (2) O estado nutricional da pessoa crítica é estável? (3) O estado nutricional da pessoa crítica pode piorar? (4) O processo da doença pode acelerar a deterioração da nutrição? O Índice de Massa Corporal (IMC), a perda de peso corporal, o relatório de diminuição da ingestão de alimentos e a procura metabólica da doença são, normalmente, incluídos nos instrumentos de avaliação para responder a estas questões, respetivamente (Kondrup et al., 2003). Existe um consenso internacional de que a avaliação nutricional deve ser efetuada na admissão hospitalar, nas primeiras 24-72 horas, para todos os doentes, cujo objetivo é reduzir a incidência de desnutrição e as suas consequências deletérias (Maciel et al., 2019; Cattani et al., 2020).

A monitorização e a avaliação da nutrição são importantes para compreender e enfrentar os desafios heterogéneos durante a intervenção nutricional na pessoa em situação crítica. Os biomarcadores e os parâmetros clinicamente avaliáveis que refletem o estado metabólico são essenciais para satisfazer as necessidades do metabolismo durante a doença crítica, para prevenir as perturbações fisiológicas associadas, minimizar o nutri-trauma e, eventualmente, para garantir a consecução dos objetivos ideais (Guan et al., 2024). A intervenção nutricional é um tratamento básico, mas complexo, e a monitorização e a avaliação são necessárias e integrais ao longo de todo o processo de tratamento. As “Guidelines for Nutritional Support in Critically Ill Patients (Draft)”, publicadas em 2006, baseavam-se principalmente no consenso de peritos e em evidências limitadas. Porém, houve mudanças e avanços, desde então (Guan et al., 2024).

A intervenção nutricional precoce e intensiva proporciona resultados benéficos para a pessoa em situação crítica internada em UCI. Assim, a precisão na identificação e na gestão da desnutrição torna-se crucial para que os resultados possam ser otimizados e os recursos usados com eficácia. Na PSC, as respostas metabólicas graves estão ainda mais presentes, o que a predispõe a uma maior suscetibilidade de desnutrição, impondo, por parte dos profissionais de saúde, no caso concreto do EEEMC-PSC, uma avaliação precoce do seu estado nutricional, o que justificou a realização deste estudo de caso clínico.

- Avaliação e monitorização contínua:

Realizar uma anamnese, uma recolha de informação, idealmente com a própria pessoa ou se não tiver capacidades para tal, recolher com os familiares e/ou cuidadores informais, sobre hábitos alimentares, restrições, alergias, periodicidade das refeições. Os objetivos

são identificar padrões alimentares inadequados; avaliar regularmente o estado nutricional, por meio de exames laboratoriais (albumina, pré-albumina, eletrólitos) e monitorização do peso corporal; observar sinais clínicos de desnutrição (pele seca, perda de massa muscular, fadiga).

- Educação nutricional:

Orientar a pessoa, família e/ou cuidadores sobre a importância de uma alimentação equilibrada; promover escolhas alimentares saudáveis e adaptadas às preferências e condições da pessoa.

- Coordenação com a equipa multidisciplinar:

Comunicar os resultados da avaliação nutricional à equipa médica e nutricionista.

A realização deste estudo de caso clínico traduziu-se na aquisição de competências para o meu futuro exercício profissional, enquanto Enfermeiro Especialista. Traduz também aprendizagem e inovação, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados à PSC em UCI. O meu desígnio passa por ter cada vez mais uma compreensão profunda dos meandros da prática de enfermagem, uma vez que o Enfermeiro Especialista, como defende Benner (2005), utiliza a sua vasta experiência e competências clínicas para antecipar e instituir alterações subtis nas condições dos doentes ou de situações clínicas. Este sabe como definir prioridades e detém vários tipos de saberes: o saber fazer, saber ser e saber estar.

Referências Bibliográficas

Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica em enfermagem*. 2.^a ed. Coimbra: Quarteto. ISBN: 989-558-052-5.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2018) Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos [PPCIRA]. (2018). Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: relatório anual do Programa Prioritário 2018. Direção-Geral da Saúde.

Guan, X., Chen, D., & Xu, Y. (2024). Clinical practice guidelines for nutritional assessment and monitoring of adult ICU patients in China. *Journal of Intensive Medicine*, 4(2), 137–159. <https://doi.org/10.1016/j.jointm.2023.12.002>

- Havaladar AA. Pain Assessment in Intensive Care Unit: A Forgotten Entity or a Quality Indicator? *Indian J Crit Care Med.* 2022 Summer;26(4):419-420. doi: 10.5005/jp-journals-10071-24191.
- ICNP. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem®*, Versão 2019. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Michels JD, Meis J, Sturm N, Bornitz F, von Schumann S, Weis A, Neetz B, Bentner M, Forstner J, Litke N, Wensing M, Erdmann S, Grobe T, Frerk T, Kempa A, Neurohr C, Schneider A, Müller M, Herth FJF, Szecsenyi J, Trudzinski FC; PRiVENT-Study Group. Prevention of invasive ventilation (PRiVENT)-a prospective, mixed-methods interventional, multicentre study with a parallel comparison group: study protocol. *BMC Health Serv Res.* 2023 Mar 30;23(1):305. doi: 10.1186/s12913-023-09283-0
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018a). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135, 19359- 19370. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018b). Parecer n.º 15/2016. Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviço de Medicina Intensiva. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. pp. 1-4.
- Tsukuda M, Fukuda A, Shogaki J, Miyawaki I. Validity and Reliability of a Short Form of the Questionnaire for the Reflective Practice of Nursing Involving Invasive Mechanical Ventilation: A Cross-Sectional Study. *Nurs Rep.* 2023 Sep 1;13(3):1170-1184. doi: 10.3390/nursrep13030101.

Apêndice V – Questionário de recolha de dados

30/01/25, 10:29

O Enfermeiro de Ambulância de Suporte Imediato de Vida:

O Enfermeiro de Ambulância de Suporte Imediato de Vida:



Caro Enfermeiro:

No âmbito da investigação intitulada "O enfermeiro de ambulância de suporte imediato de vida: relação das competências com o ambiente da prática de cuidados e o nível do stress", com a equipa de investigação - Professor Doutor Oliveira Ribeiro (investigador responsável e professor da Escola Superior de Saúde de Viseu), Ricardo Jorge Pereira Loureiro (estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médica-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - 1ª Edição), Instituto Politécnico de Viseu) solicita a sua colaboração para o preenchimento do seguinte questionário. O presente trabalho surge com o intuito de verificar se existe relação entre as competências com o ambiente da prática de cuidados e o nível de stress vivenciado pelo enfermeiro de ambulância SIM.

Neste sentido, poderão participar todos os enfermeiros a exercer funções nas ambulâncias de suporte imediato de vida (SIMV) de Portugal Continental. Solicitamos a sua colaboração para o preenchimento deste questionário que demorará cerca de 10 minutos. Este é de carácter **anónimo** e de participação **voluntária**. As respostas são **confidenciais** e todas são válidas pois traduzem a **sua opinião**. Os dados recolhidos serão tratados, analisados e divulgados de acordo com as regras da investigação científica. **Qualquer tipo de informação adicional poderá ser solicitada através do contacto para Ricardo Jorge Pereira Loureiro: ricardoloureiro1998@gmail.com**. Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pede-se que **não deixe de responder a nenhuma questão**. **Agradecemos, desde já, a sua participação.**

* Obrigatória

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

Caro(a) Enfermeiro (a), Estamos a realizar um estudo sobre **O enfermeiro de ambulância de suporte imediato de vida: relação das competências com o ambiente da prática de cuidados e o nível do stress**. A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário. Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional. - *Declaro ter compreendido os objetivos do estudo, expostos pelo investigador que assina este documento;* - *Declaro ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido respostas esclarecedoras;* - *Declaro ter-me sido assegurada que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;* - *Declaro ter sido garantida que não haverá prejuízos dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;* Assim, depois de devidamente informado(a) **autorizo a participação** neste estudo.

*Se **ACEITOU** participar, solicitamos que após concluir o preenchimento deverá clicar no botão "Gravar" (junto inferior esquerdo do ecrã) de forma a submeter as suas respostas. Se assinou **NÃO** a sua colaboração no presente estudo está concluída. **Em ambos os casos agradecemos a atenção dispensada.**

Sim

Não

30/01/25, 10:29

O Enfermeiro de Ambulância de Suporte Imediato de Vida

Caracterização Sociodemográfica e Profissional

2. Género *

- Masculino
- Feminino
- Prefere não responder

3. Idade *

4. Habilitações Académicas *

- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-Graduação
- Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem (especialidade)
- Mestrado
- Doutoramento

5. Pós-Graduação, qual?

6. Pós-Licenciatura de Especialização, qual?

7. Tipo de Gestão da Organização onde trabalha *

- Pública
- Privada
- Público-Privada

30/01/25, 10:29

O Enfermeiro de Ambulância de Suporte Imediato de Vida

8. Vínculo Contratual *

- Contrato de Trabalho em Função Pública (Funcionário Público)
- Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado (CIT)
- Contrato Individual de Trabalho a Termo Resolutivo (Termo Certo)
- Prestação de serviços / recibos verdes
- Outro, Qual?

9. Outro tipo de Vínculo Contratual? Qual? *

10. Categoria Profissional *

- Enfermeiro(a)
- Enfermeiro(a) especialista
- Enfermeiro(a) gestor (ou equivalente/nomeado)
- Enfermeiro(a) supervisor(a) / em função de direção (ou equivalente/nomeado)
- Enfermeiro(a) diretor(a)
- Investigação/Docência

11. Tempo de Exercício Profissional *

O valor deve ser um número

12. Tempo de Exercício Profissional em ambulâncias SIV *

O valor deve ser um número

30/01/25, 10:29

O Enfermeiro de Ambulância de Suporte Imediato de Vida:

13. Tipo de horário de trabalho (relativo à sua atividade principal) *

- Fixo, em qualquer dia da semana
- Fixo, apenas em dias úteis
- Rotativo, em qualquer dia da semana
- Rotativo, apenas em dias úteis
- flexível, não previsível
- Outro: Qual?

14. Outro tipo de horário de trabalho? Qual? *

15. Possui competência acrescida diferenciada em emergência extra-hospitalar? *

- Sim
- Não

16. Carga horária semanal de trabalho normal contratada (relativo à sua atividade principal)

- 35 horas semanais
- 40 horas semanais
- Outras? Quantas Horas?

17. Outras? Quantas Horas? *

18. Localização Geográfica da Organização *

- Norte
- Centro
- Lisboa e Vale do Tejo
- Alentejo
- Algarve

30/01/25, 10:29

O Enfermeiro de Ambulância de Suporte Imediato de Vida

Escala *Ambulance Nurse Competence Scale* de Nilsson et al. (2020)

Escala de Competências dos Enfermeiros em funções nas Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida

19. Cuidados de enfermagem *

	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
Aplicar uma abordagem sistematizada na prestação de cuidados à pessoa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identificar novos sinais e sintomas, promover o bem-estar e evitar sofrimento com os cuidados prestados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajustar o ritmo da prestação de cuidados ao estado da pessoa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desenvolver uma prática de cuidados que respeita os direitos e a dignidade da pessoa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar, registar e reportar a avaliação e prestação de cuidados para garantir a segurança da pessoa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organizar a prestação de cuidados para promover o bem-estar da pessoa, família e/ou cuidador.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identificar e intervir no controlo da infeção associada aos cuidados de saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequar a informação e ensinos à pessoa, família e/ou cuidador.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30/01/25, 10:29

O Enfermeiro de Ambulância de Suporte Imediato de Vida:

20. Cuidados de enfermagem baseados em valores (valores éticos e normas deontológicas) *

	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
Promover a participação de pessoa, familiares e/ou cuidador na promoção da saúde e autocuidado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover os cuidados à pessoa falecida e colaborar com os restantes profissionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identificar a pessoa com comportamentos de risco e promover cuidados adequados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identificar situações de abuso e/ou violência à pessoa, família e/ou cuidador e atuar de acordo com a legislação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identificar questões éticas relacionadas à escassez de recursos e à organização de cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30/01/25, 10:29

O Enfermeiro de Ambulância de Suporte Imediato de Vida

21. Abordagem técnica *

	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
Avaliar a pessoa com recurso à metodologia ABCDE, planejar, executar e avaliar as intervenções.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interpretar sinais vitais e outros sinais/sintomas e, assim, fundamentar a tomada de decisão sobre os cuidados necessários.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Decidir, administrar e avaliar o tratamento farmacológico com base nos protocolos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usar adequadamente e os equipamentos disponíveis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realizar e avaliar os cuidados prestados de acordo com o estado da pessoa durante o transporte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Cuidados de enfermagem na comunidade *

	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
Recorrer a uma abordagem profissional, respeitando o espaço/ambiente e da pessoa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recorrer a uma abordagem ética nos vários ambientes da prestação de cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interagir e comunicar com a família/cuidadores para garantir cuidados seguros e de qualidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover o transporte da pessoa em segurança.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30/01/25, 10:29

O Enfermeiro de Ambulância de Suporte Imediato de Vida:

23. Cuidados de enfermagem em eventos de exceção *

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Utilizar as tecnologias de informação e de comunicação nas adequadas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identificar ambientes de risco e promover a segurança.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estabelecer prioridades de atuação em situações/ambientes de risco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elaborar triagem multivítimas em situações de exceção.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prever e corrigir sistematicamente os problemas relacionados com situações NRBC.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Decidir os cuidados prioritários prestados no local.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colaborar na triagem multivítimas com outras equipas diferenciadas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colaborar com as várias entidades envolvidas no evento de exceção.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30/01/25, 10:29

O Enfermeiro de Ambulância de Suporte Imediato de Vida:

24. Gestão de liderança *

	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
Partilhar experiências entre pares e incentivar a análise reflexiva de todo o trabalho desenvolvido (debriefing).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizar o conhecimento e a experiência da equipa multidisciplinar para objetivos comuns.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gerir de forma eficaz o custo/benefício dos recursos inerentes à prestação de cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Supervisão e conduta profissional *

	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
Assumir a responsabilidade e de supervisão nos cuidados de enfermagem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adotar uma atitude que dignifique a Enfermagem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assumir a responsabilidade e pelo incumprimento dos protocolos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assumir a responsabilidade da supervisão contínua dos estagiários.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30/01/25, 10:29

O Enfermeiro de Ambulância de Suporte Imediato de Vida:

26. Investigação e desenvolvimento profissional *

	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
Identificar necessidades de investigação científica e contribuir para a prática baseada em evidências.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fundamentar a atuação utilizando a evidência científica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequar a utilização dos meios de informação e comunicação para a gestão de dados de enfermagem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colaborar no desenvolvimento de tecnologias e equipamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identificar problemas e contribuir para a segurança do doente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Partilhar conhecimentos com outros profissionais, com os doentes e comunidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30/01/25, 10:29

O Enfermeiro de Ambulância de Suporte Imediato de Vida

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 Itens de Lovibond e Lovibond

Adaptada por Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação. Se se enganar, por favor, seleccione aquela que, para si, é mais verdadeira. A resposta sincera às questões que colocamos é importante. Garantimos que todas as informações prestadas serão absolutamente confidenciais e utilizadas apenas para efeitos de estudo.

A classificação é a seguinte:

- 0 – Não se aplicou nada a mim
- 1 – Aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – Aplicou-se a mim muitas vezes
- 3 – Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

27. Pergunta

	0	1	2	3
Tive dificuldade em me acalmar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti a minha boca seca.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti dificuldades em respirar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti tremores (por ex.: nas mãos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30/01/25, 10:29

O Enfermeiro de Ambulância de Suporte Imediato de Vida:

28. Pergunta

	0	1	2	3
Dei por mim a ficar agitado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti dificuldade em relaxar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti-me demasiado melancólico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estive intolerante em relação a qualquer coisa que impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti-me quase a entrar em pânico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti que não tinha muito valor como pessoa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti que por vezes estava sensível.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti que a vida não tinha sentido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30/01/25, 10:29

O Enfermeiro de Ambulância de Suporte Imediato de Vida.

Escala "Indicadores de Qualidade do Ambiente da Prática de Enfermagem"

Considerando a sua opinião, sinalize com um círculo (O) o grau de concordância que atribui a cada item. Para o efeito, utilize a seguinte escala:

- 1 - Muito inadequado
- 2 - Inadequado
- 3 - Adequado
- 4 - Muito adequado

30/01/25, 10:29

O Enfermeiro de Ambulância de Suporte Imediato de Vida:

30/01/25, 10:29

O Enfermeiro de Ambulância de Suporte Imediato de Vida:

29. Suporte à Equipa e Desenvolvimento Profissional

	1	2	3	4
A direção de enfermagem sensibiliza/influencia a tomada de decisão dos enfermeiros sobre a especialização profissional/dinâmica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A direção de enfermagem tem diretrizes e estratégias concretas para o desenvolvimento da formação dos seus enfermeiros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O hospital oferece recursos suficientes para o desenvolvimento da equipa de enfermagem e obtém resultados concretos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem mecanismos para desenvolver a competência profissional da equipa e, avalia-a regularmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apoia e inspira a equipa de enfermagem no desenvolvimento da carreira profissional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O enfermeiro tem oportunidade de desempenhar diferentes papéis e funções (gestores de caso, chefes de equipa e algumas coordenações de enfermagem).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contribui para o desenvolvimento profissional da prática de enfermagem e fornece exemplos inovadores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O desenvolvimento profissional dos enfermeiros articula-se com padrões.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30/01/25, 10:29

O Enfermeiro de Ambulância de Suporte Imediato de Vida:

internacionais e com estratégias concretas.

Integra as orientações da direção de enfermagem nas decisões profissionais.

A organização fornece suporte e recursos necessários a direção/departamento de enfermagem.

Respeita as decisões da direção/departamento de enfermagem relacionadas com os recursos humanos.

Recompensa ou elogia os restantes enfermeiros quando têm bom desempenho.

Tem serviços/departamentos que apoiam e ajudam os enfermeiros a lidar com diferentes dificuldades (eventos adversos /gestão de risco clínico, queixas de clientes, entre outras).

Há diversas vias para a equipa de enfermagem expressar as suas preocupações e enfrentá-las de forma eficaz.

A equipa de enfermagem participa na formulação de políticas de gestão de enfermagem.

Tem um planeamento flexível das intervenções de enfermagem, de acordo com as diferentes necessidades.

30/01/25, 10:29

O Enfermeiro de Ambulância de Suporte Imediato de Vida

30. Organização e Gestão da Equipa

	1	2	3	4
Tem equipamentos/ dispositivos ergonómicos (mesas e cadeiras, carros de trabalho, luzes e espaço suficiente).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem uma clara divisão do trabalho entre a equipa e pode implementá-lo devidamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem uma boa comunicação e colaboração entre a equipa multidisciplinar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem mecanismos de prevenção e gestão de conflitos entre a equipa multidisciplinar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem mecanismos para facilitar a cooperação entre os membros da equipa de enfermagem dentro da unidade e com as outras unidades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros gestores promovem a simplificação dos procedimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A equipa de enfermagem simplifica determinados procedimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha avaliação da eficácia da simplificação dos procedimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A organização incentiva a participação na simplificação do trabalho e fornece incentivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem apoio e ajuda da equipa multidisciplinar para simplificação dos procedimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem sistemas				

30/01/25, 10:29

O Enfermeiro de Ambulância de Suporte Imediato de Vida:

31. <small>autodetermina o reforço de segurança do doente (sistema de código de barras de</small>	Prática de Enfermagem Segura			
	1	2	3	4
Tem um Serviço de Saúde Ocupacional disponível que intervém e tem mecanismos de gestão da saúde dos funcionários, pode avaliar e propor melhorias para o seu funcionamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem mecanismos de compensação de riscos profissionais que pode implementá-los.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implementa avaliação e melhoria do risco do Ambiente de Prática de Enfermagem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem políticas e procedimentos operacionais para prevenir e lidar com a violência no local de trabalho (bullying, agressão sexual) e assédio sexual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem mecanismos de denúncia de violência e assédio sexual no local de trabalho e gestão apropriada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem suporte e orientação para funcionários, vítimas de violência no local de trabalho ou assédio sexual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem um sistema flexível de reforço de assistentes operacionais que pode mobilizar para manter cargas de trabalho razoáveis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30/01/25, 10:29

O Enfermeiro de Ambulância de Suporte Imediato de Vida.

32. Sistemas de Informação e Controlo do Risco

	1	2	3	4
Implementa o plano de controlo de infeção e outras medidas de gestão de risco clínico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem equipamentos/ dispositivos de proteção individual para reduzir os riscos biológicos (fluidos corporais, sangue e resíduos potencialmente infecciosos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem equipamentos/ dispositivos de proteção para reduzir os riscos físicos (aparelhos elétricos, radiação, temperatura, ruído).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem equipamentos/ dispositivos de proteção para reduzir os riscos químicos (medicamentos, materiais orgânicos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem sistemas de informação de enfermagem e equipamento informático suficientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem sistemas de informação de enfermagem que atendem às necessidades do trabalho da equipa de enfermagem (sistema de registos de enfermagem, pesquisa de dados, entre outros).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os sistemas de aprendizagem e gestão são informatizados (e-learning, formações, entre outros).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30/01/25, 10:29

O Enfermeiro de Ambulância de Suporte Imediato de Vida:

33. Salário e Bem-Estar

	1	2	3	4
Tem salário semelhante ao restante mercado de trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem compensação noturna (horas de qualidade) semelhante ao restante mercado de trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem um sistema de progressão da carreira de enfermagem resultante da avaliação do desempenho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem excelentes programas de bem-estar (seguro de trabalho, seguro de acidentes pessoais, fardas e a sua lavagem, subsídio de refeição, transporte, licença de casamento, entre outros).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem uma cultura de respeito mútuo entre os membros da equipa multidisciplinar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As equipas médicas e hospitalares reconhecem a contribuição dos enfermeiros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A direcção de enfermagem participa nas reuniões do hospital (reuniões relacionadas com o orçamento, desempenho, recompensas, recursos humanos e gestão de qualidade).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Este conteúdo não é criado nem endossado pela Microsoft. Os dados que você enviar serão enviados ao proprietário do formulário.

 Microsoft Forms

Apêndice VI – Autorização do autor da Escala Competências de Enfermeiro de Ambulância

30/03/25, 23:14

Gmail - Pedido de autorização para a utilização da Escala Competências de Enfermeiro de Ambulância



Ricardo Loureiro <ricardoloureiro1998@gmail.com>

Pedido de autorização para a utilização da Escala Competências de Enfermeiro de Ambulância

2 mensagens

Ricardo Loureiro <ricardoloureiro1998@gmail.com>
Para: enfnelsonramos@gmail.com

14 de junho de 2024 às 10:29

Exmo. Sr. Enfermeiro Nelson Miguel Ramos Camelo

O meu nome é Ricardo Jorge Pereira Loureiro, sou Enfermeiro e encontro-me neste momento a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, orientado pelo Professor Doutor Olivério Ribeiro.

Estou presentemente a desenvolver a dissertação de mestrado com o tema "O enfermeiro de ambulância de suporte imediato de vida: relação das competências com o ambiente da prática de cuidados e o nível do stress". Neste contexto e tendo conhecimento de que construiu e validou a Escala Competências de Enfermeiro de Ambulância, para o contexto português, solicito a Vossa Excelência que autorize a sua utilização no trabalho que me proponho desenvolver. Caso me autorize a utilização da escala, gostaria de solicitar o envio da mesma.

Agradeço desde já a sua disponibilidade, e no caso de obter resposta positiva, comprometo-me a fornecer-lhe os resultados obtidos no meu estudo.

Sem outro assunto de momento, despeço-me com os melhores cumprimentos,

Ricardo Jorge Pereira Loureiro

Viseu, 14 de junho de 2024

Sem vírus. www.avast.com

Nelson Miguel Ramos <enfnelsonramos@gmail.com>
Para: Ricardo Loureiro <ricardoloureiro1998@gmail.com>

18 de junho de 2024 às 15:38

Boa tarde Ricardo.

Desde já dar-lhe os parabéns pelo tema do seu trabalho.

Tem autorização para utilização da escala garantindo os devidos direitos.

Como solicitado segue em anexo.

Qualquer outro assunto que possa ajudar, estou disponível para colaborar.

Cumprimentos

[Citação ocultada]



Escala CEA Camelo & Martins.pdf
180K

Apêndice VII – Autorização do autor da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

30/03/25, 23:18

Gmail - Pedido de autorização para a utilização da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)



Ricardo Loureiro <ricardoloureiro1998@gmail.com>

Pedido de autorização para a utilização da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

2 mensagens

Ricardo Loureiro <ricardoloureiro1998@gmail.com>
Para: jlpr@fpce.up.pt

14 de junho de 2024 às 10:33

Exmo. Sr. José Luís Pais Ribeiro

O meu nome é Ricardo Jorge Pereira Loureiro, sou Enfermeiro e encontro-me neste momento a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, orientado pelo Professor Doutor Olivério Ribeiro.

Estou presentemente a desenvolver a dissertação de mestrado com o tema "O enfermeiro de ambulância de suporte imediato de vida: relação das competências com o ambiente da prática de cuidados e o nível do stress". Neste contexto e tendo conhecimento de que desenvolveram a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21), para o contexto português, solicito a Vossa Excelência que autorize a sua utilização no trabalho que me proponho desenvolver. Caso me autorize a utilização da escala, gostaria de solicitar o envio da mesma.

Agradeço desde já a sua disponibilidade, e no caso de obter resposta positiva, comprometo-me a fornecer-lhe os resultados obtidos no meu estudo.

Sem outro assunto de momento, despeço-me com os melhores cumprimentos,

Ricardo Jorge Pereira Loureiro

Viseu, 14 de junho de 2024

Sem vírus. www.avast.comJosé Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>
Para: Ricardo Loureiro <ricardoloureiro1998@gmail.com>

15 de junho de 2024 às 10:07

Caro Colega

Autorizamos o uso da versão da EADS-21 que desenvolvemos para uso com a população portuguesa. A escala encontra-se no texto de validação cujo link enviamos. No texto em link e nas referências desse texto encontra toda a informação necessária.

<https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1058/1/PSD%202004%205%282%29%20229-239.pdf>

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 985045590

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=39f9c91e9b&view-pt&search=all&permthid=thread-a-r-4499246771407339885&simpl=msg-a-r-5034187246...> 1/2

Apêndice VIII – Autorização da autora da Escala Indicadores de Qualidade do Ambiente da Prática de Enfermagem (IQN-WE-PT)

30/03/25, 23:20 Gmail - Pedido de autorização para a utilização da Escala The Indicators of Quality Nursing Work Environments para o contexto...



Ricardo Loureiro <ricardoloureiro1998@gmail.com>

Pedido de autorização para a utilização da Escala The Indicators of Quality Nursing Work Environments para o contexto cultural português

2 mensagens

Ricardo Loureiro <ricardoloureiro1998@gmail.com>
Para: epsousa@campus.esel.pt

14 de junho de 2024 às 10:28

Exma. Sra. Enfermeira Eliana Patrícia Martins de Sousa

O meu nome é Ricardo Jorge Pereira Loureiro, sou Enfermeiro e encontro-me neste momento a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, orientado pelo Professor Doutor Olivério Ribeiro.

Estou presentemente a desenvolver a dissertação de mestrado com o tema "O enfermeiro de ambulância de suporte imediato de vida: relação das competências com o ambiente da prática de cuidados e o nível do stress". Neste contexto e tendo conhecimento de que traduziu e validou a Escala The Indicators of Quality Nursing Work Environments para o contexto cultural português, solicito a Vossa Excelência que autorize a sua utilização no trabalho que me proponho desenvolver. Caso me autorize a utilização da escala, gostaria de solicitar o envio da mesma.

Agradeço desde já a sua disponibilidade, e no caso de obter resposta positiva, comprometo-me a fornecer-lhe os resultados obtidos no meu estudo.

Sem outro assunto de momento, despeço-me com os melhores cumprimentos,

Ricardo Jorge Pereira Loureiro

Viseu, 14 de junho de 2024



Sem vírus. www.avast.com

ELIANA PATRÍCIA MARTINS DE SOUSA <epsousa@campus.esel.pt>
Para: Ricardo Loureiro <ricardoloureiro1998@gmail.com>

17 de junho de 2024 às 17:28

Boa Tarde, Enfermeiro Ricardo.

Agradeço desde já a escolha da escala The Indicators of Quality Nursing Work Environments para desenvolver ao longo do seu Mestrado.

Autorizo a utilização da versão portuguesa desta mesma escala, que lhe envio em anexo, e agradeço que no final me forneça os resultados que obteve.

Muito obrigada!

Se precisar de algum esclarecimento, estou ao seu dispor.

Cumprimentos,
Eliana Sousa
[Citação ocultada]



Escala IQN_WE_PT.pdf
110K

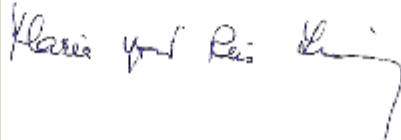
Apêndice IX – Parecer Comissão de Ética IPV



(parecer_versão004.19.02.21)

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

Formulário para Avaliação Ética de Estudos de Investigação

Título do projeto	O enfermeiro de ambulância de suporte imediato de vida: relação das competências com o ambiente da prática de cuidados e o nível do stresse
Proponentes do projeto	Ricardo Jorge Pereira Loureiro
Investigador responsável	Professor Doutor Olivério Ribeiro
Data de submissão	30/01/2025
Data da aprovação do parecer	27/02/2025
A presidente da CE do IPV	 Maria João Reis Lima

PARECER N.º 09/SUB/2025

<input checked="" type="checkbox"/> PARECER ÉTICO FAVORÁVEL (a proposta é eticamente aceitável)	Motivos
<input type="checkbox"/> PARECER ÉTICO FAVORÁVEL COM RECOMENDAÇÕES (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos e recomendações)	Motivos
<input type="checkbox"/> PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL	Motivos Com possibilidade de resubmissão após consideração das recomendações