



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Desafios da reanimação intra-hospitalar: perceção das dificuldades dos enfermeiros no internamento e da equipa da emergência médica intra-hospitalar

Susana Filipa Almeida Marques, n.º 4115

Março de 2025



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Desafios da Reanimação Intra-Hospitalar: perceção das dificuldades dos enfermeiros no internamento e da Equipa da Emergência Médica Intra-hospitalar

Susana Filipa Almeida Marques, n.º 4115

**Relatório Final em Contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados
Intensivos**

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica Pessoa em Situação
Crítica, 1.ª edição.

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Teresa Silveira Lopes

Março de 2025

*“Os analfabetos do próximo século não são aqueles que não sabem ler ou escrever,
mas aqueles que se recusam a aprender, reaprender e voltar a aprender.”*

Alvin Toffler

Agradecimentos

Não poderia nunca deixar de agradecer a todos os que me ajudaram neste processo de aprendizagem, às minhas orientadoras e orientador que tão amavelmente integraram-me no seio das suas equipas, tratando-me como par e permitindo-me crescer não só como profissional, mas também como ser humano.

Igualmente, uma palavra de apreço a todos os que se cruzaram comigo nesta jornada e que me facultaram as ferramentas pedagógicas e de investigação necessárias à concretização dos objetivos do Mestrado, partilhando comigo estratégias de melhoria.

Sem dúvida que termino muito mais proficiente.

Aos meus amigos que me encorajaram à realização deste projeto, dando-me uma palavra de alento nos momentos mais negros, ajudando-me na conciliação da vida profissional e académica.

E por fim, mas nunca menos importante à minha base basilar, a minha família. Obrigada por acreditarem que conseguia concretizar este objetivo, mesmo antes de eu mesma acreditar, dando-me apoio incondicional neste projeto e não me deixando desistir nos momentos mais difíceis. Aos meus queridos filhos que contavam os dias até terem a mãe mais disponível, contentando-se com um beijinho na testa enquanto trabalhava no computador, ao meu marido que muitas vezes me substituiu em casa, na nossa imensa ginástica de conciliação de horários e compromissos e aos meus irmãos pelas inúmeras palavras de coragem e alento, bem como apoio em todas as etapas da minha vida. Sem eles não me seria possível aceitar o desafio.

Resumo

Desafios da Reanimação Intra-hospitalar

Enquadramento:

Avaliar a autoeficácia de enfermeiros ao longo das práticas é fundamental à prestação de cuidados e à gestão das organizações de saúde, melhorando o desempenho profissional, a qualidade e segurança dos cuidados e os ganhos em saúde (Carvalho e Lucas, 2020; Soar et al, 2021).

Objetivo:

Identificar as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros em contexto de internamento perante situações de paragem cardiorrespiratória (PCR). Analisar a perceção da equipa de emergência interna sobre as dificuldades dos enfermeiros perante situações de Reanimação Cardiopulmonar (RCP). Analisar os aspetos comuns ou que carecem de intervenção de melhoria.

Metodologia:

O estudo 1 trata-se de um estudo quantitativo, transversal, cuja colheita de dados decorreu através de questionário aos enfermeiros de um hospital português, que trabalham em serviços médico-cirúrgicos de adultos, com aplicação da Escala de Perceção de Dificuldades na Assistência à Paragem Cardiorrespiratória Intra-Hospitalar [EPDAPI] (Catalão e Gaspar, 2017), entre agosto e dezembro de 2024.

O estudo 2 é de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, através de entrevistas semiestruturadas aos elementos da equipa de emergência intra-hospitalar da mesma ULS entre setembro e novembro do mesmo ano. O estudo obteve parecer favorável de comissão de ética.

Resultados:

No estudo 1, os 74 participantes relataram maior dificuldade no fator Atuação em RCP e menor dificuldade nos fatores Resposta em Tempo Útil à Paragem Cardiorrespiratória (PCR) e Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR. A média ponderada total da EPDAPI foi de 4.01 ± 0.34 . Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas relativamente ao fator Competência para a Tomada de Decisão com pontuações inferiores (maior dificuldade) nos enfermeiros com menor experiência ($p=0.004$) e com curso de Suporte Avançado de Vida há mais de 5 anos ($p=0.005$). No fator Resposta em Tempo Útil à PCR existiu diferença estatisticamente significativa, com pontuações inferiores, nos enfermeiros na faixa etária dos

30 aos 39 anos comparando com enfermeiros com 50 ou mais anos ($p=0.001$) e com enfermeiros dos 40 aos 49 anos ($p=0.010$). No fator Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR existiu diferença estatisticamente significativa, com pontuação inferior, nos enfermeiros licenciados comparando com os mestres ($p=0.022$).

No estudo 2 emergiram um conjunto de áreas temáticas como: Critérios de Ativação, Preparação Material, Comunicação, Gestão de emoções, Trabalho de equipa, Formação Contínua e Execução Prática, cada uma delas com subcategorias, com os profissionais a mencionarem fatores dificultadores e/ou fatores facilitadores perante uma prática de Reanimação.

Conclusão:

Os resultados do estudo 1 permitiram identificar aspetos percecionados como de menor dificuldade na reanimação intra-hospitalar, relacionados com a resposta em tempo útil à PCR, a ativação da ajuda, deteção, alerta e resposta à PCR. As principais dificuldades reportam aos fatores de atuação durante a PCR e à competência para a tomada de decisão em RCP, evidenciando a necessidade de implementar estratégias de melhoria.

No estudo 2, as entrevistas à EEMI vão ao encontro das dificuldades da EPDAPI, na Deteção sugerem introdução de sistemas de alerta precoce, na Ativação mencionam benefícios na linguagem estruturada, na Prática clínica reconhecem dificuldades na execução prática por conhecimento desatualizado dos algoritmos como por ausência de familiarização com o carro de emergência, emergindo a definição de papéis e a Formação Contínua como necessidade inequívoca de melhoria contínua.

Palavras-chave: Enfermagem de Cuidados Críticos; Reanimação Cardiopulmonar; Competência Clínica; Formação Contínua.

Abstract

Challenges of In-Hospital Resuscitation

Background:

Assessing nurses' self-efficacy throughout their practices is fundamental to the provision of care and management of healthcare organizations, improving professional performance, quality and safety of care, and health gains (Carvalho e Lucas, 2020; Soar et al, 2021).

Objective:

Identify the difficulties perceived by nurses in the context of the ward when faced with situations of cardiorespiratory arrest. Analyze the perception of the internal emergency team regarding the difficulties faced by nurses, in situations of Cardiopulmonary Resuscitation (CPR). Analyze common areas or areas that require improvement intervention.

Methodology:

Study 1 is a quantitative, cross-sectional study, whose data collection was carried out through a questionnaire administered to nurses at a Portuguese hospital, who work in adult medical-surgical services, using the Scale for the Perception of Difficulties in Assistance to Intra-Hospital Cardiopulmonary Arrest [EPDAPI] (Catalão e Gaspar, 2017), between August and December 2024. Study 2 is a qualitative, descriptive and exploratory study, through semi-structured interviews with members of the hospital emergency team of the same ULS between September and November of the same year. This study received a favorable opinion from the ethics committee.

Results:

In study 1, the 74 participants reported greater difficulty in the CPR Performance factor and less difficulty in the Timely Response to Cardiopulmonary Arrest (CPA) and Activation of Differentiated Aid to CPA factors. The total weighted mean of the EPDAPI was 4.01 ± 0.34 . Statistically significant differences were found in the Decision-Making Competence factor, with lower scores (greater difficulty) in nurses with less experience ($p=0.004$) and with an Advanced Life Support course for more than 5 years ($p=0.005$). In the Timely Response to CPA factor, there was a statistically significant difference, with lower scores, in nurses in the age group of 30 to 39 years compared to nurses aged 50 or over ($p=0.001$) and nurses aged 40 to 49 years ($p=0.010$). In the factor Activation of Differentiated Assistance for CPA, there was a statistically significant difference, with a lower score, for nurses with a degree compared to those with a master's degree ($p=0.022$).

In study 2, a set of thematic areas emerged, such as: Activation Criteria, Material Preparation, Communication, Emotion Management, Teamwork, Continuous Training and Practical Execution, each with subcategories, with professionals mentioning hindering factors and/or facilitating factors when faced with a Resuscitation practice.

Conclusion:

The results of study 1 allowed us to identify aspects perceived as less difficult in in-hospital resuscitation, related to the timely response to CPA, activation of aid, detection, alert and response to CPA. The main difficulties relate to the factors of action during CPA and the competence for decision-making in CPR, highlighting the need to implement improvement strategies. In study 2, the interviews with EEMI meet the difficulties of EPDAPI, in Detection they suggest the introduction of early warning systems, in Activation they mention benefits in structured language, in Clinical practice they recognize difficulties in practical execution due to outdated knowledge of algorithms and lack of familiarity with the emergency vehicle, emerging the definition of roles and Continuous Training as an unequivocal need for continuous improvement.

Keywords: Critical Care Nursing; Cardiopulmonary Resuscitation; Clinical Competence, Continuous Training.

Sumário

Lista de Tabelas.....	18
Lista de Figuras.....	20
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos.....	22
Introdução	24
Parte I	29
Relatório Final de Estágio	31
Estágio I – Serviço Medicina Intensiva.....	32
Desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista	36
Competências comuns de Enfermeiro Especialista	38
1. <i>Responsabilidade profissional, ética e legal</i>	38
2. <i>Melhoria contínua da qualidade</i>	41
3. <i>Gestão dos cuidados</i>	45
4. <i>Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</i>	48
Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica.....	48
1. <i>Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica</i>	51
2. <i>Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;</i>	65
3. <i>Maximiza a Prevenção, Intervenção e Controlo da Infeção e de Resistência a Antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica</i>	66
Estágio II – Serviço Urgência/Emergência.....	72
Desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista	73
Competências comuns de Enfermeiro Especialista	73
1. <i>Responsabilidade profissional, ética e legal</i>	73
2. <i>Melhoria contínua da qualidade</i>	77
3. <i>Gestão dos cuidados</i>	83
4. <i>Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</i>	85
Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica.....	87

1. <i>Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica</i>	87
2. <i>Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação</i>	102
3. <i>Maximiza a Prevenção, Intervenção e Controlo da Infeção e de Resistência a Antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica</i>	107
Das competências de especialista às competências de mestre	109
Conclusão	111
Parte II	115
Trabalho de Investigação	117
<i>Enunciado do problema</i>	117
<i>Objetivos</i>	118
<i>Enquadramento teórico (Estado de Arte)</i>	119
Estudo I	125
Metodologia	125
População e amostra	125
Materiais e Métodos de colheita de dados	125
Procedimentos éticos e formais	127
Tratamento e análise de dados	127
Resultados	128
Discussão de resultados do estudo I	141
Estudo II	157
Metodologia	157
Participantes	157
Materiais e Métodos de colheita de dados	157
Procedimentos éticos e formais	158
Tratamento e análise de dados	159
Apresentação, Análise e Discussão de Resultados	160
Análise de Conteúdo	161
Discussão Final	192
Projeto de melhoria	196

Conclusão	202
Referências bibliográficas	205
Apêndices	232
Anexos	254

Lista de Tabelas

		Pág.
Tabela 1	Categorização Sociodemográfica da amostra	127
Tabela 2	Principais Resultados da aplicação da EPDAPI	130
Tabela 3	Análise correlacional de fatores pela correlação de Spearman	135
Tabela 4	Análise Inferencial pela aplicação de teste não paramétrico	136
Tabela 5	Análise diferencial pela utilização de teste não paramétrico	137
Tabela 6	Categorização das áreas temáticas	159
Tabela 7	Unidade de registo dos critérios de ativação	161
Tabela 8	Unidade de registo da preparação do material	164
Tabela 9	Unidade de registo da comunicação	168
Tabela 10	Unidade de registo da gestão de emoções	172
Tabela 11	Unidade de registo do trabalho de equipa	175
Tabela 12	Unidade de registo da formação contínua	179
Tabela 13	Unidade de registo da execução prática	183

Lista de Figuras

		Pág.
Figura 1	Algoritmo de ressuscitação intra-hospitalar	116
Figura 2	Categorização dos critérios de ativação	160
Figura 3	Categorização da preparação do material	164
Figura 4	Categorização da comunicação	167
Figura 5	Categorização da gestão de emoções	172
Figura 6	Categorização do trabalho de equipa	175
Figura 7	Categorização da formação contínua	178
Figura 8	Categorização da execução prática	182

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AHA	American Heart Association
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CA	Cateter Arterial
CMEMC PSC	Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica
CNT	Competências Não Técnicas
CT	Competências Técnicas
CVC	Cateter Venoso Central
DEA	Desfibrilador Externo Automático
DFEM	Departamento de Formação em Emergência Médica
DGS	Direção-Geral da Saúde
DR	Doença Renal
EAP	Edema Agudo Pulmão
ECG	ElectroCardioGramma
EE	Enfermeiro(a) Especialista
EEMI	Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar
EMC	Enfermagem Médico-Cirúrgica
EPDAPI	Escala de Perceção de Dificuldades na Assistência à PCR Intra-Hospitalar
ERC	European Resuscitation Council
ESO	European Stroke Organisation (Organização Europeia de AVC)
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
ICN	International Council of Nurses
ICNP	Internacional Classification for Nursing Practice
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
IPV	Instituto Politécnico de Viseu
ISMP	Institute for Safe Medication Practices
LASA	Medicamentos 'look-alike sound-alike'
LRA	Lesão Renal Aguda
MAM	Medicamentos de alerta máximo
MAV	Medicamentos de alta vigilância
NAS	Nursing Activities Score
NIHSS	National Institutes of Health Stroke Scale
OE	Ordem dos Enfermeiros

OMS	Organização Mundial da Saúde
PBCI	Precauções Básicas do Controlo de Infeção
PCR	Paragem Cardiorrespiratória
PICCO	Pulse Contour Cardiac Output
PNSD	Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RCP	Reanimação Cardiopulmonar
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SMI	Serviço de Medicina Intensiva
START	Simple Triage and Rapid Treatment
SE	Sala de Emergência
SU	Serviço de Urgência
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
STM	Sistema Triagem Manchester
TA	Tensão Arterial
TAC	Tomografia Axial Computorizada
TCE	Trauma Crânio Encefálico
TISS-28	Therapeutic Intervention Scoring System-28
TXA	Ácido Tranexâmico
UC	Unidade Curricular
ULSVDL	Unidade Local de Saúde de Viseu Dão Lafões
UPP	Úlceras Por Pressão
VM	Ventilação Mecânica
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva
VMNI	Ventilação Mecânica Não Invasiva
VVAVC	Via Verde AVC
VVC	Via Verde Coronária
WHO	World Health Organization

Introdução

A enfermagem enquanto profissão tem evoluído para responder às necessidades cada vez mais complexas da população. Os cuidados de enfermagem, em diferentes contextos de atuação, assumem uma complexidade crescente de conhecimentos e práticas que potenciam novos campos de atuação do exercício profissional autónomo e em contexto de equipa multidisciplinar (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2022).

Enquanto enfermeira de cuidados gerais num serviço de internamento de cirurgia, ao longo dos meus 14 anos de profissão, percebi a necessidade constante de aprimorar e aprofundar os meus conhecimentos, visando melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados. Na minha opinião, a especialização numa área específica da enfermagem é o caminho a percorrer para acompanhar a evolução dos cuidados de saúde. Somente assim será possível prestar um cuidado atualizado, personalizado e individualizado, face à inovação das técnicas que emergem no setor.

Este sentimento, aliado à crescente complexidade dos cuidados e à busca pela excelência na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, levou-me a procurar formação mais especializada e focada nesta área. Assim, ingressei na primeira edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (CMEMC PSC), que visa assegurar o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais, éticas e de investigação para intervir na prestação de cuidados na área clínica de EMC na PSC (ESSV, 2024, p. 13).

O decreto-lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, artigo 20.º, estipula a estrutura do ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre, propondo a realização de “um estágio de natureza profissional objeto de relatório final.” (p. 4151). O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Opção 8: Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos, do CMEMC PSC, primeira Edição, ano letivo 2023/2024, 2.º ano/1.º semestre, da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) do Instituto Politécnico de Viseu (IPV). A referida unidade é constituída por duas componentes: a) Estágio e Relatório da componente clínica; e b) Relatório Final da componente de investigação.

Este relatório foi redigido segundo o novo acordo ortográfico e as normas da American Psychological Association, 7.ª edição (para uniformização de citações e referências bibliográficas), preconizadas pela ESSV, estando descritas no “Guia Orientador de Trabalhos Escritos”, disponibilizado pela escola (ESSV, 2024).

O documento está estruturado em dois grandes capítulos. Após a presente introdução, será apresentado o primeiro capítulo que visa, essencialmente, descrever, com base num

pensamento crítico-reflexivo, o processo de desenvolvimento de competências (comuns e específicas) do enfermeiro especialista (EE) na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica (PSC), conforme preconizado nos regulamentos n.º 140/2019 e n.º 429/2018 da OE, fundamentado pela mais recente evidência científica. Esta aquisição de competências decorreu ao longo dos diferentes estágios integrados na UC 8 (Estágio com Relatório Final em Contexto de Cuidados Intensivos e em Contexto de Urgência e Emergência), realizados na Unidade Local de Saúde de Viseu Dão Lafões (ULSVDL), no período compreendido entre 16 de setembro de 2024 e 31 de janeiro de 2025. Neste percurso foram estabelecidos um conjunto de objetivos gerais e específicos que me propus a alcançar e que passo a citar:

- i. Aplicar os conhecimentos adquiridos, revelando capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações diferenciadoras, relacionados com a área de Especialização em EMC na PSC;
- ii. Apresentar capacidade de tomada de decisão fundamentada, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, atendendo às responsabilidades sociais e éticas nomeadamente no que concerne ao pensamento crítico, qualidade e gestão dos cuidados e desenvolvimento profissional;
- iii. Demonstrar capacidade em integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver pensamento crítico e/ou reflexão sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais;
- iv. Contribuir para o conhecimento e desenvolvimento da profissão de Enfermagem na área de especialização pelo desenvolvimento de um projeto de investigação na área da PSC.

Como objetivos específicos pretendo:

- i. Descrever as principais características dos serviços e dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes nos serviços onde decorreram a UC. O Regulamento das Competências Comuns do EE, artigo 4.º diz que são quatro os domínios das competências comuns dos enfermeiros especialistas e neles inclui o “desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (artigo 8.º). É neste domínio que este objetivo se alicerça, nomeadamente no desenvolvimento do autoconhecimento e a fundamentação da prática clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento.
- ii. Demonstrar, através de uma análise crítica, competências desenvolvidas em estágio, nomeadamente no que concerne ao pensamento crítico, qualidade e gestão dos cuidados e desenvolvimento profissional;
- iii. Compreender o papel do EE em EMC na organização e gestão dos serviços ao nível de recursos materiais, humanos e cuidados de enfermagem, reconhecendo a importância do trabalho em equipa;

- iv. Refletir sobre as competências específicas de EMC na PSC fazendo menção das estratégias adotadas para as adquirir;
- v. Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à PSC e família/cuidadores como sobre situações clínicas, técnicas e intervenções específicas dos locais de estágio;
- vi. Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente/família e relacionar-se de forma terapêutica com respeito pelas suas crenças e cultura;
- vii. Refletir sobre procedimentos estabelecidos na área do controlo da infeção e segurança do doente;
- viii. Ilustrar o percurso realizado nos diferentes contextos de prática clínica, refletindo criticamente sobre as atividades desenvolvidas, constituindo um papel participativo na aprendizagem face às competências especializadas e de enfermeiro mestre em EMC na PSC e desta forma constituir um auxiliar de avaliação.

Após a apresentação do enquadramento teórico e das opções metodológicas utilizadas, são descritos e analisados os resultados obtidos, após o que se apresenta a discussão dos principais resultados, à luz do referencial teórico que serviu de base à conceção do estudo. No final apresentam-se as conclusões da investigação realizada, seguindo-se a referência bibliográfica, os apêndices e anexos.

Cada Estágio foi constituído por um total de 375 horas de estágio, das quais 180 horas foram de contacto e 72 horas de orientação tutorial (ESSV, 2024).

Os estágios estão estruturados de modo a serem um complemento à componente teórica, visando concretizar o desenvolvimento de conhecimentos e competências científicas, técnicas e relacionais adequadas à prestação de cuidados e à investigação na prática especializada em áreas clínicas específicas de médico-cirúrgica, respeitando a intervenção à PSC e a sua família (ESSV, 2024).

O percurso formativo é alicerçado no Código Deontológico do Enfermeiro, no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), e nas competências comuns e específicas do EE em EMC na vertente da PSC.

Os avanços no conhecimento requerem que o enfermeiro especialista (EE) em EMC desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências científicas, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação ou de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências, respeitando o código ético e deontológico profissional (regulamento n.º 429/2018). Nesse sentido farei menção aos trabalhos desenvolvidos em estágio, mas também aos resultados do trabalho de investigação.

As competências do EE à PSC, para além de impulsionar as respostas necessárias

perante situações de catástrofe ou emergência multivítimas e maximizar as intervenções inerentes à prevenção e controlo de infeção, visam também cuidar da pessoa e família a vivenciar situações complexas de doença e/ou falência multiorgânica (regulamento n.º 429/2018). Desta forma, é da sua responsabilidade prestar cuidados à pessoa em situação emergente, antecipando focos de instabilidade e risco de falência orgânica, garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos, efetuar uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa, gerir a comunicação interpessoal que fomenta a relação terapêutica com a pessoa e família e assistir a pessoa nas perturbações emocionais decorrentes da sua situação crítica (regulamento n.º 429/2018).

A investigação é uma prática autónoma do enfermeiro e contribui para a segurança dos cuidados e para a otimização dos resultados em Enfermagem, além de promover o desenvolvimento profissional. Por isso, decisões tomadas com base em informações insuficientes, ou em hábitos, podem levar a erros e resultar na prestação de cuidados de baixa qualidade, ineficazes ou até mesmo prejudiciais ao doente. (Teixeira e Figueiredo, 2020).

As situações de emergência que ocorrem em ambiente intra-hospitalar, têm apresentado um crescente interesse no que diz respeito à investigação. Esta é uma temática de extrema importância, visto que a segurança dos cidadãos a nível intra-hospitalar é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde (despacho n.º 1400-A/2015), tendo em consideração que uma intervenção precoce e adequada pode diminuir a mortalidade e a morbilidade dos doentes hospitalizados que sofrem um processo de deterioração clínica aguda (despacho n.º 9639/2018, Diário da República [DR]).

Desta forma, a prestação de cuidados de enfermagem à PSC compreende “intervenções autónomas e interdependentes realizadas pelo enfermeiro e/ou pelo EE no âmbito das suas qualificações profissionais, tendo por base os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados” (OE, parecer n.º 07/2020, 2020, p. 2). Segundo o regulamento n.º 429/2018, publicado no DR, 2.ª série, n.º 135, de 16 de julho, a PSC é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (p.19362).

No contexto intra-hospitalar, a paragem cardiorrespiratória (PCR) não é súbita e “a identificação de sinais precoces de deterioração clínica são um passo fundamental na melhoria dos ‘outcomes’ e da qualidade dos cuidados nos hospitais” (Caldeira, 2021, p.113). Os sinais e sintomas mais comuns são a alteração do estado de consciência, a taquipneia, a taquicardia e a hipotensão (Caldeira, 2021). De forma a garantir a prevenção e deteção precoce de complicações deve-se assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil, devendo o processo de recolha de dados acontecer de forma sistémica e

sistemática.

Parte I

Relatório Final de Estágio

O regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, publicado em DR, 2.ª série – n.º 135, estabelece as Competências do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área de Enfermagem da PSC. Este refere que os contextos devem ser um serviço de urgência polivalente (SUP), um serviço de medicina intensiva e um serviço opcional que se enquadre nas unidades específicas da PSC (OE, 2018).

O estágio de opção selecionado foi o de Técnicas de Substituição da Função Renal (TSFR). A opção pelo desenvolvimento de competências nesta área adveio do meu interesse pessoal na prestação de cuidados de enfermagem diferenciados à PSC, em particular em TSFR. Este meu interesse cruza-se com os objetivos do curso de mestrado, nomeadamente, o desenvolvimento de competências de conceção e prestação de cuidados à PSC, enfatizando as competências do EE no acompanhamento, da PSC com Lesão Renal Aguda (LRA) e TSFR, e na prevenção de complicações.

Os estágios da UC 8 foram realizados na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e, posteriormente, no Serviço de Urgência (SU), ambos na ULSVDL, no período compreendido entre 16 de setembro de 2024 a 31 de janeiro de 2025.

Conforme o Instrumento de Avaliação dos Estágios de Urgência e Cuidados Intensivos da ESSV do IPV, o estágio visa dotar os estudantes de conhecimentos e competências, predominantemente na área médica e cirúrgica, sobre intervenções de enfermagem face à pessoa com diversas patologias em situação de transição, em contexto de urgência e emergência, nos diferentes domínios, incluindo as competências comuns do EE e as competências específicas do EE em EMC à PSC.

Estágio I – Serviço Medicina Intensiva

Os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, para conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de forma a assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. E se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima. Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, assim como resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação (OE, 2018). Enquadrando-se nos objetivos do curso de mestrado, nomeadamente, o desenvolvimento de competências de conceção e prestação de cuidados à PSC, enfatizando as competências do EE no acompanhamento da PSC com necessidade de monitorização contínua e na prevenção de complicações.

A Medicina Intensiva “*aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente (s) ou estabelecida (s)*” (Paiva, et al, 2017, p. 6).

Segundo o regulamento n.º 533/2014, os Serviços de Medicina Intensiva (SMI) são locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunção de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais. Requerendo recursos importantíssimos para o tratamento de doentes graves ou potencialmente graves, que necessitam de cuidados contínuos e especializados, em consequência de uma ampla variedade de alterações fisiológicas.

As práticas e o conhecimento, que hoje se reconhecem como contributos da Medicina, têm de ter continuidade após a alta do SMI, consoante as características e necessidades de cada caso particular (Feijó, 2020).

O SMI da ULSVDL é classificado como nível III, segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, denominados SMI Polivalentes com, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos equipas funcionalmente dedicadas. Pressupondo a possibilidade de meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários e, devem também dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade, assim como ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos, sendo o rácio enfermeiro/doente preconizado de um para um (regulamento n.º 533/2014).

Assim, os SMI são locais “*qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais e a sua prática, assenta num contínuo de ações e procedimentos (...) de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurados, em função das necessidades do doente*” (Direção-Geral de Saúde [DGS],2003, p.5-6).

Enquanto enfermeira a exercer funções num serviço de internamento cirúrgico da mesma ULS, a realização do estágio no SMI permitiu-me compreender o acompanhamento realizado à PSC internada nesta unidade que, por vezes, após estabilização era transferida para o serviço de internamento, onde desempenho funções profissionalmente.

Numa outra perspetiva tornou-se interessante perceber os cuidados específicos realizados, nesta unidade, bem como a adaptação dos protocolos internos considerando as especificidades da PSC, bem como a utilização de um aplicativo informático diferente do SClínico®, como é o caso do B-Simple Care®.

O SMI da ULSVDL encontra-se inserido na rede de referência hospitalar de medicina intensiva da zona centro e localiza-se no 3.º piso do edifício, tendo acesso direto ao bloco operatório e ao serviço de urgência. O serviço é constituído por duas unidades de cuidados intensivos polivalentes (UCIP 1 e UCIP 2), totalizando uma capacidade de internamento de 20 camas de nível 3. Dispondo de serviço médico e de enfermagem permanente, é um serviço autónomo, com regulamento próprio, que dá apoio a todos os serviços onde existam doentes críticos, como, por exemplo, o SU ou o bloco operatório, responsabilizando-se pela gestão do seu processo de doença.

Estas duas unidades funcionam durante 24 horas, de segunda a domingo, asseguradas por médicos, enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde em carácter permanente. Apoiado por técnicos de eletrocardiografia, imagiologia, hemodinâmica, análises clínicas, fisioterapeutas e dietista/nutricionista, também eles disponíveis 24 horas para a unidade hospitalar.

O cálculo da carga de trabalho de enfermagem permite a distribuição dos enfermeiros atendendo às dotações seguras preconizadas. É realizado através do instrumento Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28), cujo objetivo é classificar a carga de trabalho de enfermagem relativamente à gravidade do doente. O TISS-28 avalia 28 itens, subdivididos em 7 categorias: cuidados básicos, suporte respiratório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas (Miranda, Rijk, e Schaufeli,1996). Este instrumento é preenchido diariamente, pelos enfermeiros escalados no turno da manhã, tendo em consideração os dados retrospectivos das 24 horas anteriores.

No que concerne a esta avaliação e, por entender que ela não refletia a complexidade dos cuidados de enfermagem atualmente prestados na unidade, colaborei na realização do

projeto de implementação da Nursing Activities Score (NAS) pela equipa onde fui inserida.

Os SMI são ambientes destinados ao cuidado de doentes graves, onde o foco da assistência prestada inclui a complexidade da doença na pessoa, a gravidade da disfunção orgânica e o risco de morte iminente. A equipa de enfermagem que atua nesse contexto necessita, além de conhecimentos técnicos, tecnológicos e assistenciais específicos, de competências como tomada de decisão, humanização, equilíbrio emocional, organização, planeamento e trabalho em equipa, visando a qualidade na assistência e segurança do doente (Batassini et al., 2019).

A atividade de enfermagem no SMI é um constante desafio para o profissional, numa área de atuação altamente especializada, estando alicerçada numa equipa multiprofissional com competências em cuidar a PSC, a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil (Pinho, 2020).

Este serviço tem uma estrutura e uma equipa que permite a prestação de cuidados de enfermagem de excelência, onde a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem são uma preocupação constante.

A admissão do doente na unidade requer uma preparação minuciosa da mesma. O enfermeiro testa o ventilador, verifica o funcionamento do insuflador manual, da rampa de oxigénio e do sistema de aspiração. Os cabos de pressão para avaliação da tensão arterial (TA), da saturação de oxigénio e da linha arterial são conectados ao monitor, e este é testado. A seguir, verifica-se se a balança da cama está operacional. O peso inicial do doente é muito importante, pois permite a monitorização do peso, conjuntamente com outros parâmetros, tais como o balanço hídrico, que é um parâmetro importante para a avaliação do estado nutricional do doente crítico. O conhecimento prévio do doente e da terapêutica necessária no imediato facilita o processo de admissão. Quando o doente chega à unidade realizamos o seu acolhimento, procedendo em seguida à monitorização do mesmo e, posteriormente preparamos o material, para auxiliar a equipa médica na execução de alguns procedimentos invasivos, caso sejam necessários como a entubação orotraqueal, colocação de Cateter venoso central (CVC), colocação de linha arterial e/ou cateter de alto fluxo. Só após a realização do raio-x de controlo e confirmação de que está tudo bem, é que se iniciam as perfusões pelo cateter.

Uma vez estabilizado o doente e, conforme o modelo teórico que vigora na instituição - modelo da Virgínia Henderson - o enfermeiro identifica, planeia, controla, coordena e avalia os cuidados prestados desde a admissão até à alta. Esses registos são efetuados no diário de enfermagem.

A organização dos cuidados é primordial e valida o objetivo de desenvolver um método de trabalho eficaz na prestação de cuidados ao doente crítico. A capacidade de estabelecer

prioridades na prestação de cuidados é desenvolvida de forma individual e única para cada doente, mas sistematizada através dos seus diversos sistemas orgânicos, permitindo uma abordagem precisa e eficaz.

Desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista

Este capítulo retrata o percurso efetuado na vertente da aquisição de competências tendo em conta o regulamento das Competências Comuns do EE (2019), e o regulamento das Competências Específicas do EE na área da PSC (2018) e as Competências de Mestre em Enfermagem (2015).

Para além destes documentos farei alusão a outros que considero fundamentais para a sustentação do meu percurso académico.

A enfermagem tem uma participação ativa na qualidade de vida dos cidadãos e no sistema de saúde português. Tendo em conta a constante evolução e a influência das novas tecnologias nos cuidados de saúde, e os emergentes desafios que se colocam, a enfermagem apostou numa formação cada vez mais especializada ao longo dos anos (*Cantante et al.*, 2020).

Este desenvolvimento de competências é também contemplado na Lei das Bases da Saúde que determina no ponto 3 que *“os profissionais de saúde têm direito a aceder à formação e ao aperfeiçoamento profissional, tendo em conta a atividade prestada, com vista à permanente atualização de conhecimentos”* (Assembleia da República, 2019, p.169).

O mesmo é proposto pelos estatutos e regulamentos que regem a profissão de enfermagem, nomeadamente no REPE, que no seu artigo 9.º- *“Intervenções dos Enfermeiros”* - nos diz que *“os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral”* (OE, 2015a, p.103), e a deontologia profissional que no artigo 100.º- *“Dos deveres deontológicos em geral”* – figura que o enfermeiro assume o dever de *“assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional”* (OE, 2015a, p.81).

A OE, define competência como *“(…) os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho”* (OE, 2019, p.4745).

Para a OE, o EE é *“aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”* (OE, 2019, p.4744), sendo que o título de EE *“pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde”* (OE, 2019, p.4744).

Este CMEMC PSC, tal com já referido anteriormente, visa a aquisição e o

desenvolvimento das competências comuns do EE, e das competências específicas de EMC na PSC, assim como das competências de Mestre em Enfermagem.

Importa assim, neste contexto, descrever as competências de Mestre em Enfermagem, as quais se encontram regidas pelo regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro (OE, 2019), regulamento n.º 429/2018 de 16 julho (OE, 2018) e expostas em documento apresentado à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino.

Presentemente, as exigências técnico-científicas dos cuidados de saúde, impelem uma necessidade de diferenciação e especialização (OE, 2019). Estas, reguladas pelas disposições do REPE, integram o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a dimensão da qualidade dos cuidados prestados, a dimensão da gestão dos cuidados e a dimensão da responsabilidade profissional, ética e legal (DR, 2011; OE, 2019).

As competências específicas do EE EMC PSC descritas no regulamento n.º 140/2019, estão relacionadas com o:

1. cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar situações de doença e/ou falência das funções vitais;
2. dar respostas em situações de emergência, exceção e catástrofe;
3. manter a prevenção, intervenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos perante a PSC, face à complexidade das situações e à necessidade de respostas adequadas de forma antecipada (OE, 2019).

Os padrões de qualidade direcionados aos cuidados especializados em EMC, na área da Enfermagem à PSC, permitem orientar a prática especializada, visando uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados a prestar à PSC. Com isto, foi possível refletir sobre a diferenciação entre o enfermeiro de cuidados gerais e o EE, e o impacto do papel do EE para ser um elemento crucial na prevenção e antecipação de complicações, garantindo uma resposta antecipada ao doente crítico.

Competências comuns de Enfermeiro Especialista

Estas são transversais a todas as especialidades, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados e que se denominam de Competências Comuns do EE (regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro), sendo partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade (OE, 2019). Estas assentam em quatro domínios de competência, sendo eles:

1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;
2. Domínio da melhoria contínua da qualidade;
3. Domínio da gestão dos cuidados;
4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (regulamento n.º 140/2019).

1. Responsabilidade profissional, ética e legal

No domínio da competência comum do EE, responsabilidade profissional, ética e legal, segundo o regulamento n.º 140/2019 (de 6 de fevereiro de 2019, p. 4745), é expectável que o enfermeiro desenvolva uma prática especializada, agindo consoante as normas legais, os princípios éticos e a DP, e garanta práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, independentemente, da sua área de especialidade.

São demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria deontológica profissional que garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Segundo a lei n.º 156/2015, o enfermeiro deve exercer com base no conhecimento científico e técnico, assegurando o respeito pela vida, dignidade humana, saúde e bem-estar das pessoas, para melhorar a qualidade dos cuidados. Com isto, o meu objetivo neste domínio está centrado na prática de cuidados que respeitem a dignidade humana e as responsabilidades profissionais.

A prática de enfermagem é orientada pelo Código Deontológico, um documento jurídico, normativo e vinculativo que apresenta como princípios fundamentais a responsabilidade profissional, o respeito pelos direitos humanos e a excelência do exercício profissional (OE, 2016).

Por conseguinte, podemos definir deontologia profissional como o conjunto de normas inerentes a uma dada profissão, baseadas no princípio da moral e direito, com o intuito de definir boas práticas (OE, 2005).

“No caso das pessoas incapazes de exercer a sua autonomia, devem ser tomadas medidas especiais para proteger os seus direitos e interesses” (UNESCO, 2005, p.7).

Assim, e acreditando que o princípio norteador de toda a ação do enfermeiro deve ser reconhecer e zelar pelos direitos do doente, é fundamental promover a autonomia e a segurança dos mesmos, baseando os cuidados na humanização, individualização e segurança. Para tal, é exigido que o profissional apresente um nível de conhecimento tal, que lhe permita tomar decisões com base na melhor evidência.

O enfermeiro é também o elo entre a PSC, a família e a equipa multidisciplinar, devendo para tal assumir um papel proactivo na tomada de decisão.

Ora, podemos também refletir sobre esta questão sob outra perspetiva, uma vez que, a tomada de decisão implica liberdade e informação, e para tal, a tónica recai sobre o enfermeiro. Este deve ser capaz de prestar informação de forma clara, concisa, compreensível e atualizada, sem nunca questionar ou julgar a decisão do utente, não esquecendo nunca que o enfermeiro é uma pessoa que apresenta convicções próprias.

A comunicação em saúde apresenta-se como um dos principais e fundamentais vetores na eficácia da prestação de cuidados. Sendo um fator “*decisivo na qualidade em saúde e segurança do doente, indispensável à garantia da continuidade de cuidados e à sua humanização*” (Frias e Paiva-Santos, 2023).

Considerada uma atividade humana básica, sendo a necessidade de comunicar inata e universal, no contexto de um SMI revela-se como uma componente a valorizar, não só pela sua importância na relação que se estabelece entre o profissional e a pessoa, como pelo facto de constituir um bom indicador da qualidade dos cuidados.

A comunicação é definida pela Internacional Classification for Nursing Practice (ICNP) (2019) como “*comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados*”, sendo através dela que se estabelecem laços de confiança e empatia com a pessoa/família, contribuindo para um maior sentimento de segurança da pessoa, individualização dos cuidados, maior satisfação dos profissionais e ganhos em saúde.

Como tal, o autoconhecimento é uma das ferramentas-chave, para reconhecer os nossos limites pessoais e fragilidades. Já a assertividade é uma técnica de comunicação e, simultaneamente, uma qualidade de muitos profissionais, uma vez que ser capaz de defender as suas convicções com respeito pelo outro é uma virtude. Esta pode ser muito útil também em situações de transmissão de más notícias, acrescida de outras técnicas de comunicação e acima de tudo de humanismo.

É, igualmente, através da comunicação que podemos criar uma parceria colaborativa baseada no respeito e na confiança entre os profissionais de saúde e a PSC/família para o estabelecimento de metas e de um cuidar personalizado, holístico e singular.

Para além das técnicas de comunicação, a procura de conhecimento foi uma necessidade constante, permitindo-me tomar decisões com base na melhor evidência e

sustentar o desenvolvimento de competências no âmbito da especialidade.

Com o evoluir do percurso formativo procedi à pesquisa de meios e estratégias, que pudessem melhorar a capacidade de comunicação com os doentes que vivenciam estes processos de doença crítica. Como exemplo, cito uma situação em que a doente estava sem sedoanalgesia, mas entubada sendo incapaz de falar, pelo que, a comunicação estava comprometida. Tentámos estratégias de comunicação por símbolos e pestanejar ou apertar a mão, pouco eficazes, mas através do quadro de símbolos e pela criação de um quadro de escrita conseguimos comunicar com a doente, permitindo-nos assim satisfazer as suas necessidades e obter a sua colaboração na prestação de cuidados.

Num SMI, o fato de o doente não se conseguir expressar, torna a comunicação ineficaz, tanto com a equipa terapêutica como com a sua família, levando a uma avaliação pouco pormenorizada. Apesar de ser necessário despende de um período considerável de tempo para compreender e tratar este tipo de doentes, o rácio, as interrupções, a poluição sonora no serviço e a carga de trabalho não o permitem, levando ao sentimento de culpa por não se prestarem os devidos cuidados de saúde e não se encontrarem estratégias para ajudar os cuidadores a compreender o seu familiar (Hur e Kang, 2022).

Tendo em conta a teoria das transições de Afaf Meleis, os enfermeiros devem ser capazes de encontrar estratégias e planear intervenções, por forma a ultrapassar estes processos de transição com uma prática centrada na pessoa/cuidador e nas suas necessidades. Poderão promover ações de educação para a saúde e entregar ou informar os cuidadores sobre este modelo, de forma a melhorar a comunicação interpessoal, reconhecendo, assim, a pessoa como ser inteligente e competente e promovendo o cuidado holístico (Loft, Volck, & Jensen, 2022).

Neste sentido os EE devem privilegiar a comunicação eficaz e empática. Com o avanço das técnicas, é também necessário que os profissionais aprimorem os seus conhecimentos nesta área centrando-se não só no conhecimento técnico, mas também no conhecimento terapêutico, por forma a antecipar e gerir possíveis complicações (Gonçalves et al., 2020). É primordial haver um entendimento claro da componente humana neste processo do cuidar, que é crucial e insubstituível.

No decorrer do estágio, existiu sempre a preocupação inerente em proteger a informação pessoal do utente, assim como fazer consulta do seu processo clínico com o objetivo último de recolher informações relevantes para a tomada de decisão. Como exemplo desse cuidado, recordo a prática de cuidados a um doente portador de Vírus Imunodeficiência Humana, cujos familiares próximos desconheciam tal diagnóstico, tendo sido mantido o sigilo, mas também sensibilizámos o doente, para empoderá-lo de ferramentas, para o próprio informar a família. Promovendo assim a literacia em saúde.

Importa também referir que vários estudos enaltecem a importância de educar e

consciencializar a população para uma atuação melhor e mais rápida. Melhorando a saúde das populações, reduzem-se os custos em saúde e aumenta-se a satisfação tanto do profissional como das pessoas (Oliveira, Ferreira, & Couto, 2023).

Segundo a OE (2016), os processos centrados na comunicação, têm como objetivo promover a alteração de comportamentos que evitem a agudização da doença e aumentem a adesão aos mesmos. No serviço existe um espaço destinado ao acompanhamento dos familiares para esclarecimento de dúvidas, informar sobre a condição de saúde do familiar ou comunicação de más notícias.

Como tal, durante o estágio presenciei diversos momentos em que o enfermeiro desempenhou um papel ativo na tomada de decisão do utente, tendo tido oportunidade também para discutir e refletir a situação com ambos os orientadores, nomeadamente, as técnicas utilizadas, os conteúdos abordados, entre outros aspetos

O espaço físico onde decorreu o estágio, atendendo às suas características, mas também à tipologia de doentes que integram, é uma sala em ‘*open space*’, o que faz com que o enfermeiro tenha de ser assertivo, de forma a assegurar sempre a privacidade dos mesmos, principalmente, mas não só, aquando da presença de outros profissionais.

Para tal, na unidade existem biombos, passíveis de serem higienizados, que são colocados sempre que se justifique.

O direito à proteção da saúde é um direito consagrado na Constituição da República Portuguesa e tem como base uma série de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade, e os Enfermeiros têm o dever legal de “cuidar”, fruto do compromisso entre os prestadores de cuidados e aqueles a quem são prestados os mesmos. Qualquer quebra deste compromisso, implícita ou real, pode ser moralmente condenável ou até alvo de processo judicial (Entidade Reguladora da Saúde, 2021).

2. Melhoria contínua da qualidade

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 realça a característica multidimensional da qualidade em saúde, enfatizando que a qualidade na saúde assenta na pertinência dos cuidados, na sua segurança, na sua aceitabilidade e acessibilidade e na sua prestação no momento oportuno. Para além disto, reforça que assenta ainda na garantia da continuidade dos cuidados, na sua eficiência e na sua efetividade (Portugal, despacho n.º 9390/2021). No sentido de aumentar a qualidade em saúde, é necessário aplicar projetos de melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem (DGS, 2015).

Neste domínio o EE tem um papel preponderante na gestão e implementação de programas de melhoria contínua, uma vez que nesta área é essencial a melhoria constante dos cuidados (OE, 2019).

Conforme o código deontológico, artigo 109, o enfermeiro deve procurar a excelência

do exercício, analisando regularmente o trabalho efetuado, reconhecendo as falhas que merecem ser modificadas, de forma a procurar adequar as normas de qualidades dos cuidados e as necessidades concretas do doente, procurando uma atualização contínua dos conhecimentos, assegurando condições de trabalho que permitam exercer a profissão com autonomia e dignidade, comunicar de forma eficaz, garantindo a qualidade e continuidade dos cuidados.

Segundo a OE, a definição dos padrões de qualidade dos cuidados especializados na área de Enfermagem à PSC está diretamente relacionada com a prática clínica especializada nesta área de especialização (OE, 2017).

Com isto, o EE deve procurar prestar cuidados com a melhor qualidade, colaborando em projetos de melhoria contínua, garantindo a prestação de cuidados de forma mais segura. A OE (2019) defende que a prática baseada na evidência só é passível de ser alcançada através da procura de conhecimento em bases de dados e motores de busca, devidamente classificados, permitindo assim que os enfermeiros sustentem a sua prática em referenciais teóricos válidos, atuais e pertinentes.

Numa tentativa de nortear a prática especializada do EE em EMC PSC, foi publicado em 2017 o regulamento dos padrões de qualidade (OE, 2017), assentando o mesmo essencialmente em sete premissas, sendo elas:

- ✓ Satisfação do utente;
- ✓ Promoção da saúde;
- ✓ Prevenção de complicações;
- ✓ Bem-estar e autocuidado;
- ✓ Readaptação funcional;
- ✓ Organização dos cuidados especializados;
- ✓ Prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

A segurança do doente é também uma dimensão essencial na melhoria contínua dos cuidados (Sales *et al.*, 2021). Deste modo, a DGS elaborou o PNSD 2021-2026 tendo por objetivo a consolidação e a promoção da segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo os contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, assentando em cinco pilares:

- ✓ Cultura de segurança;
- ✓ Liderança e governança;
- ✓ Comunicação;
- ✓ Prevenção e gestão de incidentes de segurança do cliente;
- ✓ Práticas seguras em ambientes seguros.

De acordo com a OE (2019), a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e o perfil de competências dos mesmos são aspetos fundamentais para alcançar

índices de segurança e qualidade para as populações e para as organizações devendo, para tal, ser utilizados critérios e metodologias que permitam uma adequação dos recursos humanos às necessidades.

A comunicação em saúde apresenta-se como um dos vetores fundamentais na eficácia da prestação de cuidados. Neste sentido, a passagem de turno, sendo uma das formas de transição de cuidados, pode ser considerada uma atividade essencial para a comunicação entre profissionais, promovendo a transmissão de informações acerca do estado de saúde dos doentes, e também, a transferência de responsabilidades dos cuidados prestados aos mesmos pelos profissionais de enfermagem (Burgess et al., 2020).

Os mesmos autores referem que, por sua vez, a transição em cuidados de saúde significa a *“transferência de responsabilidade pelo doente, é um momento privilegiado para a transmissão de informação entre profissionais e um elo integrador da assistência contínua”*, e refere-se a qualquer momento de prestação de cuidados em que exista a *“transmutação de responsabilidade desses cuidados e de informação entre os intervenientes, com o objetivo de manter a continuidade dos cuidados e a segurança dos doentes”* (DGS, 2017).

Para uma comunicação efetiva é utilizada a técnica ISBAR, de forma a uniformizar a transmissão de informação entre pares, como recomendado na norma n.º 001/2017 (DGS, 2017d). Burgess *et al.* (2020) ainda referem que os benefícios de uma metodologia desta dimensão passam por terem um efeito positivo na transição de cuidados com informação completa, reduzindo a perda ou duplicação de informação. Para além disso reduz o tempo despendido nas passagens de turno, confere confiança a todas as partes envolvidas de uma forma profissional, e foca-se nos problemas dos doentes e não nos problemas de comunicação.

Os registos de enfermagem são efetuados de forma clara, precisa, concisa e com rigor científico através de um sistema operativo informático B-Simple Care®, que permite ter acesso a toda a informação do doente e que apoia a equipa multiprofissional no desenvolvimento da sua atividade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define que a segurança do doente corresponde a uma estrutura de atividades organizadas que cria cultura, processos e procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados da saúde que, de forma consistente e sustentável, reduz os riscos, ocorrências de danos evitáveis, diminuição da probabilidade de erro e redução do seu impacto quando ocorra (OMS, 2021).

Relativamente à segurança durante a administração medicamentosa, o erro está diminuído através da utilização da regra dos “9 certos da medicação”, que constituem um conjunto de requisitos prévios à administração de medicação. Todos os doentes dispõem, no plano de cuidados, da prescrição atualizada, sendo a mesma verificada e validada antes de qualquer administração.

A OMS, através do desafio global de segurança do doente sobre a medicação – ‘medication without harm’, preconiza o reconhecimento da segurança na medicação como um problema global de segurança do doente, recomendando a implementação de estratégias e medidas de melhoria que tenham como foco o doente, os profissionais de saúde, os sistemas e as práticas, bem como os medicamentos em si, identificando como áreas prioritárias de ação os medicamentos de alerta máximo (MAM), incluindo os medicamentos ‘look-alike sound-alike’ (LASA), a polimedicação e as transições entre cuidados (OMS, 2018).

Os medicamentos de alta vigilância (MAV), são medicamentos que, pelas suas características, induzem mais facilmente ao erro, apresentando assim, um risco aumentado de provocar danos significativos aos doentes quando há falhas na sua utilização (Institute for Safe Medication Practices [ISMP] 2021).

Os MAM são aqueles que possuem risco aumentado de provocar dano significativo ao doente em consequência de falhas no seu processo de utilização, potenciado por fatores como: margem terapêutica estreita, gravidade dos seus potenciais efeitos adversos (e.g. hemorragia ou hipoglicemia), entre outros. Embora os erros que possam ocorrer com estes medicamentos não sejam os mais frequentes, as suas consequências tendem a ser mais graves, podendo ocasionar lesões permanentes ou a morte e aumentar os custos associados aos cuidados de saúde (OMS, 2019).

Como medidas para maximizar a segurança na medicação procurei divulgar as listas internas de medicamentos LASA e MAM, além do cuidado na administração dos MAV, a implementação de práticas seguras de verificação e, em particular, no caso dos MAM, utilizar a dupla verificação independente, dos seguintes critérios mínimos obrigatórios:

- (a) identificação inequívoca do doente;
- (b) nome do medicamento;
- (c) dose do medicamento;
- (d) via de administração;
- (e) hora de administração (norma n.º 008/2023, DGS).

No que respeita ao acondicionamento, armazenamento, preparação e administração da medicação, respeitei a norma da DGS sobre os MAM e LASA (norma n.º 008/2023, DGS).

Foram aplicados ainda os princípios de prevenção do erro de modo a garantir a segurança da pessoa e evitar acidentes nomeadamente: mecanismo de ação, métodos, vias e técnicas de administração, metabolização e eliminação, reações colaterais, dose máxima e terapêutica e efeitos tóxicos.

Relacionado com esta temática, e no âmbito da promoção da qualidade dos cuidados, existe a política de notificação de acordo com a DGS (2022, Norma 17, p.2) a “*notificação é uma atividade voluntária do profissional e/ou do cidadão com vista ao desenvolvimento de uma análise causal e à tomada de medidas corretoras sistémicas para evitar situações*

geradoras de dano real ou potencial”. A instituição dispõe de uma plataforma interna que permite a notificação de incidentes de forma anónima ou identificativa, sendo que o intuito último da notificação seria a discussão em equipa dos aspetos a melhorar.

O EE “*garante um ambiente terapêutico e seguro considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atuando proactivamente na promoção e envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco*” (regulamento n.º 140/2019, p. 4747), pelo que, a sua prática deve estar sempre baseada na qualidade e, de modo, a garantir um ambiente terapêutico e seguro, com vista à melhoria contínua dos cuidados prestados.

Também gostaria de dar mais um exemplo de um programa de melhoria contínua, já implementado: prevenção de quedas. Este aspeto está descrito na norma da DGS (2019b), onde refere a necessidade de “*Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*”. A mesma norma advoga a utilização da escala de Morse como instrumento para avaliação do risco de queda. Desta forma, consta da avaliação inicial de todos os utentes admitidos na unidade o preenchimento desta escala, sendo a verificação do preenchimento da mesma da responsabilidade do enfermeiro responsável de turno, constando também do Sistema Integrado de Gestão e Avaliação de Desempenho na Administração Pública.

Da mesma forma que a escala é preenchida, os cuidados de enfermagem inerentes também são ajustados e adequados à condição do utente.

A existência de protocolos é benéfica, mas só traduz a melhoria nos cuidados prestados se forem cumpridos e atualizados. Isto fez-nos refletir sobre os protocolos existentes, o seu benefício e a necessidade de criar, levando-me a consultar os protocolos existentes e a usá-los para uma prática sustentada. Ao refletir com os tutores, foi possível compreender que a carga de trabalho e a acumulação de horas extraordinárias são fatores que influenciam a não atualização destes mesmos protocolos. Para colmatar falhas nesta área, desenvolvi um projeto de melhoria no âmbito da gestão de cuidados, de forma a atualizar a prática de avaliação da carga de trabalho no SMI e, dessa forma, validar a importância do rácio seguro de enfermeiro/doente revisto no projeto de implementação da NAS no SMI, presente no anexo n.º 1.

3. Gestão dos cuidados

A gestão dos cuidados é vista como o exercício profissional dos enfermeiros baseados na mais recente evidência científica, na gestão de recursos e liderança. Desta forma, é expectável que o enfermeiro seja capaz de planejar, gerir e priorizar os cuidados garantindo as condições de segurança.

O EE tem a função de desempenhar um papel dinamizador na equipa de forma a gerir os cuidados e otimizar a resposta da equipa de Enfermagem (OE, 2019).

É parte integrante da organização de qualquer serviço, englobando os recursos físicos, materiais e humanos, sendo que o EE desempenha um papel essencial na mesma. Segundo o regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, o “*EE realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas*” e “*Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados*” (p. 4748).

Deste modo, e para atingir esta competência, é necessário traçar e alcançar objetivos como a otimização do processo de tomada de decisão, garantia da qualidade e da segurança, otimização do trabalho em equipa, adequação do estilo de liderança e garantia da delegação e supervisão de tarefas (OE, 2019).

A área da saúde é complexa por excelência, requerendo profissionais líderes dispostos a gerir a imprevisibilidade, as ambiguidades e a crescente complexidade diária. Neste contexto, a liderança desejada deve guiar-se de forma sistémica, a fim de gerir processos com agilidade, segurança e qualidade (Backes et al., 2022).

Assim, durante o decorrer do estágio, foi-me possível acompanhar o EE no desempenho de funções na área da gestão, sendo possível refletir sobre o processo de conceção de cuidados, alocação de recursos, distribuição de doentes e, até mesmo, sobre políticas do serviço.

Já no que diz respeito à garantia da qualidade e segurança, um aspeto de nobre relevo é a dotação segura em enfermagem, sendo esta uma das funções do enfermeiro gestor. Assim, deverá procurar estabelecer de forma quantitativa e qualitativa o equilíbrio entre os recursos de enfermagem e as necessidades de cuidados (OE, 2014).

O número de profissionais, a experiência profissional e a detenção do título de especialista apresentam também influência direta na segurança do utente e qualidade da prestação de cuidados (Connel et al., 2020).

Estudos na área da dotação de enfermeiros evidenciam uma relação nefasta entre o défice de enfermeiros o aumento das taxas de mortalidade (Needleman et al., 2011; Griffiths et al., 2019). Neste sentido, durante o decurso do presente mestrado aprofundei conhecimento nesta temática e confrontei a legislação com a realidade, o que me permitiu melhorar o meu conhecimento. Permitindo-me ainda, perceber as necessidades diárias que se relacionam com a gestão de recursos humanos, nomeadamente o absentismo e a elevada carga de trabalho, explorando e discutindo com o EE estratégias de minimização de dano.

Aqui, o método de trabalho utilizado é o método individual, garantindo condições ao enfermeiro de centrar-se no doente e, assim de “*identificar as necessidades de cuidados de enfermagem, definição de prioridades, planeamento, implementação e avaliação das intervenções, proporcionando um cuidado individualizado e personalizado ao doente como um todo interligado e integrado*” (Parreira et al., 2019, p.9).

Analogamente, a liderança dentro das organizações de saúde é essencial para prestar cuidados eficazes e eficientes e melhorar a satisfação dos profissionais e doentes (Specchia et al., 2021), sobressaindo da conduta dos meus tutores enquanto enfermeiros em função de gestão o estilo transformacional, caracterizado pela influência carismática dos seus líderes, comunicação efetiva e valorização das relações interpessoais (Specchia et al., 2021).

Durante os turnos em que estive a acompanhar o tutor, em funções de coordenação/gestão, tive a oportunidade de proceder à deteção das necessidades de materiais e equipamentos para a prestação de cuidados à PSC, tendo conhecimento dos circuitos e métodos de reposição de materiais, assim como a importância da coordenação na orientação, supervisão e avaliação dos cuidados prestados, como promoção da segurança e qualidade.

Os enfermeiros em função de gestão no serviço concederam-me experiências que me enriqueceram enquanto pessoa e enquanto profissional, tornando a minha passagem pelo serviço uma partilha recíproca de conhecimentos. A passagem de turno foi, em diversos momentos, o local de acordo e desacordo dos diferentes profissionais, privilegiando sempre um ambiente de partilha e equidade. Por último, a delegação e supervisão de tarefas é também um aspeto central na área da gestão.

O acompanhamento do EE responsável de turno fez-me reconhecer a importância da tomada de decisão e a importância da delegação das mesmas, uma vez que, a qualidade depende da contribuição dos diferentes profissionais.

Importa também referir que, os enfermeiros responsáveis pelo turno eram detentores do título de Especialista, indo ao encontro do parecer conjunto n.º 01/2017 Atribuição de responsável de turno, que defende que este enfermeiro deve “*possuir um conjunto de competências, que integra cumulativamente as competências comuns e específicas na área da especialização de acordo com o core de conhecimentos científicos da respetiva unidade orgânica/serviço*” (OE, 2017a, p.2).

Na impossibilidade de atribuir a responsabilidade do turno ao EE, a escolha recaía sobre enfermeiros experientes, indo também ao encontro do parecer conjunto n.º 01/2017, que refere que na ausência de EE ou este não se apresentar adequado para o exercício da função de enfermeiro responsável de turno, poderá ser designado um enfermeiro de cuidados gerais, desde que comprovada a sua competência para a função. Durante o estágio acompanhei EE no desempenho das suas funções, quer na prestação de cuidados, quer na área da gestão e, refletindo sobre esta última, as funções desempenhadas apresentavam muitas vezes diminuta visibilidade, isto permitiu-me compreender a gestão dos recursos em situações imprevisíveis tendo em conta as decisões tomadas para a gestão da equipa de acordo com as competências e grau de diferenciação destas.

De acordo com a OE (2018), os recursos devem ser ajustados às necessidades de intervenção à PSC, garantindo sempre um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de Enfermagem. Estas situações permitiram-me refletir sobre este domínio e adquirir competências relativamente à gestão de cuidados, no que diz respeito à otimização dos cuidados, tomada de decisão autónoma, avaliação, supervisão das tarefas delegadas aos restantes enfermeiros, organização, coordenação da equipa e à aplicação de estratégias de motivação, com o intuito de ter uma equipa motivada, desempenhando um papel diferenciado na área de enfermagem à PSC, adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto.

4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No que respeita ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro deverá atualizar o seu conhecimento para ser capaz de utilizar tecnologias de forma competente e investir na formação das ciências humanas rumo à excelência do exercício de enfermagem (OE, 2015).

Da mesma forma, a OE defende que o enfermeiro deverá desenvolver o autoconhecimento e a assertividade (Regulamento no 140/2019, 2019). Numa fase inicial, a procura de conhecimento na área da PSC com necessidade de suporte ventilatório foi intensa.

O contexto de intensivos é diferente e enriquecedor, pelo que eu tinha presente que poderia e deveria melhorar o meu conhecimento nesta temática. Assim, apoiada pelos orientadores, desenvolvi pesquisas em bases de dados, e posteriormente, organizei e sintetizei toda a informação, determinando as áreas de atuação do enfermeiro e delimitando as áreas de investimento.

Quero enaltecer a preocupação de ambos, por me proporcionarem as situações adequadas para a concretização dos objetivos que dependiam de situações clínicas. Aproveitei, todas as oportunidades para observar, questionar e refletir, fazendo uma análise crítico-reflexiva sobre a evidência científica presente na literatura e os cuidados de enfermagem prestados, indo ao encontro da competência "*Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica*" definida para este domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (regulamento no 140/2019, 2019, p.4749).

Está vinculada a figura do responsável de turno, habitualmente um enfermeiro com elevada competência reconhecida pelos pares, com autonomia e autoridade no seio da equipa multidisciplinar, para resolver problemas de ordem assistencial e organizacional durante o seu ciclo de trabalho, assegurando a liderança e supervisão em situações de emergência. Compete-lhe ainda a responsabilidade de coordenar as tarefas dos diferentes elementos da sua equipa, bem como a supervisão das atividades delegadas.

Os procedimentos e práticas de enfermagem são determinados por políticas e padrões institucionais, baseados em evidências científicas, moldados pelos enfermeiros especialistas através da investigação e julgamentos críticos advindos da experiência clínica. Esta vertente é canalizada para a formação e integração de enfermeiros iniciantes na área, o que determina uma formação consistente, segura e confiável, garantindo o nível ótimo dos cuidados de enfermagem (Gaietto e Brooks, 2019).

Deverá também participar no ensino, treino e supervisão de novos enfermeiros e restantes profissionais, no âmbito das suas competências. A formação permanente contribui para a prática pedagógica do enfermeiro, quando possibilita refletir a sua própria 'práxis'. Só ocorre por formação pedagógica que possibilite ampliar a visão tradicional do ensino e que o educando seja responsável pela própria formação, dialogando, questionando e possibilitando a reflexão crítica sobre o que lhe é ensinado (Scarton *et al.*, 2020).

Ainda inserido neste domínio, o EE atua como "*formador oportuno em contexto de trabalho*" e "*diagnostica necessidades formativas*" (regulamento n.º 140/2019, p. 4749). Assim, e para desenvolver esta competência, partilhei os resultados da minha pesquisa com o intuito de atualizar o conhecimento dos profissionais através do desenvolvimento de formações futuras.

A OE (2016) considera a formação um pilar determinante para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e do desempenho profissional. Para colmatar as necessidades formativas, surge a formação em contexto de serviço, que constitui, não só um momento de aprendizagem e de desenvolvimento de competências como também, um momento de coesão de equipa.

As interações estabelecidas em contexto de formação proporcionam momentos únicos de partilha, de participação e de procura de soluções de problemas que contribuem positivamente para a segurança do utente (Miranda *et al.*, 2023).

Neste sentido após concluído o estudo de implementação da NAS, preparei e realizei formação à equipa de enfermagem, justificada pela necessidade de atualização do instrumento de mensuração da carga de trabalho, e de que forma a mesma deverá ser implementada no serviço para melhorar os indicadores de resultado.

Além disso, assisti à formação interna do serviço de aplicação do sistema PICCO e da escala de Braden, e externa ao serviço, nomeadamente de Doação de Órgãos e Ventilação Invasiva, todas com interesse para a prática clínica em SMI.

Foram vários os momentos que fomentaram a minha aprendizagem. Durante o estágio obtive, através dos tutores, o 'feedback' das minhas intervenções e decisões. Recorrendo ao pensamento crítico-reflexivo e com as sugestões de melhoria adquiri competências que, seguramente, irá potenciar melhores cuidados como futura EE.

Todos os dias na nossa atividade profissional estamos expostos a situações de muita

pressão em que temos de tomar decisões, mobilizar rapidamente os conhecimentos de forma eficaz, e este percurso foi facilitador no desenvolvimento dessas competências.

Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Os cuidados especializados do enfermeiro em EMC, requerem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, sendo que a sua prática deve ter como pedra basilar a qualidade, garantindo um ambiente terapêutico e seguro, com vista à melhoria contínua dos cuidados prestados (OE, 2018). As competências específicas definem-se como as que resultam das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, apresentadas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (regulamento n.º 140/2019, de 16 de setembro, 2019).

À semelhança das competências comuns, as competências específicas adquiridas como futura Mestre em EMC, tem como linhas orientadoras as competências específicas do EE em EMC que estão regulamentadas e publicadas no regulamento n.º 429/2018, publicado em DR, 2.ª série n.º 135 de 16 de julho de 2018. A Especialidade em EMC apresenta uma grande abrangência. Por este motivo foi separada em várias áreas de especialização, tendo em conta o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção. Assim foram identificadas quatro áreas de enfermagem, designadamente: a área de enfermagem à PSC; a área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; a área de enfermagem à pessoa em situação peri operatória e a área de enfermagem à pessoa em situação crónica (OE, 2019). A especialidade em EMC, pela sua vasta abrangência, e por procurar dar resposta a áreas emergentes com públicos-alvo e contextos específicos, levou a OE a especificar perfis de competências para diferentes áreas de enfermagem dentro da especialidade, nomeadamente a área da enfermagem à PSC (regulamento n.º 429/2018, 2018).

A PSC carece de cuidados de enfermagem contínuos e com alto grau de qualificação que visam dar resposta às necessidades afetadas e manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades ao mesmo tempo que é considerada a sua recuperação total (regulamento n.º 429/2018, 2018). De acordo com o regulamento mencionado, as competências específicas definidas pela OE para o EE em EMC, na área da Enfermagem à PSC, são:

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

2. Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
3. Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Indo ao encontro do emanado no regulamento, o plano de estudos do CMEMC PSC obedece ao estabelecido no despacho n.º 11543/2023, publicado em DR, 2.ª série, n.º 219, de 13 de novembro de 2023.

Durante o período de estágio, as diferentes situações clínicas, apelaram à capacidade de adaptação e análise da complexidade envolvida. No entanto, o desenvolvimento de competências específicas transcende o processo prático da profissão, sendo que a capacidade de reflexão crítica foi um elemento preponderante em todas as fases do estágio.

O conjunto de situações práticas observadas, permitiram o desenvolvimento de diversas aprendizagens, pelo que as reflexões constantes relativamente às competências adquiridas tiveram uma influência significativa em todo o processo de aprendizagem. Considerando que estas abrangem as quatro áreas de especialização, com uma redação inclusiva, e enquanto as mesmas enformam as competências específicas do CMEMC PSC, opto por explicar e fazer referência àquelas condizentes com esta área de especialização.

1. Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

Segundo Bellver Capella (2020), o enfermeiro é tido como o principal profissional na prestação de cuidados de saúde à pessoa, uma vez que o enfermeiro é o profissional que mais tempo passa com a pessoa (e com as pessoas significativas para o mesmo). Assim, o enfermeiro tem o especial dever de zelar pelas pessoas e os seus direitos.

Um dos eixos centrais deste domínio de competência foca-se na capacidade de observação atenta e minuciosa dos utentes, com base num profundo conhecimento dos dados que relevam a deteção precoce de alterações na condição dos utentes e de sinais de complicações. Só desta forma é possível a tão falada (e necessária) “*antecipação de focos de instabilidade*”.

Para a OE, 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 de 16 julho, 2018). A mudança da condição de saúde da pessoa provoca vulnerabilidade, deixando-a mais suscetível às ameaças do meio (Meleis, 2010). Como tal, o enfermeiro deverá ser capaz de estabelecer prioridades, concetualizando o doente como um todo.

A implementação de mecanismos organizacionais que permitam a rápida identificação

da emergência e uma intervenção atempada, são cruciais. O European Resuscitation Council (ERC), preconiza a implementação de sistemas de emergência para a identificação precoce da PSC e, assim, prevenir situações agudas que rapidamente evoluem para PCR (Soar *et al.*, 2021).

Apesar do número de horas ser reduzido, tendo em conta a variabilidade de cenários possíveis, a vasta experiência destes proporcionou momentos de reflexão interessantes. A integração na equipa multidisciplinar foi fundamental, para o desenvolvimento de conhecimentos sobre os equipamentos, monitores e dispositivos existentes na unidade; o aprofundar de conhecimentos através da pesquisa bibliográfica, manuais e conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares; e a implementação desses conhecimentos, adequando-os às necessidades de cada doente.

É importante que o EE antecipe os focos de instabilidade, priorize intervenções e previna complicações associadas à doença aguda ou crónica, garantindo uma resposta eficaz e breve, maximizando os ganhos em saúde (OE, 2018). A monitorização intensiva permite a vigilância apertada para serem detetados, o mais precocemente, possíveis desvios nos parâmetros vitais daquela pessoa, para corrigi-los e evitar entrar numa espiral irreversível. Frequentemente, a sobrevivência da pessoa em estado crítico, que em casos mais graves possui falência respiratória, cardíaca e cerebral, depende de meios avançados de monitorização e terapêutica (Sobreiro, 2017).

A maioria dos doentes internados no SMI é admitida por falência respiratória, necessitando obrigatoriamente de suporte ventilatório, sendo a sua permanência variável, estando dependente da aplicação de uso de dispositivo de via aérea que substitua ou auxilie na manutenção da sua ventilação.

A ventilação mecânica (VM), é uma modalidade de suporte avançado de vida que visa melhorar as trocas gasosas, aumentar os níveis de oxigenação, diminuindo o esforço respiratório, a hipercapnia e a acidose respiratória, ao gerir fluxos e volumes (Ghiggi *et al.*, 2021; Mexedo, 2018).

A ventilação mecânica invasiva (VMI) é uma das técnicas de suporte à manutenção das funções vitais da PSC, com utilização de pressão positiva nas vias aéreas que, de forma artificial, promove a oxigenação e a ventilação dos doentes com insuficiência respiratória de qualquer etiologia (Cruz e Martins, 2019).

Como tal, o enfermeiro deve conhecer o funcionamento do ventilador e os parâmetros modificáveis no mesmo, sendo necessário interpretar alarmes e atuar atempadamente, de modo a evitar complicações. Não sendo o processo fisiológico, podem ocorrer complicações como, barotrauma, autopeep, pneumotórax hipertensivo, efeitos gastrointestinais e cardíacos, aumento da Pressão Intracraniana (PIC), aumento prevalência da Pneumonia associada a entubação (PAI), ansiedade, entre outras (Miguel e Mendes, 2020).

Este estágio permitiu-me aprofundar conhecimentos na adaptação de novos modos ventilatórios às necessidades da PSC. Sistematizei a monitorização contínua da ventilação nomeadamente, a monitorização da pressão inspiratória, relação inspiração/ expiração, fração inspiratória de oxigénio e volume corrente, ajuste de FIO_2 . Estes parâmetros, juntamente com a avaliação gasimétrica e hemodinâmica, permitem a adaptação dos parâmetros ventilatórios às necessidades e conforto da PSC submetida a ventilação invasiva de acordo com os protocolos instituídos.

O meu foco passou pela identificação das diferentes modalidades ventilatórias e compreender os problemas passíveis de serem corrigidos por nós. Procurei reconhecer/compreender os indícios de esforço ventilatório e desadaptação à ventilação instituída, mantendo uma monitorização da função respiratória e avaliação das intervenções instituídas na otimização da ventilação, bem como no desmame da ventilação de suporte, passando de forma progressiva para ventilação espontânea.

Percebi qual a importância de promover uma pré-oxigenação antes de proceder à aspiração de secreções, impedindo assim a inadequação respiratória súbita do doente e, conseqüentemente, instabilidade hemodinâmica.

Prestar cuidados a um doente ventilado foi uma experiência gratificante e inquietante pela sua complexidade e desconhecimento para mim, bem como os modos ventilatórios e o ajuste de parâmetros face aos resultados gasométricos e desadaptação do doente.

O Enfermeiro Tutor foi um agente facilitador deste processo, adotando estratégias que dirigiram o estudo. Optei por um estudo mais aprofundado, seguido de partilha/reflexão com o Enfermeiro Tutor sobre o que tinha estudado/pesquisado, o que me permitiu validar e consolidar a informação, focando-me num conhecimento mais sustentado.

Para além da entubação orotraqueal tive oportunidade de realizar/colaborar na extubação de doentes, sendo esta efetuada após o desmame ventilatório de acordo com o protocolo do SMI.

Apesar da VM apresentar benefícios, existem complicações que decorrem do recurso a este tipo de medidas: barotrauma, volutrauma, edema pulmonar, atelectasias, fístula broncopleural, pneumotórax; diminuição do débito cardíaco, hipotensão, edema, arritmias, sinusite, traqueobronquite, pneumonia, polineuromiopia, atrofia muscular, redução da força de contração diafragmática e incoordenação musculo respiratória, extubação acidental, perfuração do cuff e, após a extubação: sequelas laringotraqueais, entre outros (Nunes, 2022; Nepomuceno, 2007).

O tubo endotraqueal (TET) tem como objetivo a manutenção da via aérea patente e permeável. É um dispositivo constituído por uma parte distal que apresenta um 'cuff' que, após insuflado, exerce pressão na traqueia, permitindo otimizar a VM, impedindo a fuga e a regurgitação de conteúdo gástrico para os pulmões (Batista, 2019). O principal objetivo

associado a este dispositivo, consiste na prevenção de complicações associadas, bem como garantir o seu adequado funcionamento, através da sua otimização. A pressão do 'cuff' deverá encontrar-se entre os 20 e 30 cm H₂O (15-25 mmHg) e deverá ser monitorizada através do cuffómetro. Quando estes valores não são garantidos, pode haver complicações, uma vez que, se o valor máximo de pressão é ultrapassado ocorre hiperinsuflação do 'cuff', resultando em consequências graves como a isquémia na traqueia e originar traqueomalácia, fístula traqueoesofágica e estenose e, por outro lado, se os valores de pressão se encontrarem <20mmHg podem existir microaspirações (Batista, 2019).

Assim, é recomendado a monitorização "apertada" da referida pressão, sempre que surjam mínimos indícios de "fuga", mudanças do posicionamento, antes da realização da higiene oral e antes da aspiração de secreções (Quinteiro, 2021).

Durante o estágio tive oportunidade de prestar cuidados à pessoa submetida a VM, com uma intervenção direta desde o processo de entubação endotraqueal e consequente início da VM, tal como na manutenção dos cuidados à pessoa conectada a prótese ventilatória e, posteriormente, no desmame da ventilação para concretizar a extubação. Quanto à manutenção dos cuidados à pessoa submetida a VMI, considero ter conseguido alcançar uma atuação bastante autónoma. Ao longo do tempo fui conseguindo monitorizar os parâmetros ventilatórios e identificar as causas para a sua alteração. Por exemplo, um aumento da pressão na via aérea pode significar a presença de secreções no trato respiratório, a presença de alguma obstrução da via aérea ou atelectasia. Perante estas alterações é mandatório efetuar de imediato a aspiração de secreções e, caso não seja essa causa, realizar insuflação manual ou confirmação do cuff, ou posição do tubo. Com a realização destas técnicas tive sempre presente as consequências inerentes, nomeadamente a possibilidade de causar barotrauma ou pneumotórax.

Sempre que prestei cuidados à pessoa submetida a VMI, tive presente a antecipação de problemas e a gestão de riscos, nomeadamente utilizando uma técnica limpa na limpeza das vias aéreas, através da aspiração de secreções na cavidade oral e técnica asséptica na aspiração pelo TET, identificando sinais de esforço ventilatório e desadaptação à ventilação instituída, mantendo uma constante monitorização da função respiratória e avaliação das intervenções instituídas na otimização da ventilação.

A aspiração de secreções é muito relevante, sobretudo em doentes com VMI, com TET e sedados, no sentido de assegurar e promover a limpeza das vias aéreas. Apesar dos seus benefícios, a aspiração de secreções das vias aéreas também apresenta complicações como atelectasias, hipóxia, trauma da mucosa, tosse excessiva, broncoespasmo, instabilidade cardiovascular, aumento da PIC e arritmias (Campos *et al.*, 2020). Assim, este procedimento só deve ser realizado apenas e quando necessário, ou seja, na presença de secreções, tanto no TET como a nível da auscultação brônquica (Campos *et al.*, 2020).

Martins e Santiago (2021) referem ainda que, após esta estabilização inicia-se o processo de desabitação ventilatória que consiste na remoção gradual do ventilador mecânico restabelecendo, assim, a respiração espontânea por parte do utente, através da alteração de um modo ventilatório controlado para um modo ventilatório assistido ou de suporte.

No SMI da ULSV existe um protocolo para proceder ao desmame da VMI e extubação, contando sempre com os aspetos clínicos e individuais do doente, sendo esta decisão da responsabilidade médica, com a colaboração da equipa de enfermagem.

Quando o doente é elegível para teste de ventilação espontânea (acordada, com reflexo da via aérea intacto, com estabilidade hemodinâmica e respiratória), e após assegurar controlo adequado da dor, elevação da cabeceira da cama a 45° e garantir ausência de secreções brônquicas na via aérea, é explicado à pessoa o procedimento, esta é colocada em ventilação espontânea por peça em T, mantendo a FiO₂, e é feita uma apertada monitorização respiratória (realizada gasometria) e hemodinâmica, no sentido de despistar precocemente alterações que possam surgir.

Se a pessoa em situação crítica se mantiver estável ao longo do teste de ventilação espontânea, fica elegível para extubação endotraqueal e, não existindo outra contraindicação, o TET é removido. Após a extubação é colocada máscara de alto débito e o adequado o aporte de O₂ e, assim sucessivamente, até atingir o FiO₂ ambiente.

Considera-se que o desmame ventilatório teve sucesso, quando o doente não tem necessidade de ser reconectado ao ventilador até às 48h após a retirada do suporte ventilatório (Mendes e Miguel, 2020).

Durante o estágio, a minha intervenção no desmame da VMI foi constante, sendo este processo sequenciado na passagem de uma ventilação controlada para uma ventilação de suporte e, posteriormente, para oxigenação por “peça em T” ou modo espontâneo de acordo com o clínico envolvido no processo de desmame. Quanto à extubação, é fundamental instruir o doente sobre o procedimento, colocar a sonda nasogástrica em drenagem livre, aspirar secreções caso existam, proceder à higiene oral, realizar ensinios, administrar o corticosteroide prescrito e posicionar o doente em fowler ou semifowler, para posteriormente proceder à extubação. Não descurando a vigilância e monitorização do doente após extubação pelo risco de insucesso da mesma, tendo assistido a casos de insucesso com necessidade de reintubação. Rememoro um caso particular em que, após uma tentativa falhada de extubação, houve a necessidade de reintubação, seguida de um agravamento da situação clínica do doente que obrigou à instauração de medidas de recrutamento alveolar e *prone position* para otimizar a ventilação do doente e, conseqüentemente, otimizar o seu estado clínico.

A ventilação em posição *prone* é uma técnica que frequentemente melhora a

oxigenação no Síndrome Dificuldade Respiratória Aguda (SDRA), possivelmente através de melhorias na correspondência ventilação-perfusão, da atelectasia relacionada com a gravidade e na uniformidade da ventilação. A ventilação na posição ventral é benéfica em doentes com SDRA grave ventilados mecanicamente, (Li *et al.*, 2020, p. 6). Importa reforçar que, na posição *prone*, as partes anteriores centrais são comprimidas; como resultado, levando ao aumento do débito cardíaco e à melhoria da respiração pulmonar (Alhazzani *et al.*, 2020, p. 859). De acordo com as teorias atuais, o posicionamento em decúbito ventral, ao reduzir a expansão alveolar ventral e o colapso alveolar dorsal, resulta numa ventilação mais homogênea. Isto permite uma redução da diferença entre as pressões transpulmonares dorsal e ventral, na redução da compressão pulmonar e na melhoria da perfusão (Alhazzani *et al.*, 2020, p. 859; Rahmani *et al.*, 2020, p. 580). Também Rahmani *et al.*, em 2020 validam que doentes com SDRA e os com hipoxémia grave (relação $\text{PaO}_2: \text{FiO}_2 < 150 \text{ mm Hg}$, $\text{FiO}_2 \geq 0,6$, $\text{PEEP} \geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$) podem beneficiar do posicionamento em decúbito ventral se for realizada uma intervenção precoce e manter o posicionamento durante períodos relativamente longos (Rahmani *et al.*, 2020, p. 580). A prestação de cuidados à pessoa submetida a VM é uma área de grande complexidade, que exige conhecimentos, experiência e desenvolvimento de competências. Todavia, considero que atingi o objetivo a que me propus, uma vez que consegui ganhar autonomia nesta área.

Grande parte dos doentes em cuidados intensivos, têm falência cardiovascular, por diversas razões, primárias ou secundárias. Assim, é fundamental a monitorização de parâmetros básicos como a frequência cardíaca (FC) e a TA. Para aferir melhor o estado hemodinâmico do doente existem ainda outras monitorizações possíveis como, traçado eletrocardiográfico, débito cardíaco, pressão venosa central, pressão pulmonar e resistência vascular periférica. O controlo hemodinâmico dos doentes, é uma constante neste nível de cuidados e o papel do enfermeiro neste aspeto é crucial. Nesta unidade, os doentes têm invariavelmente um cateter arterial (CA) implantado, que permite monitorizar de forma invasiva, as pressões arteriais em tempo real. Este dado é precioso, visto que os doentes necessitam frequentemente de suporte aminérgico e/ou inotrópico, bem como de outras drogas híper ou hipotensoras, bradi ou taquicardizantes.

O CA é inserido numa artéria periférica como a radial ou a femoral, com o objetivo de monitorizar, de forma contínua (invasiva e mais precisa) as pressões arteriais, permitindo o reconhecimento precoce de alterações hemodinâmicas (Caldas, 2010; Alves e Sampaio, 2020).

Segundo Reis e Silva (2021), esta avaliação, através do CA, é realizada em “tempo real”, através da monitorização da pressão arterial invasiva pelo sistema de transdutor de pressão, que ao receber o sinal da pressão mecânica transforma-o em sinal elétrico, permitindo, assim, a leitura da pressão sistólica, diastólica e média. Reis e Silva (2021)

referem que a escolha da artéria (decisão médica) necessita de preencher uma série de requisitos, como: calibre do vaso, que deve ser suficiente para medir corretamente a pressão, sem que haja risco de oclusão; a artéria deve ter a adequada circulação, tendo um acesso fácil ao local e sendo uma área afastada de áreas suscetíveis de contaminação.

A cateterização arterial é indicada não só para a realização de uma monitorização contínua, mas também para dar conforto e segurança ao utente, uma vez que a presença deste dispositivo permite realizar gasometrias e colheita de sangue, sem que haja constantes cateterizações. Existem algumas complicações associadas a este dispositivo como: a embolização arterial, isquémia local, hematomas, infiltrações, infeção do local de inserção, entre outras (Reis e Silva, 2021).

De modo a prevenir a sua ocorrência, existe uma série de intervenções que se podem realizar. A avaliação da patência do arco palmar, realizada antecipadamente, segundo Leão *et al.* (2022), permite prevenir complicações vasculares relacionadas com a punção radial. Para além disso a aplicação do Teste de Allen modificado, sendo uma técnica simples de aplicar, permite avaliar em simultâneo o comprometimento sanguíneo das artérias radial e ulnar (sendo esta responsável pela circulação colateral da artéria radial). Esta técnica é realizada com o antebraço do utente alto, punho fechado e em que se realiza uma compressão em ambas as artérias de modo a ocluir o fluxo sanguíneo para a mão.

Posteriormente, deixa-se de exercer pressão sobre as artérias e espera-se que o fluxo sanguíneo retome à normalidade pelo que a mão, anteriormente pálida, deverá reperfundir e retomar a sua coloração em menos de 10 segundos. Em caso de tempos superiores a 10 segundos considera-se teste de Allen negativo indicando que a artéria radial não está íntegra, pelo que existe um comprometimento vascular (Ogliari *et al.*, 2021).

Durante o estágio a minha intervenção passou pela colaboração na preparação de material, na colocação e manutenção da linha arterial e CVC, utilização adequada da linha arterial para colheitas de sangue e realização de gasometrias, interpretando os seus valores e atuando em conformidade, realizando técnica asséptica nos cuidados ao local de inserção.

A monitorização da pressão arterial invasiva é constante, através da linha arterial, permitindo-nos atuar o mais precocemente possível, por exemplo numa situação de hipotensão severa, se iniciarmos a perfusão de noradrenalina a sua tradução na pressão arterial invasiva é quase imediata, existindo um aumento da Pressão Arterial Média (PAM). O inverso, ou seja, diminuição da PAM, ocorre por exemplo na substituição da seringa de noradrenalina e na administração de paracetamol, tendo tradução quase imediata na pressão arterial invasiva. Para além da gestão farmacológica em função dos valores de monitorização da pressão arterial (PA), também adquiri competências na identificação de uma curva de PA anormal. Nomeadamente, uma curva achatada pode representar uma perda de pressão na bolsa pressurizada, posição incorreta do membro ou torneira fechada para o doente. Já a

ausência de curva pode indicar posição incorreta do cateter, assistolia ou desconexão dos cabos.

O facto de todo o doente internado nesta unidade apresentar uma linha arterial não implica que seja menos valorizada, muito pelo contrário existem vários cuidados na manutenção da linha arterial (nomeadamente: manter a permeabilidade do cateter mantendo em perfusão um soro fisiológico sob pressão, evitando assim o retorno de sangue e obstrução do cateter; inspecionar o local de inserção do cateter; vigiar as extremidades do membro cateterizado; utilizar uma técnica asséptica na sua manipulação; posicionar o “zero” ao nível da linha axilar média, com o doente em decúbito dorsal; manter o cateter, apenas o tempo necessário) que deverão ser constantemente assegurados (António, 2019).

Durante o estágio, tive o privilégio de assistir a uma formação interna realizada pelo meu orientador, e a oportunidade de trabalhar com o sistema PICCO (Pulse Contour Cardiac Output), que surge em alternativa ao cateter de Swan Ganz, sendo muito menos invasivo que este. Funciona com base na técnica transpulmonar de termodiluição e fornece, além dos parâmetros mais básicos de pressões arteriais, o débito cardíaco, volume de ejeção, volume sistólico, pressão da artéria pulmonar, resistência vascular periférica, entre outros. A formação inicial permitiu-me uma compreensão mais consolidada da utilização, de forma a prestar cuidados mais seguros.

Para a utilização deste método é necessário que o doente possua um CVC, algo constante num SMI, pela necessidade de administração de terapêutica inotrópica, como fluidos.

O conhecimento das normas de orientação clínica relativas à prevenção das infeções permitiu uma atualização face às boas práticas baseada na evidência científica. No momento do ‘briefing’ entre turnos, são sempre enfatizadas as recomendações preconizadas pelo feixe de intervenções para a prevenção da infeção relacionada com o CVC (DGS, 2022a).

O EE tem um papel preponderante na monitorização e adesão do feixe de intervenções, é essencial formar e educar os profissionais para a correta colocação, manutenção e prevenção de infeções relacionados com o CVC.

Outra patologia comum nos cuidados intensivos é a LRA, que surge habitualmente num contexto de falência multiorgânica e que incrementa, consideravelmente, a mortalidade.

A OMS, no relatório de dezembro de 2020, reporta-se à Doença Renal (DR), como a décima causa de morte no mundo em 2019, englobando-se no grupo de doenças não transmissíveis, sendo responsáveis por 74% das mortes no mundo inteiro (OMS, 2022a). A hipertensão e a diabetes são fatores associados à Doença Renal Crónica (DRC), sendo que esta apresenta prevalência na população adulta (Rocha et al., 2021).

A LRA caracteriza-se pela diminuição da capacidade dos rins em filtrar as substâncias que em níveis mais elevados provocam complicações no sistema cardiovascular, neurológico,

hematológico, distrofia óssea, equilíbrio ácido-base, e alterações a nível da eliminação vesical (NKF, 2019).

No SMI, a utilização de Técnicas Dialíticas ou Técnicas de Substituição Renal (TSR) também se revelou bastante comum.

As TSR são utilizadas para restabelecer o equilíbrio dinâmico do organismo, durante a disfunção/falência renal, com indicação para remoção de líquidos, remoção de solutos e correção de desequilíbrios eletrolíticos e ácido base, por meio de quatro princípios, difusão, osmose, ultrafiltração e convexão. Com o objetivo de garantir a homeostasia metabólica, impedir a sobrecarga hídrica e prevenir a falência de outros órgãos (Mendes & Ponce, 2015).

O método que experienciei foi o método de HDFVVC - Hemodiafiltração Venosa Venosa Contínua, utilizando o monitor Prismaflex®. Neste método há necessidade de recorrer a uma bomba de sangue para manter o fluxo sanguíneo, obtido por cateteres inseridos em veias profundas.

De acordo com Pinheiro e Madureira (2020), se por um lado a técnica contínua decorre sensivelmente num período de 24 horas, sendo mais bem tolerada no âmbito da PSC, uma vez que possibilita a remoção gradual de solutos e fluídos e com menores fluxos sanguíneos, propiciando maior estabilidade hemodinâmica ao doente, por outro lado, em necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico, esta técnica tem de ser interrompida acarretando custos, pelo excessivo gasto em produtos.

Como principais complicações que decorrem do tratamento dialítico destacam-se: a hipotensão/hipertensão, a arritmia, a náusea, a cefaleia, o vômito, as dores, a febre, as câibras, entre outras. Cabe assim à equipa de enfermagem monitorizar, interpretar e atuar perante os dados recolhidos, de forma a assegurar a segurança e a qualidade dos cuidados. (Gonçalves et al., 2020). Para além da prestação de cuidados tive sempre presentes as desvantagens deste procedimento, nomeadamente na alteração da temperatura corporal, uma vez que o sangue passa por um sistema extracorpóreo, com conseqüente alteração do débito cardíaco e da perfusão tecidual. Quando o anticoagulante selecionado pelo médico é o citrato, temos de ter atenção aos valores séricos do cálcio, uma vez que o citrato é quelante destes e muitas vezes é necessária a reposição endovenosa de cálcio. Por outro lado, e tratando-se de circulação extracorpórea, a coagulação do filtro surge em cerca de 25% e é outra das complicações que importa prevenir (Santos et al., 2021). É importante que o EE antecipe os focos de instabilidade, priorize intervenções e previna complicações associadas à doença aguda ou crónica garantindo uma resposta eficaz e breve, maximizando os ganhos em saúde (OE, 2018).

De acordo com a Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) (2022) o CVC é um dispositivo médico que possibilita aceder de forma direta à aurícula direita do coração, permitindo a realização de tratamentos com alto volume e fluxo, como o tratamento dialítico

(Lok *et al.*, 2020). As indicações para a sua utilização são variáveis, sendo que no âmbito da PSC permitem acesso emergente à circulação para realização desta modalidade terapêutica (Alves e Sampaio, 2020; Lok *et al.*, 2020).

O CVC apresenta-se como um tubo flexível, que possibilita a realização do tratamento dialítico, bem como outros procedimentos, tais como infusão de fluidos e fármacos, administração de sangue e hemoderivados e ainda colheita de sangue para análises (Timsit *et al.*, 2018; Mohazzab *et al.*, 2022).

Em comparação com outro tipo de acesso vascular para diálise, as infecções associadas ao CVC são oito vezes superiores (Wooten *et al.*, 2022), sendo estas justificadas pelo design característico deste tipo de cateter (Timsit *et al.*, 2018).

A HDFVVC enquanto recurso terapêutico apresenta um desafio para a equipa de enfermagem, uma vez que, cabe a esta, a responsabilidade técnica e asséptica. Nesta área, enquadrando o trabalho desenvolvido no estágio de TSR, na manipulação e prevenção de infeção associada ao CVC de diálise, disponibilizei o procedimento para implementação no SMI (conforme anexo n.º 2).

Assim sendo, considero esta experiência muito enriquecedora para mim enquanto profissional de saúde e, principalmente, para a minha formação enquanto enfermeira especialista, pois esta experiência veio sedimentar os conhecimentos técnico-científicos adquiridos no estágio anterior sobre técnicas substitutivas da função renal, mas desta feita em Cuidados Intensivos e permitiram-me adquirir conhecimentos específicos sobre o aparelho Prisma Flex com citrato, o que seria quase impossível no meu futuro. Considero que aprendi a reconhecer e a gerir adequadamente os cuidados a prestar à PSC com necessidade de TSR. Pude colaborar na colocação, seguindo técnicas de assépsia e avaliação de possíveis complicações. Durante esta experiência foi notável, a importância da adequada avaliação da dor.

Segundo a definição da Associação Internacional para o Estudo da Dor, dor é uma sensação desagradável, com experiência emocional associada, podendo ter associado um dano tecidual real ou potencial (Sonneborn e Williams, 2020).

É essencial a avaliação sistemática e regular da dor da PSC com planeamento e implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio e controlo da dor.

Correlacionada com a analgesia encontra-se a sedação do utente, de modo que o mesmo possa suportar a VMI.

De acordo com Costa (2021), nos utentes que estejam sedados e ventilados, a dor deve ser avaliada através da observação de comportamento, tendo por base dados referentes à expressão facial, movimentos corporais e tolerância à VM.

A escala utilizada no serviço para a avaliação e monitorização da sedação é a escala

de agitação-sedação de Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS), registada no plano de cuidados, pelo menos uma vez por turno. Esta escala avalia o comportamento do doente quanto ao seu grau de agitação e sedação, variando entre o coma (pontuação - 5) ao estado combativo (pontuação + 4) (Nunes, 2019).

Quando o utente já não se encontra sob sedação profunda, apresentando-se orientado e capaz de localizar a dor e de responder às questões realizadas, através de estratégias de “comunicação não verbal”, permitindo perceber se existe ou não a presença de dor.

No SMI em particular, e no caso dos doentes sedoanalgesiados é crucial o reconhecimento de sinais de dor, assim como de fatores de alívio ou agravamento, efetuando a seleção do instrumento de avaliação adequado ao doente. Sempre que possível, foram usadas as escalas de autoavaliação por norma a visual analógica e numérica e as de heteroavaliação, com base em indicadores fisiológicos e comportamentais, em doentes com alterações da comunicação e cognitivas.

Segundo Monte (2020), a sedação da PSC deve ser evitada, sempre que não exista uma condição clínica mandatória para a sua instituição, sendo que esta associa-se ao aumento do tempo de VM, tempo de internamento e taxa de mortalidade no SMI. Assim, a sedoanalgesia deve ser a mínima eficaz para a situação do doente, devendo ser ponderados fatores como a patologia, a adaptação à VM, o estado hemodinâmico, o conforto do doente, a dor, o sono, a comunicação, a ansiedade e outros sintomas do foro psíquico.

Consciente da intervenção do EE a este nível e sabendo que no despertar a pessoa progride em níveis de consciência no sentido da interação com elementos externos (Mendes e Miguel, 2020), devemos intervir no controlo do ruído, na gestão dos alarmes, no planeamento das intervenções de modo a reduzir as interações durante o sono, no uso de estratégias alternativas à contenção ao leito e na utilização de musicoterapia durante os cuidados, para promover o relaxamento e reduzir a ansiedade.

Após a avaliação, segue-se o protocolo que nos permite aumentar ou diminuir o propofol e o midazolam, por forma a mantermos a pessoa o menos sedada possível. Sendo a dor um sintoma e um sinal comum e angustiante na PSC, se esta não for controlada, poderá colocar a pessoa em risco de vivenciar consequências fisiológicas e psicológicas adversas.

Assim, procurei controlar a dor, o que assumi como prioritário, dado que esta influência a estabilidade clínica da PSC. Não obstante, a dor, como preconizado pela DGS (2003), é o 5.º sinal vital, o que implica monitorização e vigilância sistemáticas, espelhando uma norma de boa prática quando a sua presença e a sua intensidade são sistematicamente consideradas, diagnosticadas, avaliadas e registadas (DGS, 2003; OE, 2008).

Utilizei as várias escalas de monitorização da dor e realizei pesquisa para adquirir competências teóricas e para poder fundamentá-las na prática. Geri a analgesia prescrita, potenciando o bem-estar do doente. No SMI, os doentes estão maioritariamente com

analgesia contínua, o que facilita o controlo da dor, no entanto, aprimorei e fiquei mais atenta a sinais e sintomas que alertem para o facto de o doente ter dor ou não. Os analgésicos são administrados de duas formas: por prescrição em intervalos regulares e/ou em perfusão contínua, programada sem interrupção ao longo das 24 horas, mantendo níveis sanguíneos constantes.

As terapêuticas que administrei com maior regularidade no SMI, para analgesia/sedação para controlo da agitação e dor, foram o fentanil como analgésico por causar menor instabilidade hemodinâmica e o propofol como sedativo preferencial se necessidade de um acordar rápido, em perfusão contínua, muitas vezes em utilização combinada, e também a dexmedetomidina (Dexdor), um novo fármaco, sedativo seletivo com propriedades ansiolíticas e analgésicas. A sedação é um processo dinâmico determinado pela condição da pessoa em cada momento e deve ser ajustado sempre em concordância com a evolução clínica, é de salientar que aquando da necessidade de extubação, todas estas medidas devem ser aliviadas e rigorosamente monitorizadas.

Em contexto hospitalar, no SMI a gestão e alívio é realizada principalmente através de intervenções farmacológicas, reconhecendo-se a importância das medidas não farmacológicas, como posicionamentos e massagens de conforto. Por conseguinte, avalei e registei sempre a dor, bem como as mudanças comportamentais, agitação ou alteração dos sinais vitais. Tive sempre em consideração que a subjetividade intrínseca à dor, mesmo realizada sob forma de heteroavaliação, não nos permite subestimá-la ou subvalorizá-la.

O conforto é considerado uma necessidade humana básica, *“um resultado essencial do cuidado de enfermagem, universalmente desejável, relevante em várias taxonomias profissionais e teorias de enfermagem”* (Cardoso, Caldas e Souza, 2019, p.119). Pode ser definido como *“sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal”* (International Council of Nurses [ICN], 2019a),

No doente crítico em contexto de cuidados intensivos existe a forte recomendação de iniciar alimentação entérica o mais precocemente possível, uma vez que a presença de nutrientes no lúmen intestinal, previne a atrofia da mucosa e trato intestinal, mantém o fluxo sanguíneo da mucosa intestinal e mantém a secreção hormonal, prevenindo assim a translocação bacteriana e, por sua vez, reduz a incidência de complicações sépticas (Rocha e Passos, 2020).

Este suporte nutricional deve iniciar-se quando os doentes se encontram hemodinamicamente estáveis, e com o sistema digestivo funcionando, o mais precocemente possível, com um fornecimento calórico de 20-25 kcal/kg/dia (Mendes e Ponce, 2015). No caso específico desta unidade é sempre instituído o protocolo vigente e aumentado o débito de perfusão de acordo com a tolerância do doente. É sempre prescrita pelo clínico e entregue em unidose pela farmácia hospitalar devidamente acondicionada.

Nesta área efetuei intervenções relacionadas com a via de administração (introdução, manutenção, fixação e renovação da sonda); administração e verificação de resíduo/estase gástrica, hidratação com H₂O de forma contínua ou em bólus; confirmação da posição da sonda, despiste e controlo de complicações (regurgitação e aspiração pulmonar, distúrbios gastrointestinais, obstrução da sonda) e alterações glicémicas e eletrolíticas. Tive sempre o cuidado de confirmar as prescrições e basear a administração nos protocolos e esquemas adequados a cada doente, proceder à vigilância do perfil glicémico e administrar insulina de acção rápida em bólus SC e/ou em perfusão de acordo com protocolo do SMI, complementando todo o processo de vigilância, na prestação de cuidados com base na melhor evidência possível.

É também protocolo do serviço e, de acordo com recomendações de prevenção das IACS, a mudança dos sistemas de administração de alimentação entérica e parentérica a cada 24 horas. No decorrer do estágio pude desenvolver as minhas competências e capacidades no que concerne aos cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma.

A abordagem a estes doentes foram um grande desafio para mim, uma vez que o perfil destes doentes está relacionado com a minha prática clínica diária, enquanto enfermeira no serviço de internamento cirúrgico em que 50% dos doentes vindos do SU são politraumas, com traumatismo torácico. Um aspeto interessante com que me deparei neste estágio foi o posicionamento dos utentes no SMI. Para mim, quando se falava em posicionar pessoas em decúbito alternado, referia-me a uma mudança efetiva de posição.

Apesar de perceber a necessidade de muitos dos utentes permanecerem tanto tempo em decúbito dorsal, preocupava-me o aparecimento de úlceras por pressão, sendo que simultaneamente observava que a sua existência é praticamente nula. Na verdade, os posicionamentos realizados no SMI, onde se valoriza o alívio e massagem de zonas de pressão, são tão eficazes como qualquer outro, acrescentando, como mais-valia, não provocar instabilidade elétrica e/ou hemodinâmica para o utente, aspeto fundamental neste tipo de serviço.

A PSC *per si* já apresenta um risco elevadíssimo de desenvolvimento de lesões oftálmicas, uma vez que vê os seus mecanismos protetores do olho afetados, e devido à exposição ao ambiente e aos agentes patogénicos do meio envolvente.

A alteração do estado de consciência, o uso de sedação e relaxantes musculares, imunossupressores, ou as alterações metabólicas, entre outros, são todos fatores que contribuem para o anormal funcionamento dos mecanismos protetores do olho (pestanejar e lacrimejar). Assim, os cuidados oftálmicos à pessoa crítica tornam-se, portanto, cruciais para a prevenção de lesões da córnea. Durante o estágio, refleti algumas vezes com os meus tutores sobre esta situação, em particular na pessoa que se encontrava em posição *prone* sem proteção ocular.

Tive como prática seguir o procedimento dos cuidados oftálmicos para prevenção da úlcera da córnea na pessoa em estado crítico. Tendo em conta os objetivos a que me propus nos projetos de estágios, no que diz respeito às aprendizagens, este estágio foi bastante rico, tendo superado as minhas expectativas.

Acredito que consegui atingir este domínio de competência, com a certeza que todos os dias contactarei com algo novo que me despertará o interesse de ter a melhor fundamentação e refletir continuamente, pois só assim caminharemos no sentido da perícia e da excelência do cuidar.

Também não posso deixar de refletir sobre os cuidados prestados à pessoa em fim de vida. Várias foram as vezes que me deparei a refletir sobre a necessidade real de cuidados intensivos em determinadas situações clínicas.

As mortes que presenciei no SMI ocorreram após a decisão clínica de retirar medidas de suporte, sendo que estas decisões muitas vezes eram adiadas para permitir um último adeus às famílias, existindo sempre um cuidado extremo em manter a dignidade da pessoa, garantindo o alívio da dor, com a premissa de permitir o contato com a família e/ou guia espiritual sempre com o máximo conforto possível.

A palavra comunicar surge do latim *comunicare*, que significa pôr em comum (Lima, Maia e Nascimento, 2019). Assim, torna-se numa ferramenta significativa que procura intervir nas relações humanas promovendo a sustentabilidade e a consolidação da autonomia, estimulando sempre a pessoa a verbalizar os seus medos, preocupações e dúvidas, proporcionando assim um forte vínculo da tríade profissional de saúde, doente e família, fortalecendo a relação interpessoal e dando possibilidade do doente se sentir cuidado, amparado, confortado e compreendido (Andrade *et al.*, 2019; Pacheco *et al.*, 2020). Esta tem como objetivos informar, orientar e apoiar, precisando estabelecer atitudes lícitas de empatia, autenticidade, congruência, compaixão e aceitação do outro (Carqueja, 2018).

De forma a estabelecer uma relação interpessoal positiva com o doente e sua família, podem ser necessárias algumas técnicas na comunicação como, por exemplo, promover empatia e inteligência emocional, repetir a informação sempre que necessário, assegurar de que a comunicação foi compreendida, saber ouvir, ser sincero e claro, disponibilizar tempo e colocar-se à disposição e manter um discurso consistente, pelo que estas podem ser afetadas por condições de trabalho, falta de experiência profissional e características pessoais e sociodemográficas (Moritz *et al.*, 2008 cit. Santos *et al.*, 2014; Bellaguarda *et al.*, 2020)

Os profissionais de saúde expõem dificuldades em comunicar com o doente e sua família, quando o foco da conversa centra se em situações difíceis. Perante isto, e como já abordado anteriormente, é importante a formação adequada para haver uma maior facilidade em transmitir más notícias, pela carga emocional que esta assim o exige e pelos constrangimentos e sensações desconfortáveis que apresenta (Bellaguarda *et al.*, 2020).

Sem dúvida que a comunicação de notícias difíceis, seja por agravamento do quadro clínico, seja por óbito do utente, continua a ser uma parte integral dos cuidados.

A má notícia, segundo Gomes (2019), pode ser definida pela informação cujo conteúdo é desagradável e que pode envolver uma mudança drástica e negativa face ao futuro e a sua comunicação consiste numa das mais desafiantes intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros, exigindo a estes uma agregação de atitudes e competências únicas. Esta comunicação de más notícias, segundo Gomes (2019) pode ser prestada através da implementação de estratégias facilitadoras, como a aplicação de modelos/protocolos distintos como o modelo SPIKES. Esta abordagem consiste em seis passos: em preparar o contexto (Setting); avaliar a perceção do utente face à doença (Perception); avaliar o que o utente deseja saber (Invitation); através de um diálogo transmitindo o conhecimento e informação necessária (Knowledge); permitir a expressão de emoções (Emotions) e; estabelecer estratégias sumarizando as informações (Strategy).

No que concerne à minha experiência, julgo que este tipo de abordagens padronizadas, como já referi, podem apoiar e melhorar os cuidados. Estimular as equipas a recorrer a este tipo de metodologias insere-se no quadro das competências do EE e, acima de tudo, no seu agir profissional. Na realidade, o estágio mostrou-me que as competências comunicacionais de um enfermeiro (especialista, nesta área) constituem um elemento essencial nos cuidados.

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

Considerando a situações de emergência e catástrofe, das situações de elevada dimensão e onde a operacionalidade e funcionalidade de um plano de emergência é fulcral para que este seja implementado de forma correta, sendo necessário que todos os elementos de uma equipa sejam conhecedores do mesmo, para poder ser executado sem falhas.

Faz parte das competências do EE perante uma situação de emergência e catástrofe, saber planear, gerir respostas e atuar em conformidade. Assim, no decorrer do EC no SMI, apesar de não haver possibilidade de colocar em prática o plano de emergência interno, no que diz respeito à evacuação dos doentes, foi possível, abordar a temática com os meus orientadores, relativamente à segurança dos doentes, uma vez que estas situações envolvem uma logística quer de meios humanos, quer de meios materiais de grandes dimensões, pelo que, pude adquirir conhecimentos na gestão e definição de prioridade. Consultei os planos internos de emergência multivítimas e de catástrofe com os procedimentos de evacuação, para poder atualizar e consolidar conhecimentos.

3. Maximiza a Prevenção, Intervenção e Controlo da Infecção e de Resistência a Antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica

De acordo com a DGS (2017, p. 4), e face à complexidade da situação e à necessidade de respostas, em tempo útil e adequadas, as IACS são *“uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade”*.

Se, por um lado, em cuidados intensivos se prolonga a sobrevivência de doentes, por outro lado, verifica-se que estes se tornam mais vulneráveis às infeções que podem ser adquiridas, devido ao recurso a procedimentos invasivos, à terapêutica, tendo, por isso, um maior impacto nos doentes críticos (DGS, 2017).

A PSC e/ou falência orgânica num serviço de cuidados intensivos apresenta múltiplos fatores de risco para o desenvolvimento de infeções. Assim, como enfermeira pude intervir nos fatores de risco modificáveis, nomeadamente no que concerne aos comportamentos de risco dos profissionais de saúde. Se pensarmos na taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde, como um indicador de qualidade em saúde, devemos garantir que as precauções básicas de controlo de infeção sejam garantidas, seja pela utilização de equipamento de proteção individual (EPI), pela manutenção dos isolamentos, ou pela sensibilização dos pares para a implementação dos feixes de intervenção relacionados com a manipulação e manutenção do CVC, manipulação e manutenção da sonda vesical e prevenção de PAI, de acordo com a DGS (2022a), entre outros.

Tendo em conta que, uma das competências específicas de EMC na PSC dos EE definidas pela OE está relacionada com a maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistências a antimicrobianos torna-se importante refletir sobre a adequada utilização e cumprimento dos feixes de intervenção baseados na mais recente evidência científica, validei essa conduta dos EE e os dinamizadores da PPCIRA, no momento do ‘briefing’ entre turnos, relembram as recomendações preconizadas pelo feixe de intervenções para a prevenção da infeção relacionadas com as bundles implementadas no serviço. (DGS, 2022a).

A prevenção e o controlo de infeção na assistência da PSC tornam-se essenciais para a qualidade dos cuidados. Na ULSVDL existe o programa de prevenção e controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos com nome de “STOP Infeção hospitalar 2.0 “. Este programa terá a duração de três anos e pretende que ocorra uma redução para metade das infeções hospitalares com objetivo de melhoria contínua na adesão ao cumprimento das precauções básicas do controlo de infeção (PBCI), redução das taxas de infeção relacionadas com os CVC, cateteres urinários, e PAI entre outras.

Numa fase inicial deste programa, foi possível reduzir as taxas de infeção hospitalar nos serviços aderentes, onde se verificou o recurso aos feixes de intervenção propostos pela

DGS (Comissão Executiva Calouste Gulbenkian, 2018). O conhecimento das normas de orientação clínica relativas à prevenção das infeções permitiu uma atualização face às boas práticas baseada na evidência científica.

Ao longo dos anos as infeções associadas aos cuidados de saúde têm sido uma preocupação na minha prática. As técnicas invasivas aumentam o risco de infeção e a PSC está exposta a múltiplas intervenções complexas invasivas e não invasivas. São as boas práticas nos cuidados que determinam a redução nas infeções hospitalares associadas aos cuidados de saúde.

O EE tem um papel preponderante na monitorização e adesão do feixe de intervenções, essencial no papel formativo e educativo dos profissionais para a correta colocação, manutenção e prevenção de infeções relacionadas com os dispositivos médicos.

Torna-se fulcral, num programa de controlo de infeção, a vigilância epidemiológica de estruturas, processos e resultados (Pereira, 2020). Como tal, para avaliarmos qualquer tipo de intervenção esta tem de ser devidamente implementada e registada. No SMI temos como exemplo as intervenções implementadas para a prevenção da PAI registadas no plano de cuidados de enfermagem, bem como no plano de cuidados médicos. Alicerçado aos planos de cuidados existe também um formulário no serviço que nós enfermeiros temos de preencher com a data da colocação, remoção e substituição de dispositivos invasivos.

Outros métodos utilizados, na minha perspetiva indiretamente, para a avaliação do controlo de infeção são os índices de gravidade, nomeadamente o Sequential Organ Failure Assessment (SOFA), Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) e Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II).

Assim, no que se refere a este risco, a DGS (2019, p. 1) elaborou uma norma com os feixes de intervenção de prevenção da pneumonia associada à intubação, com as seguintes medidas:

- ✓ *“Rever, reduzir e, se possível, parar diariamente a sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento e documentar no processo clínico;*
- ✓ *Discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, com formulação diária de plano de desmame/extubação, registado no processo clínico;*
- ✓ *Manter a cabeceira do leito em ângulo $\geq 30^\circ$, evitar momentos de posição supina e realizar auditoria diária ao cumprimento desta medida, registando no processo clínico;*
- ✓ *Realizar higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia, em todos os doentes, com idade superior a 2 meses, que previsivelmente permaneçam n SMI mais de 48 horas e documentar no processo clínico;*
- ✓ *Manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes;*

- ✓ *Manter pressão do balão do TET entre 20 e 30 cm H₂O*.

Este feixe de intervenções está bem implementado no serviço, pelo que executei essas medidas em todos os turnos, nomeadamente a lavagem da mucosa oral e dentes com uma diluição de água bidestilada e pasta dentífrica, com auxílio da aspiração e ação mecânica de escova ou esponjas próprias. Em cada turno também procedi à verificação do 'cuff', nomeadamente antes da realização da higiene oral, antes da mudança de posição do doente ou sempre que necessário. Para além destas medidas, também tentei que o posicionamento dos doentes fosse sempre com ângulo da cabeceira superior ou igual a 30 graus, adotando a posição supina para determinados procedimentos ou em situações de instabilidade hemodinâmica.

No que diz respeito à interrupção diária da sedação, não existe um protocolo de sedação definido e instituído, sendo que esta intervenção é prescrita pelo médico e só assim é que procedi à sua suspensão, por norma após os cuidados de higiene e conforto, no turno da manhã.

As intervenções de Enfermagem que observei e realizei para assegurar uma assistência de qualidade ao doente submetido a VMI visaram:

- ✓ esclarecer o doente sobre os procedimentos a serem realizados, mesmo sob efeito de sedativos, pois diminui a ansiedade e proporciona conforto;
- ✓ manter a cabeceira elevada em 30°, caso não haja contra-indicação, pois, evita o refluxo gástrico e a aspiração pulmonar, além de melhorar a expansão torácica;
- ✓ monitorização da pressão do cuff, antes e depois da aspiração do TET;
- ✓ higiene oral com pasta dentífrica uma vez por turno;
- ✓ substituição do filtro a cada dois dias e do circuito quando visivelmente sujo;
- ✓ avaliação da posição do TET uma vez por turno;
- ✓ avaliação da necessidade de sedação e extubação.

Os cuidados referidos constituem as medidas preconizadas para a prevenção da PAI implementadas na unidade, indo de acordo à norma n.º 021/2015, atualizada em 2022, preconizadas no programa hospitalar STOP infeção 2.0.

No que concerne ao feixe de intervenção de prevenção de infeção relacionada com CVC, norma n.º 022/2015, este apresenta dez orientações que deverão ser garantidas aquando da colocação e manutenção do CVC, nomeadamente a garantia do treino e competência na avaliação e colocação do CVC, higienização das mãos, utilização de barreiras de proteção máxima, antissépsia da pele com clorexidina a 2% em álcool, evicção do acesso femoral, avaliação diária da necessidade de CVC, descontaminação dos pontos de acesso com antisséptico, uso de técnica asséptica na realização do penso e desenvolvimento de treino e competência na manutenção do CVC (DGS, 2022c).

A execução de práticas simples como a higiene das mãos; a implementação de medidas de barreira estéril, durante a inserção do CVC; a desinfecção da pele com clorexidina 0,2%; a seleção do local de inserção do CVC e a verificação diária da necessidade manter o CVC fazem com que haja uma diminuição do risco de infeção (Line *et al.*, 2022).

No decorrer do meu estágio tive a oportunidade de participar na manutenção do CVC de todos os doentes com quem contactei. Ainda que, parte das orientações da DGS apresentem como destinatário a equipa médica, o EE apresenta um papel crucial na discussão do local anatómico a colocar o CVC, na escolha do número de lúmens, na avaliação diária da necessidade de CVC, na garantia do uso de técnica asséptica pelos diferentes grupos profissionais e na supervisão dos cuidados de manutenção prestados pelos pares.

No serviço são igualmente monitorizados e auditados um conjunto de itens, presentes no feixe de intervenções, que devem ser cumpridos para a prevenção da Infeção do Trato Urinário (ITU) associada ao cateter urinário: avaliar a possibilidade de evitar o cateterismo vesical; cumprir a técnica asséptica no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem; cumprir a técnica limpa no manuseamento do sistema de drenagem; realizar a higiene diária do meato uretral; manter o cateter vesical seguro, com o saco coletor constantemente abaixo do nível da bexiga e esvaziado, sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade; e verificar diariamente a necessidade de manter o cateter vesical, retirando-o logo que possível (DGS, 2022).

Aqui, importa prevenir complicações que lhe estão associadas, bem como garantir o seu adequado funcionamento, através da sua otimização. Estes objetivos são concretizáveis através da realização de intervenções como: a avaliação da evolução dos sinais de infeção do sistema urinário; proceder à troca do dispositivo, sempre que necessário, bem como garantir o seu adequado funcionamento.

As IACS constituem-se como um problema de saúde, uma vez que agravam o prognóstico da doença base, prolongando os internamentos, associado ao aumento da morbidade, mortalidade e consequentemente os custos (DGS, 2018).

A OE (2018) salienta que “*o elevado risco de IACS decorre da doença aguda ou crónica, do ambiente e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos de que a pessoa é sujeita*” (OE, 2018, p. 19362).

De evidenciar que, todas as normas e protocolos estabelecidos pelo departamento de prevenção e controlo da infeção baseiam-se nas orientações divulgadas pela DGS e pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Mais uma vez, o combate a este problema de saúde pública não poderia ser descurado no PNSD 2021-2026, estando incluído no pilar 5: Práticas seguras em ambientes seguros, no objetivo estratégico 5.3 “*Reduzir as IACS e as resistências aos antimicrobianos*”. As ações a desenvolver dão ênfase à promoção e adesão das instituições à estratégia multimodal em

precauções básicas de controlo de infeção; à prevenção e vigilância epidemiológica das IACS e à promoção, implementação e operacionalização de um Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica (despacho n.º 9390/2021, 2021).

Relativamente às taxas de infeção, as mesmas são partilhadas pelos enfermeiros responsáveis, promovendo a consciencialização dos profissionais e as práticas mais seguras para os profissionais e utentes. Importa também referir que a intubação orotraqueal/traqueal e VM representam procedimentos comuns na PSC e riscos acentuados de IACS.

Prestei cuidados respeitando os procedimentos de prevenção e controlo de infeção, tendo sempre em atenção os elos da cadeia de transmissão da infeção, a utilização de boas práticas no que diz respeito à higiene das mãos e a utilização adequada e racional dos equipamentos de proteção individual. Posto isto, foi possível maximizar a minha intervenção na prevenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequado.

Relativamente à avaliação individual do risco de infeção na admissão do utente, atualmente todos os doentes admitidos no SMI realizam pesquisa à entrada e, se rastreio positivo para *Klebsiella Pneumoniae* Carbapenemase (KPC) e *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) ficam internados em quarto de isolamento.

O procedimento de higienização das mãos, definido pela norma n.º 007/2019 da DGS, encontra-se amplamente divulgado pelos diversos serviços, existindo uma consciencialização efetiva da pertinência da mesma pelos profissionais, fazendo parte da política dos serviços a auditoria diária da higienização das mãos.

Não tendo participado em nenhuma destas auditorias, pugnei, dando o exemplo, para que a norma de higiene das mãos fosse cumprida tal como preconizada. No que se reporta à etiqueta respiratória, a mesma foi amplamente explorada durante a pandemia COVID-19, encontrando-se ainda presente os princípios básicos da mesma.

A utilização de EPI é também uma área cujos profissionais reconhecem e cumprem, na sua maioria. O hospital dispõe de aventais, batas descartáveis, luvas, toucas, máscaras cirúrgicas e FFP2, viseiras e óculos, entre outros, cabendo ao enfermeiro a correta utilização dos EPI.

Já no que diz respeito ao controlo ambiental, descontaminação adequada das superfícies e manuseamento seguro da roupa, estes cuidados são assegurados pela equipa de assistentes operacionais, sendo, no entanto, da responsabilidade do enfermeiro a supervisão dos cuidados e a formação nesta área. Analogamente, a gestão adequada dos resíduos é uma responsabilidade partilhada entre assistentes operacionais e enfermeiros, enquadrando-se na estratégia nacional e comunitária para uma adequada gestão de resíduos.

Estágio II – Serviço Urgência/Emergência

Os SU consistem em serviços multidisciplinares, com equipas multiprofissionais, que visam dar resposta atempada e ajustada às diversas situações de urgência e emergência (Machado, 2019). Estes serviços têm como finalidade a receção, o diagnóstico e o tratamento de todas as situações de urgência e emergência médicas, que requerem uma intervenção imediata (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

O manual de Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências, publicado pela ACSS (2015), refere que o SU tem por *“objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar”*.

Entende-se por urgência todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, que necessitam de intervenção, avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa). Por sua vez, emergência refere-se a situações clínicas de estabelecimento súbito, em que há risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção imediata (Grupo de Trabalho Serviços de Urgência, 2019).

Desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica

O desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências especializadas, no domínio da prestação de cuidados, da investigação, da gestão, da formação, no âmbito da especialidade em EMC e, em consonância com as competências específicas do EE na PSC, constituirá um contributo importante para a minha prática de cuidados futuros.

Competências comuns de Enfermeiro Especialista

1. Responsabilidade profissional, ética e legal

A enfermagem é uma profissão autorregulada, sendo o seu exercício fundamentado por princípios éticos e deontológicos definidos no Código Deontológico do Enfermeiro e no REPE, devendo os enfermeiros adotar uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos pelos cidadãos (OE, decreto-lei n.º 104/98, 2019).

Perante uma situação de doença, tanto o doente como a família podem vivenciar sentimentos de dependência, de perda de controlo, de insegurança e de impotência, ajudando assim a potenciar a fragilidade e vulnerabilidade inerentes ao processo de transição saúde doença, sendo de extrema importância a preservação da autonomia e dignidade humana, bem como prática de enfermagem que respeite os princípios básicos da autonomia, beneficência, justiça e não maleficência; tidos como pilares da ação profissional nas relações dos profissionais de saúde e dos seus doentes (Prudente, 2000).

O princípio moral da autonomia e o princípio jurídico da intimidade, introduziram na área da saúde o conceito de consentimento livre e esclarecido, que garante ao paciente o direito de contar com informações suficientes que o tornem livre de qualquer forma de coerção ou engano por parte da equipa de saúde, bem como lhe dá condições para fazer uma escolha racional de aceitar ou não a realização de um diagnóstico ou procedimento e fazer ou recusar um tratamento (Prudente, 2000).

O princípio da beneficência obriga o profissional de saúde a ir além da não - maleficência (não causar danos intencionalmente) e exige que ele contribua para o bem-estar dos doentes, promovendo ações para prevenir e remover o mal ou dano que, neste caso, é a doença e a incapacidade para fazer o bem, entendido aqui como a saúde física, emocional e mental.

A não maleficência tem importância porque, não basta apenas, que o profissional de saúde tenha boas intenções de não prejudicar o utente. É preciso evitar qualquer situação

que signifique riscos para o mesmo e verificar se o modo de agir não está a prejudicar o utente individual ou coletivamente, se determinada técnica não oferece riscos e ainda, se existe outro modo de executar com menos riscos (Koerich, Machado e Costa, 2004). Quanto maior o risco de causar dano, maior e mais justificado deve ser o objetivo do procedimento para que este possa ser considerado um ato eticamente correto.

Para Prudente (2000), justiça refere-se ao tratamento que as pessoas esperam receber, como iguais ou em função das suas diferenças sociais, dos demais membros da coletividade e do ordenamento jurídico que regula as relações entre eles.

Neste campo de pensamento, surgiu a discussão sobre a necessidade de promoção da literacia para a saúde, garantindo o direito da beneficência sem pôr em causa a não maleficência.

Relembro o caso específico de uma doente do sexo feminino, de 78 anos, que deu entrada na sala de emergência por bradipneia, visivelmente em situação de fim de vida, levantando a questão ética de iniciar manobras de reanimação ou aplicar medidas de conforto. Por ausência de informação prévia do estado da doente optou-se pelo início das manobras. No entanto, no decorrer do primeiro ciclo, a família contextualizou a situação prévia da doente e trouxe à luz do conhecimento os antecedentes pessoais de adenocarcinoma do cólon em situação paliativa. Contactou-se a equipa de cuidados paliativos na comunidade e optou-se, em conjunto com a família, pela suspensão de medidas invasivas e a promoção de estratégias de 'coping', preparando todos para a morte do seu familiar, disponibilizando um espaço de expressão de sentimentos e medos. Numa fase final de vida, a transição é, por vezes, complexa, dependendo de vários fatores extrínsecos ou intrínsecos ao doente.

Podem existir condições facilitadoras ou inibidoras do processo, sendo que a forma como cada doente vivencia o processo de transição, está relacionado, também, com as características pessoais de quem as vive (Meleis, 2000). Schumacher e Meleis (2010) definem transição como "*uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro*", estando relacionada com o tempo e o movimento e implicando uma mudança de estado de saúde, de relações, de expectativas ou de habilidades, devendo os doentes, consoante o contexto e a situação, obter novos conhecimentos. Desta forma, no final concordámos que teria sido pertinente, elucidar atempadamente a família, sobre aspetos característicos da doença, no sentido de os preparar corretamente, para a aceitação da mesma, e de tudo aquilo que a mesma acarreta.

Para além disso, seria relevante, descobrir a perceção da família, em relação à doença da doente, tentando entender, quais as suas dúvidas e necessidades e quais os seus medos e receios, acautelando que a mesma pudesse reunir as condições para respeitar a vontade da doente de morrer na sua cama, salvaguardando a sua autonomia. Outra situação de elevada relevância no SUP é a emergência de cuidados em que o consentimento

informado pode ser descurado ou tido como presumido, justificando esse comportamento na premissa do risco sério para a saúde ou vida dessa pessoa, ou quando a *“pessoa está inconsciente ou não está legalmente representada”* (DGS, 2015).

A Base 2 da Lei de Bases da Saúde, relativa aos direitos e deveres das pessoas, emana que todas as pessoas têm direito *“a ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função dos planos de cuidados a adotar”* e *“a decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos”* (lei n.º 95/2019, 2019, p.56).

Por consentimento informado entende-se *“a autorização esclarecida prestada pelo utente antes da submissão a determinado ato médico, ou qualquer ato integrado na prestação de cuidados de saúde, participação em investigação ou ensaio clínico”*. Este é um imperativo ético, deontológico e legal através do qual o profissional deverá transmitir de forma simples, objetiva e clara a informação necessária para a compreensão do objetivo, natureza, consequências, riscos e alternativas da intervenção (Governo de Portugal, n.d.).

O artigo 8.º do Capítulo II da Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001 estabelece que, em situação de urgência, não sendo possível obter o consentimento adequado, deve-se proceder às intervenções indispensáveis para benefício da saúde da pessoa em causa. Apesar do volume de trabalho e da necessidade de rápida intervenção que caracterizam os cuidados no SUP, procurei sempre cumprir este requisito, garantindo a compreensão da informação transmitida, esclarecendo dúvidas, validando o consentimento antes da execução de cada procedimento.

Outra problemática levantada pela dinâmica do serviço é o respeito pela privacidade do doente. As obras de reabilitação do SUP permitiram a instalação de cortinas para divisão do espaço e, na prestação de cuidados, todos os profissionais têm o cuidado, mesmo quando o espaço está sobrelotado com ausência de espaços livres, de mobilizar macas de forma a manter o respeito pela privacidade inóculo. Pela afluência sem distinção do status ou etnia, no SUP a prestação de cuidados deve ser realizada sem discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa sempre com respeito pelos valores humanos e abstendo-se da realização de juízos de valor, competindo aos profissionais de saúde serem éticos e responsáveis na sua prática, atuando de acordo com o seu Código Deontológico (OE, lei n.º 156/2015, 2015).

Nesse campo de cuidados, surge a necessidade de ter uma comunicação assertiva e empática com todos os doentes com garantia de equidade e justiça, mas também de ser o exemplo a seguir nesse mesmo molde de cuidados, alertando para a necessidade de melhoria quando detetado algum comentário menos positivo. Também o artigo 107.º do respeito pela

intimidade explanado no Código Deontológico publicado no Estatuto da OE (2015, p. 85, revisto na Lei n.º 8 de 2024) refere que devemos salvaguardar nas demais situações, a privacidade e a intimidade da pessoa, seja na supervisão das tarefas que delegamos pela crítica construtiva durante a prestação de cuidados.

O direito à informação clínica também é um tema sensível, no âmbito onde decorreu o estágio, para o qual o EE deve estar desperto. O doente é quem tem o direito à informação, pelo que a família não deve receber informação sem o consentimento deste (Entidade Reguladora da Saúde, 2021). Deve ser acutelada a segurança da informação oral e escrita. Nesta perspetiva, levantam-se outras questões éticas relativamente à privacidade das informações clínicas, bem como, à forma como é feita a passagem de turno, apesar de serem consideradas fundamentais para assegurar a continuidade de cuidados e segurança dos mesmos (DGS, 2017). O enfermeiro é obrigado a guardar a informação do doente e partilhá-la apenas com aqueles que se encontram implicados devidamente no processo e plano de cuidados (OE, 2015).

O direito da família à informação sobre a situação de um utente justifica-se apenas para que se possa agir no interesse deste, sem prejuízo da confidencialidade, como em situações de perda de autonomia irreversível ou incompetência transitória, em que a família, envolvida no processo de cuidados pelo enfermeiro, tem direito à informação sobre a situação do utente. Neste sentido, ao longo do percurso formativo, a informação clínica foi sempre fornecida ao utente e/ou à família com o respetivo consentimento deste. Igualmente, de acordo com o Código Deontológico, o enfermeiro, aquando da prestação de cuidados, deve dar atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família ou numa comunidade, fornecendo informação respeitante aos cuidados de enfermagem, cumprindo o dever de sigilo profissional, que surge como forma de preservar o direito à confidencialidade e privacidade.

Segundo o artigo 106.º “*o enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão*”, partilhando a informação apenas com aqueles que estejam implicados no plano terapêutico, tendo sempre em vista os interesses e o bem-estar do utente (OE, 2015, p.84).

Tive a oportunidade de passar pelo posto de informações, e de verificar que o enfermeiro assume a transmissão de informações atualizadas, precisas e de acordo com o respeito pelo consentimento informado e respeito pelo desejo do doente, assim como o dever de sigilo profissional, além de autorizar e acompanhar a visita do familiar/cuidador.

O Regulamento das Competências Específicas do EE em Enfermagem à PSC (OE, 2018) enfatiza o supracitado, estabelecendo como unidades de competência a gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, bem como a gestão do estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou

falência orgânica.

Compreende-se, portanto, que não se trata de cuidar apenas do utente em estado crítico, mas também cuidar da sua família e amigos, ajudando-os a viver o período de crise suscitado pela doença muitas vezes inesperada. Neste âmbito foi desenvolvido um guia de acolhimento, (conforme anexo n.º 3) de forma a envolver a família/pessoa significativa nos cuidados, integrando no processo de cuidados e permitindo a sua orientação no espaço físico. Considero ter tido um papel bastante positivo, esclarecendo dúvidas, estabelecendo uma relação empática com a família/pessoa de referência, envolvendo-a na situação de doença.

O acolhimento da família e a sua preparação para a visita, constituem uma intervenção autónoma de enfermagem de grande relevo no estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz/adequada com a pessoa e com a mesma. A informação do estado do seu familiar, de como irá encontrá-lo, a ênfase da importância da comunicação verbal e não verbal (nomeadamente o toque), são fundamentais para a minimização da ansiedade e do choque por encontrar o seu ente querido em situação crítica. Os enfermeiros que tive a oportunidade de acompanhar desempenharam sempre este papel com grande assertividade, inteligência emocional e empatia, sendo para mim um exemplo a seguir em situações idênticas e futuras, contribuindo para o desenvolvimento das minhas competências comunicacionais. Assumi sempre uma postura de defesa dos direitos humanos e de proteção do indivíduo, respeitadora dos princípios éticos e deontológicos da profissão, promovendo o respeito pelos direitos do doente (à informação, à confidencialidade e à privacidade), respeitando os valores, costumes, convicções e crenças espirituais do indivíduo, garantindo a segurança, bem-estar e dignidade do doente na prática de cuidados desenvolvidos, assumindo a responsabilidade pelas decisões tomadas e atos praticados (lei n.º 156/2015).

2. Melhoria contínua da qualidade

Nesta área é visível a intervenção da enfermeira gestora, em momentos de discussão clínica, mas também na introdução de práticas de mudança pela implementação de sugestões de melhoria contínua, refletindo-se na prática de cuidados dos enfermeiros. Silva *et al.* (2019) defende que os profissionais mais qualificados e conscientes da sua prática profissional e que detenham uma boa capacidade crítica e de resolução de problemas, são fundamentais para a melhoria da qualidade da assistência em saúde. A qualidade nas instituições de saúde é um dos pilares para a consecução de gestões vantajosas, com repercussão na segurança dessas organizações e especialmente nos utentes (Tronchin *et al.*, 2022).

O regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro de 2019 (p. 4745), no âmbito deste domínio, configura três competências:

- *“Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”;*

- “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e
- “Garante um ambiente terapêutico e seguro”.

Da análise reflexiva da prática de enfermagem no serviço, e com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados e aumentar a segurança do doente (tendo em conta a dinâmica própria do serviço, pela rotatividade de doentes por áreas) constatou-se que a comunicação é um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como é o caso das transições, tendo como exemplo as mudanças de turno e a transferência ou alta dos doentes.

O SUP é um serviço próprio, onde há uma constante atividade propícia à ocorrência de interrupções, o que se pode repercutir em falhas de comunicação (Sousa, 2019).

Durante o meu estágio procedeu-se à criação de uma lista de verificação cirúrgica segura para implementação no serviço quando os doentes são encaminhados para o Bloco de forma a mitigar possíveis falhas e melhorar a comunicação entre serviços.

Este trabalho foi realizado em conjunto com as colegas do CMEMC à PSC a cumprir o estágio no serviço com apoio e validação de todos os tutores envolvidos, encontrando-se no anexo n.º 4.

O facto de o período de estágio no SU ter coincido com um pico do plano de Contingência Sazonal, motivado pelas condições climatéricas, com o aumento da carga de trabalho e da carga horária dos profissionais que isso acarreta, condicionou a realização de sessões de formação em serviço. Como enfermeira a exercer funções no serviço de internamento de cirurgia, a realização de ‘check-list’ é algo que faz parte do meu quotidiano. No entanto, após revisão da literatura, e de forma a melhorar a segurança dos cuidados, constatei a necessidade premente de implementar em todos os procedimentos cirúrgicos executados no SUP, suportando os mesmos no Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico emanado pela DGS em 2022.

A OMS define que a segurança do paciente corresponde a uma estrutura de atividades organizadas que cria cultura, processos e procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados da saúde que, de forma consistente e sustentável, reduz os riscos, ocorrências de danos evitáveis, diminuição da probabilidade de erro e redução do seu impacto quando ocorra (OMS, 2021).

A DGS define Feixe de intervenções como o conjunto de intervenções que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, no mesmo tempo e espaço promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente (DGS, 2022). Mediante o conhecimento, a criação e a adoção de estratégias de prevenção e controle de infeção hospitalar pode-se evitar a disseminação da infeção que tende a agravar o quadro e a evolução clínica dos doentes (Júnior *et al.*,

2021).

Este Feixe aplica-se à idade pediátrica e adulto, em contexto de cuidados hospitalares, hospitalização domiciliária, ambulatório, cuidados de saúde primário, unidades de internamento de cuidados continuados e unidades de cuidados paliativos. Este feixe define um conjunto de ações que atravessa os períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório (DGS, 2022). Em contexto de Urgência e Emergência, são as ações no período pré-operatório que se tornam mais desafiantes.

As listas de verificação são um tipo de ajuda cognitiva usada para assegurar que todos os componentes de uma tarefa em particular são completados, promovendo uma melhor prática e prevenindo a ocorrência erros. Tendo em conta o complexo ambiente clínico do SU, as listas de verificação melhoram a prestação de cuidados e a segurança dos mesmos. (Eikson, 2023).

Os sistemas de informação em enfermagem, onde se integram os indicadores de qualidade, têm como foco a uniformização dos registos em saúde e a consequente visibilidade dos cuidados prestados (Nascimento *et al.*, 2021).

As instituições prestadoras de cuidados de saúde devem implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre profissionais de saúde. Para uma transição de cuidados seguros é pertinente a implementação de uma técnica de comunicação padronizada, sendo que esta melhora a qualidade da informação transmitida e diminui o risco de eventos adversos (despacho n.º 5613/2015, 2015). Sendo uma área prioritária no PNSD, uma das ações previstas no documento, é a publicação da norma sobre procedimentos seguros na transição de cuidados.

Como resposta a esta ação a DGS publicou a norma n.º 001/2017 relativa à “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”.

De acordo com Ventura-Silva (2021), a documentação em enfermagem não é simplesmente um mero produto de atividades quotidianas dos enfermeiros, com utilidade apenas para a promoção da continuidade dos cuidados e produção de prova documental. Os dados de enfermagem, devidamente trabalhados têm potencial para serem transformados em produtos informacionais (indicadores) capazes de apoiar os programas de promoção da qualidade em saúde. Um dos momentos críticos que pode acondicionar riscos corresponde às transições de cuidados, sendo que as falhas de comunicação entre profissionais de saúde nestes momentos correspondem a cerca de 70% dos eventos adversos em saúde (norma n.º 001/2017, DGS, 2017).

Aquando da transferência entre áreas (como na transferência intra-hospitalar) procurei sempre de transmitir a informação relativa à situação com apoio a essa metodologia, incentivando a mudança junto dos meus pares e dos alunos de enfermagem. Por transição

de cuidados entende-se “*qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos*” (norma n.º 001/2017, DGS, 2017, p. 4).

Este momento pressupõe a troca de informações entre profissionais de saúde e entre instituições, sobre identificação e informações do estado de saúde do doente e corresponde a um dos momentos mais críticos para a pessoa durante a sua permanência nos sistemas de saúde. A transmissão de informação deverá ser oportuna, precisa, completa, inequívoca, atempada e compreensível, garantindo a continuidade dos cuidados, minimizando erros e danos, diminuindo a mortalidade e contribuindo para a melhoria da eficácia dos cuidados de saúde (Burgess *et al.*, 2020; norma n.º 001/2017, DGS, 2017).

O ISBAR é uma técnica que padroniza a comunicação em saúde sendo reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados. A utilização desta técnica contribui para “*(...) a rápida tomada de decisões, promove o pensamento crítico, diminui o tempo na transferência de informação e promove a rápida integração dos novos profissionais (...)*” (Burgess *et al.*, 2020; norma n.º 001/2017, DGS, 2017, p. 6).

A utilização da técnica ISBAR nas transições de cuidados apresenta as seguintes mais-valias:

- ✓ Fácil memorização da mnemónica por parte dos profissionais;
- ✓ Comunicação completa, minimizando a informação perdida e/ou duplicação de informação;
- ✓ Redução da duração dos momentos de transição de cuidados;
- ✓ Abordagem da comunicação em saúde simples, flexível, concisa e clara;
- ✓ Promoção da confiança entre ambos os interlocutores, com recomendações clínicas;
- ✓ Possibilidade de replicação em diferentes contextos, na transmissão de informação oral ou escrita.

A mnemónica ISBAR reflete os itens a ter em conta na transmissão de informação:

I - Identificação dos intervenientes na comunicação e do doente;

S - Situação atual, descrever o motivo da necessidade de cuidados;

B - Background ou antecedentes;

A - Avaliação, descreve o estado do doente atual, sinais vitais, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de saúde significativas;

R - Recomendação, descrição de atitudes e de um plano terapêutico adequados à situação clínica do doente que é reconhecida por promover segurança do doente em situações de transição de cuidados (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2015).

O despacho n.º 9390/2021 aprova o PNSD 2021-2026 onde constam as ações que

devem ser contempladas nos planos de atividades das unidades de saúde e as metas a alcançar, de modo a responder aos objetivos estratégicos definidos, pois a melhoria da segurança do doente é uma responsabilidade coletiva cujo sucesso depende da mobilização de competências individuais dos seus elementos e da gestão sistêmica de todas as atividades. *“A promoção da segurança do doente requer um esforço coordenado e persistente de todas as partes interessadas e uma abordagem sistêmica, contínua e promotora da segurança e cultura de segurança, assente numa lógica não punitiva e de melhoria contínua”* (p.96).

Para garantir a segurança do doente, considero igualmente importante que uma das funções do enfermeiro responsável da sala de emergência, seja a de garantir a operacionalidade da mesma, para tal no turno da manhã, é realizada a ‘check-list’ do material e os testes de verificação aos desfibriladores, ventiladores, e os restantes equipamentos. Os carros de trabalho e as boxes, devem ser repostas logo que possível, após a utilização, de forma a garantir a assistência integral ao próximo doente.

Durante o meu estágio tive a oportunidade de realizar todas estas tarefas. Encontra-se prevista na Base 2 da Lei de Bases de Saúde, que todas as pessoas têm direito a *“aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde”* (Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro, 2019, p.56). Ainda no mesmo documento, pode-se ler na Base 20, que um dos princípios pelos quais se pauta o SNS é a qualidade, *“visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa”*.

A melhoria da qualidade compreende a análise e revisão das práticas no que se refere aos seus resultados e, a partir dos mesmos, implementam-se programas de melhoria contínua, como preconizado no Regulamento das Competências Comuns do EE (regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro de 2019).

De acordo com o modelo de Catilho (2022), as IACS, erros de medicação, quedas, úlceras de pressão, agravamento do estado do doente por défice de vigilância, julgamento clínico, delegação inadequada e défice de advocacia são os efeitos adversos mais suscetíveis de comprometer a segurança do doente. De acordo com a orientação n.º 017/2011 da DGS, em contexto de SU, a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão (UPP) deveria ser realizada de 24 em 24 horas (DGS, 2011b). Segundo a OE (2017, p. 1), a informação registada pelos enfermeiros nos Sistemas de Informação em Enfermagem deverá *“refletir a prática dos cuidados e deve constituir o foco da tomada de decisão do enfermeiro”*.

A gestão dos cuidados de saúde deve alicerçar-se em indicadores válidos, fiáveis e que retratem a realidade das vivências do utilizador, estratégias implementadas pelo profissional e ganhos em saúde. Infelizmente, os doentes com risco de UPP são os doentes

que mais recorrem ao SU. São sobretudo idosos, pessoas emagrecidas e debilitadas física e cognitivamente. Segundo Salomé e Lobo (2022), duas horas de pressão contínua sobre a pele ou proeminências ósseas são suficientes para diminuir o suprimento sanguíneo na região e causar isquemia tecidual, originando uma úlcera de pressão. Uma grande maioria destes doentes vai necessitar de internamento, contudo a falta de vagas faz com que estes permaneçam um tempo superior ao que era expectável nas instalações do SUP.

A falta de recursos humanos e materiais faz com que estes doentes apresentem risco moderado a elevado para o aparecimento de UPP. A escala de Braden avalia 5 parâmetros – percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade e nutrição – cujo objetivo é estratificar o risco de o doente desenvolver úlceras de pressão. A estratificação do risco através da aplicação da Escala de Braden está definida em dois níveis: alto risco de desenvolvimento de UPP no adulto - valor final ≤ 16 ; e baixo risco de desenvolvimento de UPP no adulto - valor final ≥ 17 (DGS, 2011b). Desta forma, Alshahrani e colaboradores (2021) recomendam o reposicionamento dos utentes a cada duas a três horas, como é padrão.

Contudo, este período pode ser reduzido ou aumentado de acordo com a avaliação do utente e a tolerância da posição escolhida. Durante o estágio procurei executar a alternância de decúbito para aliviar as zonas de maior pressão, recorrendo a superfícies de apoio, também otimizei a fralda (evitar a pele húmida), protegendo a pele da exposição à humidade excessiva através do uso de produtos de barreira.

As medidas para reduzir o risco de quedas “*devem ser dirigidas, em especial, às pessoas avaliadas com alto risco, assim como a avaliação das medidas estabelecidas quer para a redução das lesões decorrentes das quedas quer para as consequências indesejáveis relacionadas*” (Costa-Dias *et al.*, 2021).

Deve ser realizada a avaliação do risco de queda a todas as pessoas em internamento hospitalar. Esta avaliação é realizada através da escala de Quedas de Morse (DGS, 2019). No entanto, pude constatar que por limitações do software ALERT® não é realizada a avaliação da escala Braden, bem como a de Morse, deixando em aberto o repto aos enfermeiros, aquando da prática de cuidados. Ao longo do estágio mobilizei e incorporei saberes e habilidades na área da qualidade e segurança na prestação de cuidados, garantindo a melhoria contínua da qualidade.

Orientada pelo modelo explicativo anteriormente apresentado fui capaz de detetar os principais perigos e riscos que podiam colocar em causa a segurança do doente, e apliquei práticas seguras na prestação de cuidados nomeadamente na identificação inequívoca do doente.

A correta identificação do doente determinará, em muito, a qualidade dos cuidados prestados. Uma “*falha inicial pode ter consequências futuras catastróficas para o doente, que podem ser facilmente evitadas com este simples passo inicial*” (Sales *et al.*, 2021a, p. 216).

Se detentor de alergias, no SUP, é adotada uma segunda pulseira (pulseira cor-de-rosa), onde se acrescenta a descrição do agente/fármaco alérgico, como medida de alerta. A identificação incorreta de medicamentos pode resultar da má interpretação da prescrição médica, impressa ou manuscrita, da indicação/pedido oral do medicamento e/ou da seleção errada devido à semelhança entre denominações na lista dos medicamentos ou ao aspeto semelhante em forma, cor e/ou rótulo da embalagem. Essas semelhanças são uma das causas mais referidas na literatura para a ocorrência de erros de medicação (Bryan, *et al.* 2021).

Na SE foi respeitado o método da comunicação em alça fechada, em que o profissional que vai administrar a medicação deve imediatamente a seguir, repetir para o prescritor o que ouviu, diminuindo a probabilidade de erro (ISMP, 2017). A implementação de políticas e estratégias que reduzam incidentes, uma parte dos quais evitável, é reconhecida, internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde (despacho n.º 9390/2021).

O ICN reconhece que os enfermeiros impulsionam a segurança do doente em todos os aspetos do cuidar, informando sobre os riscos e a possibilidade de estes serem reduzidos (ICN, 2012 cit. por Castilho *et al.*, 2022).

Identificando a auditoria interna como área com necessidade de desenvolvimento no serviço. No dicionário da língua portuguesa, a definição de auditoria surge como “*fiscalização da legalidade ou da conformidade de uma atividade, de um serviço, de um sistema, de um processo, etc.*” (Priberam, 2021).

De acordo com a DGS, a auditoria é um “*processo sistemático, independente e documentado para obter evidência objetiva e respetiva avaliação objetiva, com vista a determinar em que medida os critérios (da auditoria) são cumpridos*” (George, 2017).

A auditoria clínica, detém como objetivo final, assegurar a validade e confiabilidade das informações reportadas pelos técnicos de determinada atividade profissional, e garantir uma avaliação fiável do controlo interno de uma determinada organização (Newton, Heather, 2021). A auditoria interna consiste num tipo de auditoria realizada por funcionários da organização em causa, com a finalidade de ajudar a gerir, a implementar e a avaliar fatores internos (Oliveira da Silva *et al.*, 2021). Para além disto, é função deste tipo de auditorias identificar irregularidades, prevenir erros e até testar determinadas estratégias e mecanismos para maior eficácia do serviço (Oliveira da Silva *et al.*, 2021).

3. Gestão dos cuidados

As competências no domínio da gestão dos cuidados incluem “gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, bem como adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações

visando a otimização da qualidade dos cuidados” (regulamento n.º 429/2018, 2018). Estas competências passam não só pela gestão de recursos humanos, como também pela gestão de equipamentos, instalações e materiais, assim como pela gestão dos próprios cuidados, tendo como objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

As competências ao nível da liderança, comunicação e gestão desenvolvidas pelos enfermeiros durante o seu processo de especialização fazem do EE o elemento melhor preparado e com competência para assumir funções de coordenação. Todavia, na ausência do mesmo ou por inadequação à função, estas funções poderão ser assumidas por enfermeiros de cuidados gerais com competência comprovada para a função (parecer conjunto n.º 01/2017, Conselho de Enfermagem e Mesa Do Colégio da Especialidade de EMC, 2017). A assunção do papel de coordenador de equipa, por parte do EE, constitui um fator facilitador de atividades de gestão dos cuidados, como a adequação e mobilização de recursos ou a articulação com outros profissionais e serviços.

Esta realidade assume especial evidência no contexto dos SU (Freire et al., 2019), dado o dinamismo, imprevisibilidade e pressão com a qual os enfermeiros (e demais profissionais) lidam diariamente.

Na prática diária a atividade do "Enfermeiro Gestor" assenta em vários domínios para garantir o padrão de qualidade dos cuidados de enfermagem. É o enfermeiro que detém um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo «A Organização dos Cuidados de Enfermagem», sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros (regulamento n.º101/2015).

A gestão dos recursos materiais é realizada através da utilização do sistema “Glintt®”, sendo esta baseada numa metodologia de reposição “por níveis”, realizada em dias fixos estipulados pelo armazém com a possibilidade de antecipar reposição se acréscimo de consumos justificado pela afluência.

Quanto à gestão dos recursos humanos, em cada turno de trabalho, é identificado um enfermeiro para ser responsável de turno, sendo que normalmente este é o chefe de equipa, existindo a possibilidade de poder ser definido outro pelo enfermeiro chefe.

O acompanhamento da enfermeira em funções de gestão no serviço concedeu-me experiência, pude observá-la no desempenho de competências ao nível do domínio da gestão de cuidados, das quais se destacam:

- ✓ Coordenação da equipa de enfermagem e de assistentes operacionais em conformidade com as necessidades de cada situação específica, na ausência do Enfermeiro Chefe e elementos de assessoria à gestão;
- ✓ Verificar o desempenho dos enfermeiros e assistentes operacionais na realização das funções inerentes a cada área de atividade, zelando pelo cumprimento de boas práticas profissionais;
- ✓ Assessoria aos enfermeiros e à equipa e colaboração nos processos de tomada de decisão;
- ✓ Supervisão de tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade;
- ✓ Gestão de conflitos, promovendo uma adequada comunicação e garantindo um trabalho em equipa eficaz;
- ✓ Promoção de um ambiente de trabalho positivo e favorável à prática;
- ✓ Gestão de recursos humanos e materiais;
- ✓ Divulgação de informação relevante para a organização do funcionamento do serviço e para a melhoria de práticas;
- ✓ Coordenação de transferências inter-hospitalares acompanhadas por enfermeiro;
- ✓ Levantamento de vagas disponíveis nos serviços de internamento;
- ✓ Gestão de equipamentos emprestados.

Esta experiência enriqueceu-me enquanto profissional e futura EE, tornando a minha passagem pelo serviço uma partilha recíproca de conhecimentos. Segundo o regulamento n.º 533/2014 da OE *“A dotação adequada de enfermeiros (...) são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações (...)”* (OE, 2014, p.30247).

Destaco ainda, e no que diz respeito à gestão de recursos humanos, o papel desempenhado no sentido de garantir as dotações seguras, sendo responsável por gerir a dotação segura por turno, convocando enfermeiros quando o aumento do número de pessoas no serviço assim justificava, bem como a responsabilidade de alterar o plano de trabalho de acordo com as faltas inesperadas ou trocas de turno de última hora, garantindo sempre as dotações seguras, a qualidade e segurança dos cuidados.

4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O EE deve demonstrar capacidade de autoconhecimento, considerando-o fundamental na sua prática de enfermagem, visto que interfere no seu estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais (OE, 2019).

O EE deve ter sempre presente a necessidade de desenvolvimento cognitivo, do autoconhecimento e da assertividade, baseando a sua prática numa base científica sólida e documentada, devendo, sempre que possível, transmitir conhecimentos, nomeadamente

através de formações em serviço, a título individual ou em grupo (OE, 2019).

Na excelência do exercício profissional, os enfermeiros devem: “*analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que merecem mudança de atitude*”, “*adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas das pessoas*” e “*manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas*” (OE, 2020).

A excelência do exercício em todo o ato profissional é, aliás, um requisito fundamental para a prática da profissão, estando previsto no artigo 109.º do Estatuto da OE, o qual estabelece que o profissional assume o dever de “*manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas*” (OE, 2015, p.86).

Neste contexto, os estágios assumem um papel fundamental, complexo e desafiante de mobilização de saberes teóricos e práticos basilares para a construção do conhecimento profissional, o qual, ao ser transposto para o espaço do cuidar, se repercute em ganhos, não só para o profissional de saúde, mas também para os utilizadores do sistema de saúde (Carvalho, 1996, as cit. in Monteiro e Dixe, 2020).

Numa análise baseada na disciplina de Enfermagem, poderemos dizer que Afaf Ibrahim Meleis é a autora que mais se destaca na área de Enfermagem à PSC, com trabalhos desenvolvidos sobre a definição do conceito de transição, a sua aplicação e pertinência no domínio da enfermagem. Neste sentido, deve ser salientada a premissa de Meleis e Trangenstein (2010, p. 66), de que “*a transição é um conceito central para a Enfermagem*”, porque o seu objeto é o utente que se encontra a experienciar um processo de transição, a antecipá-lo ou mesmo a completá-lo e, por isso, a transição constitui-se como um fenómeno de interesse para os enfermeiros, quando as respostas a este processo são manifestadas através dos comportamentos relacionados com a saúde (Chick e Meleis, 1986; Meleis, 2010).

A teoria das transições baseia-se em vários domínios, com o objetivo de caracterizar as transições, propriedades das experiências de transição, condições facilitadoras e inibidoras, indicadores de processo e de resultado e intervenções de enfermagem (Meleis, 2000), disponibilizando, assim linhas orientadoras, para que se possa compreender a complexidade das transições e a vulnerabilidade do seu processo. Para a OE (2012), a adoção de uma atitude reflexiva é essencial para a identificação de necessidades formativas e servirá de motivação para a procura de conhecimento novo e atual, permitindo a melhoria de práticas e garantindo a vanguarda no que diz respeito à qualidade dos cuidados. Este processo de aquisição, manutenção e aperfeiçoamento de competências deverá ser um processo contínuo ao longo do percurso profissional do enfermeiro.

Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

1. Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

O número crescente de doenças com início súbito, e crónicas que agudizam, o aumento, a complexidade de acidentes e o acréscimo da violência urbana, em que a falência ou risco de falência das funções vitais podem conduzir a pessoa à morte, levam a que num curto espaço de tempo, tenham que ser implementadas medidas de suporte de vida, imprescindíveis na manutenção dos parâmetros vitais. Para tal, eleva-se cada vez mais a necessidade dos profissionais que integram as equipas de saúde de se qualificarem e especializarem no atendimento, em contexto extra e intra-hospitalar, à pessoa e família em situação crítica (regulamento n.º 361/2015).

Os cuidados de enfermagem especializados à PSC definem-se como *“cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta a necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”* (regulamento n.º 361/2015, de 26 de junho, OE, 2015, OE, 2018, p. 19362).

Estes cuidados de enfermagem *“exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil”* (OE, 2018). Uma vez que, uma das competências específicas do EE em EMC (regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018) se assume na prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e do risco de falência orgânica, é fundamental adquirir e desenvolver competências nesta área.

É expectável que o EE em EMC preste cuidados de excelência, continuamente, à pessoa com função/ões vital/ais em risco imediato, com o intuito de manter as funções básicas de vida e antecipando complicações e evitando incapacidades.

Na admissão ao SUP, o enfermeiro procede à avaliação do doente, partindo do principal sinal ou sintoma identificado pela pessoa, decide qual o fluxograma mais específico relativamente à queixa apresentada e, após a recolha e análise de informações-chave, percorre os discriminadores do respetivo fluxograma e escolhe o primeiro que considerar positivo, ou que lhe seja impossível negar (Grupo Português de Triagem, n.d.).O método de

triagem “fornece ao profissional de saúde não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas” (Sociedade Portuguesa de Triagem, 2023, s.p.). Esta avaliação é baseada num protocolo referencial específico, Sistema de Triagem de Manchester (STM), que permite a estratificação das situações clínicas em termos de prioridade de atendimento, conforme a sua urgência, traduzida numa cor que estabelece o tempo alvo previsto de atendimento, até à primeira observação médica (Direção-Geral da Saúde, 2018). A utilização desta "escala de prioridades", na sua versão mais atualizada, é obrigatória em todos os SUP, segundo a norma n.º 002/2018 da Direção-Geral da Saúde (DGS). Com a utilização deste sistema de triagem, pretende-se definir níveis de prioridade, identificar critérios de gravidade de forma objetiva e sistematizada, e definir tempos-alvo recomendados até à primeira observação médica e não a determinação de diagnósticos (Norma n.º 002/2018, DGS, 2018).

O meu desenvolvimento profissional na prática especializada, teve como alvo dos cuidados de Enfermagem a pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica. Apesar de o alvo dos cuidados de enfermagem serem direcionados à PSC, permitindo o desenvolvimento de uma prática profissional segundo as normas legais, princípios éticos e deontológicos no entanto, a realidade da urgência é maioritariamente o doente crónico e/ou paliativo que apresenta uma agudização da doença base ou surgimento de uma situação aguda que leva à descompensação da doença crónica elevando a complexidade dos cuidados e a uma maior integração do doente na base do cuidado manifestando sempre respeito pelas crenças e valores dos doentes durante a prática profissional; promovendo o respeito pelos direitos humanos dos doentes; utilizando ferramentas de comunicação de informação para a tomada de decisão, tanto na relação no seio da equipa multidisciplinar, como na relação com o doente, família/cuidador; estabelecendo uma comunicação eficaz com o doente, aplicando estratégias de combate às “barreiras à comunicação”.

Sempre que me foi possível, no decorrer do meu estágio no SUP tentei alocar-me à SE, de forma a poder prestar cuidados de enfermagem diferenciados a pessoas com processo de saúde/doença de grande complexidade em situação crítica. No período volvido, as situações mais frequentes foram respeitantes a doentes que recorreram ao SUP por agravamento de patologia cardíaca, (taquidisritmias, bradisritmias), politraumatizados, vítimas de acidente vascular cerebral (AVC) e enfarte agudo do miocárdio com ativação das Via Verde AVC (VVAVC) e Via Verde Coronária (VVC).

Tendo em consideração os diversos momentos de aprendizagem por mim vivenciados, irei focar-me na descrição de competências de acordo com os casos clínicos que considero terem sido mais enriquecedores.

Atualmente, os traumas destacam-se em grande número nas estatísticas de diagnósticos e internamentos hospitalares, sendo considerados um problema de saúde

pública, uma vez que são uma das principais causas de mortalidade, para além de resultarem em sequelas a nível funcional, com elevados custos económicos e sociais (OMS, 2021).

Os cuidados prestados nos serviços de urgência configuram-se como um mecanismo fundamental para minimizar as lesões nas vítimas de trauma por acidente de viação (Correa *et al.*, 2020). A pessoa vítima de trauma apresenta uma multiplicidade de problemas complexos (ATLS, 2018).

Assim, na maioria das vezes, a pessoa vítima de trauma quando é admitida no SU é alocada à SE para avaliação das lesões e estabilização, tendo sido sempre referenciada pela emergência pré-hospitalar, permitindo-nos garantir a alocação de todos os recursos e meios necessários para a abordagem, tanto materiais como humanos. Na avaliação primária, a recomendação é a de utilização da metodologia “ABCDEFGHI”.

Esta tem como objetivo tratar as lesões que comprometem de imediato a vida, desenvolvida pela American College of Surgeons, considerada a mnemónica universal na prestação de cuidados. Esta abordagem traduz-se em: A (airway) via aérea com imobilização da coluna cervical; B (breathing) ventilação; C (circulation) circulação com controlo de hemorragia; D (disability) disfunção neurológica; E (exposure and environmental control) exposição com controlo de temperatura e privacidade (Coimbra e Coimbra, 2020). O trauma é uma importante causa de morte e diminuição da qualidade de vida, que provoca altos índices de incapacidade na população (Coimbra e Coimbra, 2020).

De entre as lesões significativas produzidas pelo trauma, encontra-se o trauma crânio cefálico (TCE). Segundo Silva e colaboradores (2021a), o TCE pode ser definido como uma agressão externa que, dependendo da sua intensidade, pode provocar uma alteração a nível funcional, da estrutura do crânio, do couro cabeludo, do encéfalo, dos vasos ou das meninges.

Referente ao trauma, apresento em seguida um estudo de caso para uma melhor reflexão acerca das competências desenvolvidas. Tratou-se de um senhor de 61 anos, acompanhado pelo Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) que terá sido vítima de queda de trator com projeção. No local do acidente encontrava-se hipotenso (TA 74/32), foi feita reposição de 1500mL de fluidos, foi administrado fentanilo e ácido tranexâmico, foi imobilizado com colocação de cinta pélvica e, por fim, foi transportado ao SU. Na SE procedeu-se à avaliação primária: sem identificação de hemorragia exsanguinante.

- A. Via aérea patente e permeável à chegada com colar cervical, sem fratura da face;
- B. Taquipneico com aporte de oxigénio por máscara Venturi a 12l/min com SpO₂ de 95%, sem desvio da traqueia, com simetria e expansibilidade do tórax adequada; Auscultação pulmonar com ausência de murmúrio dos ruídos na metade inferior do hemotórax esquerdo; Enfisema subcutâneo da parede latero-posterior esquerda com dor intensa ao toque;

- C. À chegada apresentava-se normotenso com TA 117/81 mmHg; pulso forte bilateral, normocárdico com FC de 92bpm, traçado elétrico em ritmo sinusal, tempo de preenchimento capilar inferior a 3 segundos; Abdómen globoso, muito doloroso à palpação do epigástrico e quadrantes esquerdos com defesa; Sem sinais de instabilidade da bacia, fraturas dos ossos longos, ou hemorragia ativa;
- D. Escala de Coma de Glasgow 15/15, pupilas isocóricas, foto reativas. Com amnésia circunstancial. Sem evidência de lateralidade. Mobiliza ativamente todos os membros sem limitação sensitiva ou motora; Normoglicémico com glicémia capilar de 143mg/dL;
- E. Realizada remoção do vestuário, apirético, com ferida inciso contusa submentoniana, além de múltiplas escoriações e equimose na região lombar esquerda, sem sinais de arrefecimento externo.

A avaliação secundária apresenta como objetivos manter as funções vitais normais e identificar todas as lesões existentes, através da realização de um exame detalhado da cabeça aos pés (Coimbra e Coimbra, 2020).

Segundo, o American College of Surgeons (2018), a avaliação secundária deve ser realizada segundo a mnemónica FGHI, traduzindo-se em: F. (full vital signs, family) avaliação dos parâmetros vitais, intervenções focalizadas e presença da família; G. (give comfort) promover conforto; H (history) história; I (inspection) inspeção das superfícies posteriores.

- F. Acompanhado pela VMER, familiar no parentesco da esposa na sala de espera do SUP, terá presenciado o acidente e acompanhado a viatura. Realizada venopunção com colheita de sangue para hemograma, bioquímica e coagulação e determinação de grupo sanguíneo, gasimetria arterial, electrocardiograma (ECG) em ritmo sinusal, eco 'FAST' pela radiologia, prejudicado pelo enfisema subcutâneo sendo apenas possível visualização do baço, sem evidência de derrame peritoneal livre, pedido Tomografia axial computadorizada (TAC) Crânio-encefálica e Toraco abdomino-pélvica além de pedido de colaboração à Neurocirurgia, Cirurgia geral e Ortopedia.
- G. Refere queixas álgicas muito intensas a nível da grelha costal lateral esquerda associadas a dispneia, refere igualmente dor abdominal moderada a intensa sem menção de dor na coluna ou extremidades. Com necessidade de controlo anestésico com otimização da tabela terapêutica além de solicitação de apoio à equipa de anestesia.
- H. Doente refere que estaria a cortar árvores, tendo uma árvore caído sobre a região do hemitorço superior com posterior queda e projeção do trator. Nega alergias medicamentosas, nega medicação crónica.
- I. Nega TCE, cervicalgia ou limitação funcional ou sensitiva dos membros. Nega síncope, náuseas ou vómitos.

Seja qual for a transferência, inter ou intra-hospitalar, o nível de cuidados não deve ser

reduzido durante a mesma, em vez disso, as condições devem ser mantidas numa monitorização rigorosa, como numa UCI (Dabija *et al.*, 2021).

O transporte da PSC deve ser feito “*por equipas com competências, formação e treino direcionado, para além de experiência nesta área, devendo a PSC ser acompanhada por um enfermeiro com conhecimentos e qualificação ao nível de cuidados intensivos e um médico*” (Fernandes, 2019, p. 56). O utente foi encaminhado por um elemento médico e de enfermagem da equipa à Imagiologia para realização de TAC crânio-encefálica não se definindo lesões traumáticas agudas e TAC toraco-abdomino-pélvica, constatando -se fratura dorsolombrar instável e Hemo pneumotórax bilateral além de hematoma retrosternal, renal e do psoa esquerdo, sem lesão cervical.

No final acompanhei o doente para o serviço de internamento na unidade de monitorização do doente cirúrgico para vigilância e estabilização.

As intervenções autónomas e/ou interdependentes realizadas pelos enfermeiros visam a conservação da vida, sendo o controlo da hemorragia, a estabilização hemodinâmica e o controlo da dor, algumas das importantes medidas a serem implementadas precocemente (ATLS, 2018). Vários sistemas de emergência médica têm atualizado as suas orientações no que diz respeito aos critérios e técnicas utilizadas na restrição de movimentos de coluna em vítimas de trauma (Departamento de Formação em Emergência Médica [DFEM], 2024).

As novas indicações recomendam a utilização do colar em vítimas com suspeita de lesão vertebro medular com alinhamento do neuroeixo; ou para Extração até à ambulância de vítimas com TCE grave, em que o colar facilite o alinhamento e estabilização, podendo ser removido de seguida. Perante sinais evidentes de TCE grave, traduzidos por alteração de 2 ou mais pontos na escala de coma de Glasgow, hemiparésia, alterações pupilares de novo ou tríade Cushing, deve remover-se na ambulância o colar cervical, mantendo o alinhamento da coluna cervical com a maca de vácuo e imobilizadores de cabeça com precintas (DFEM, 2024). Contudo, a minha experiência no estágio foi a utilização de colar até à observação médica em sala, pela convicção de que a utilização traz mais benefícios podendo prevenir o surgimento ou o agravamento da lesão vertebro medular, pelo que surgiram algumas discussões comigo a fazer referência para o manual de Técnicas de Trauma do DFEM, 2024.

Independentemente da gravidade da situação, na abordagem ao doente politraumatizado tive sempre patente as complicações associadas ao trauma, sendo o conjunto destas, comumente, designadas “tríade letal”, e mais recentemente denominadas de “diamante letal”. Fazem parte deste “diamante letal”, a hipotermia, a coagulopatia, a acidémia e a hipocalcémia (Ditzel *et al.*, 2020). Nesse sentido, surge o protocolo de administração de ácido tranexâmico (TXA), este é um análogo sintético da lisina que inibe a ativação do plasminogénio e conversão em plasmina. Devendo ser administrado em doentes adultos com trauma, com ou em risco de hemorragia maior, em que os anti-fibrinolíticos não são

contraindicados. Estes devem receber TXA o mais rápido possível após lesões traumáticas, numa dose de 1 g por via intravenosa ao longo de 10 minutos, seguido de uma infusão de manutenção de 1 g por mais de 8 h (Crash 3 trial collaborators, 2019). O estudo foi desenvolvido com o objetivo de analisar a associação da administração de TXA com a mortalidade e eventos tromboembólicos, em comparação com nenhum tratamento ou placebo em doentes vítimas de lesões traumáticas.

A metanálise demonstrou que a administração de TXA estava associada a uma diminuição significativa na mortalidade em 30 dias, em comparação com a coorte de controle (OR, 0.83 [IC 95%, 0.71-0.97]; $I^2 = 35\%$). Suportando desta forma a atuação da equipa do Extra-hospitalar (Jama, 2022). Não descurando as intervenções afetas às outras letras, dou de seguida, relevo ao tratamento da dor.

A dor torácica aguda é um sintoma muito frequente nas salas de emergência, constituindo-se num sinal de alerta para as doenças com risco iminente de morte (Santos e Timerman, 2018). Na dor torácica, as fibras nervosas são ativadas através de vários mecanismos como a isquémia, a infeção, a inflamação, o aumento de pressão ou estiramento dos órgãos torácicos (Correia, 2020). As estruturas inerentes a essa dor podem ser o coração, o pericárdio, a aorta, os pulmões e/ou pleuras, o esófago, o diafragma, as costelas ou a coluna vertebral e respetivos músculos acessórios, fáscia e a pele (Correia, 2020).

Em 2019, Silva e colaboradores constataram que a escala mais adequada a utilizar em utentes capazes de verbalizar a presença de dor é a escala visual analógica. Delgado (2020) corroborou a sua afirmação, referindo que é a melhor escala de autoavaliação da dor para PSC capaz de verbalizar.

Para além disso, a PSC é constantemente submetida a procedimentos da equipa multiprofissional para manter as suas funções vitais básicas, que se caracterizam por serem estímulos nociceptivos que, apesar de necessários, prejudicam o conforto e causam dor, pelo que é necessário realizar uma gestão da analgesia.

Segundo Delgado (2020), a realização da analgesia antes destes procedimentos ajuda a reduzir a dor, o que vai reduzir a libertação de catecolaminas e, assim, evitar o aumento do metabolismo cerebral. Com isto, torna-se crucial que o enfermeiro seja capaz de gerir eficazmente a sedação e a analgesia, avaliando corretamente a sua necessidade, administrando proficientemente a medicação prescrita e antecipando possíveis efeitos secundários. Estes princípios foram aqueles que procurei seguir como guias na forma como abordei a problemática da dor. No estudo realizado por Hamrick e colaboradores (2019), está recomendado o uso de opióides intravenosos como a abordagem de primeira linha para o alívio da dor na pessoa vítima de trauma. A evidência científica mais recente alerta para a necessidade de utilização de intervenções não farmacológicas como um complemento às intervenções farmacológicas no controlo da dor na PSC (Delgado, 2020).

Para além dessas, Mascarenhas e Nascimento (2022) acrescentam a crioterapia, a aplicação de calor e as técnicas de distração como medidas não farmacológicas eficientes na gestão da dor aguda nas pessoas vítimas de trauma. No decorrer da prestação dos cuidados ao doente crítico e após estabilização hemodinâmica dos doentes, houve sempre (por parte de todos os elementos da equipa) a preocupação de nos centrarmos nos cuidados à família da PSC e estabelecer a relação terapêutica com o familiar, permitindo a entrada do familiar/cuidador na SE no primeiro momento de disponibilidade da equipa, ou de pelo menos, um elemento da equipa para prestar informações e possibilitar a visita.

Segundo a OE (2018), o enfermeiro tem o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem. O conjunto desta abordagem favoreceu a gestão de ansiedade e medo manifestado pela incerteza face ao processo de transição saúde/doença. É fundamental estar atento para identificar as perturbações emocionais como medo, ansiedade, e dúvidas vividas pela PSC e a sua família, prestar os esclarecimentos e apoio necessários através do estabelecimento de uma relação empática, mostrar disponibilidade, valorizar as queixas e gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família.

Relativamente à ativação da VVC descrevo seguidamente um estudo de caso de um senhor do sexo masculino de 52 anos que recorreu ao serviço por “precordialgias com início hoje”, negando síncope, dispneia ou palpitações, com ativação da VVC na triagem e encaminhado de imediato para a SE com pedido imediato de ECG.

A síndrome coronária aguda, como evento crítico, exige o seu reconhecimento precoce, estabilização célere e início do tratamento adequado do doente, pelo que, como nos refere Ribeiro (2020) o tempo de resposta é determinante para a manutenção ou perda de contratilidade do miocárdio. À observação o doente encontrava-se vígil, colaborante e orientado; sem sinais de edemas periféricos ou sinais de má perfusão periférica; já com fatores de risco cardiovasculares descritos, nomeadamente, hipertensão arterial, obesidade, dislipidémia; fumador ativo e cardiopatia isquémica revascularizada percutânea várias vezes; já seguido em consulta de Cardiologia. Na monitorização constatou-se que o doente apresentava se normotenso com TA 117/84 mmHg; normocárdico com FC de 90 bpm, apirético e eupneico a ar ambiente com SpO₂ de 96%.

O ECG revela supra ST inferior e lateral tendo sido ativado o serviço de hemodinâmica para angioplastia. O Enfarte Agudo do Miocárdio com elevação do segmento ST denota uma *“dor torácica aguda e prolongada, acompanhada de supradesnivelamento do segmento ST num ECG de 12 derivações (...)”* e *“indicam quase sempre uma lesão do miocárdio em evolução, provocada pela oclusão completa da artéria coronária envolvida, após rotura da placa de ateroma, com isquémia transmural”* (INEM e DFEM 2020, p.33).

De acordo com os mesmos autores, durante a fase aguda existe um risco acrescido

de desenvolvimento de taquicardias ventriculares e de fibrilhações ventriculares associadas a morte súbita. São então doentes extremamente instáveis que necessitam de uma vigilância apertada nos primeiros dias e de uma terapêutica adequada. Sendo uma ULS detentora de Unidade de Hemodinâmica o doente foi transferido para a sala em menos de 30 minutos, cumprindo com a indicação que emana que nos centros com angioplastia primária, esta deve ser realizada num período inferior a 60 minutos, mas nos centros onde não existe sala de hemodinâmica, se for possível ter o doente na sala em < 90 mmHg) onde foi realizada angioplastia primária com desobstrução artéria coronária e encaminhamento do doente para unidade de monitorização cardíaca.

Outra situação que suscitou colaboração da hemodinâmica foi a de uma senhora de 73 anos, sem antecedentes relevantes, que deu entrada por bradicardia extrema, constatando-se a necessidade de colocação de 'pacing' provisório. De acordo com o INEM e o DFEM (2020, p. 152) a *“evolução técnica que possibilitou a existência de pacing transcutâneo transformou a implantação de pacemakers provisórios endovenosos num procedimento semi-eletivo, sendo raro atualmente implantar um pacemaker durante a reanimação”*. O 'pacing' temporário acarreta três problemas fundamentais: a elevação do limiar de pacing, a descontinuidade do circuito elétrico e a deslocação do eletrocáteter. O eletrocáteter do 'pacing' provisório é introduzido através de uma veia central até ao ventrículo direito, e após a sua introdução é avaliado o limiar de pacing, sendo este definido com a voltagem mínima necessária para a despolarização do miocárdio. Este valor pode aumentar a qualquer momento e é assim necessário uma testagem regular e adaptação da voltagem mínima necessária (INEM e DFEM, 2020). É fundamental uma monitorização hemodinâmica adequada da PSC, vigiando a sua evolução clínica, tendo estes doentes um grande potencial de instabilidade.

Outra patologia com elevada incidência de entrada no SUP é o AVC, em Portugal, a incidência do AVC é uma das mais altas dos países europeus e é a principal causa de mortalidade no país (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2020). Considerando a elevada mortalidade e as sequelas resultantes do AVC, o reconhecimento precoce dos sintomas e a agilidade de atendimento nos serviços de urgência contribuem para melhores prognósticos (Culleré, 2019).

O objetivo primordial do tratamento do AVC isquémico é a recanalização e a reperfusão da penumbra isquémica com dois tipos de tratamento: a fibrinólise endovenosa e a trombectomia mecânica em doentes selecionados (Hurford *et al.*, 2020). Com base nesta premissa, o Ministério da Saúde Português aprovou, desde 2001, as recomendações para o desenvolvimento da VVAVC e para a implementação das unidades de AVC (DGS, 2001).

Em 2017 foi publicado pela DGS um documento orientador sobre a VVAVC e que salienta que deve existir uma estratégia organizada para a sua abordagem, encaminhamento

e tratamento mais adequado nas fases pré-hospitalar, intra-hospitalar e inter-hospitalares (DGS, 2017b). O principal objetivo desta estratégia organizada é conseguir que todos os doentes com AVC isquémico agudo cheguem a um hospital de forma rápida e segura, tenham acesso a um diagnóstico precoce e a tratamento fibrinolítico dentro da janela terapêutica em doentes selecionados (Siarkowski *et al.*, 2020).

A via verde intra-hospitalar corresponde ao conjunto de procedimentos levados a cabo após a chegada do doente ao hospital e tem como principal objetivo a rápida avaliação clínica e a realização de exames laboratoriais e imagiológicos que permitam o estabelecimento de um diagnóstico e, quando indicado, a instituição de tratamento fibrinolítico (Leal, 2019).

As recomendações internacionais apontam que o tempo decorrido desde a entrada do doente no hospital até à avaliação clínica por um especialista não seja superior a 10 minutos, o tempo até à conclusão da TAC não ultrapasse os 20 minutos e que o total do tempo entre a chegada do doente ao hospital e a realização de fibrinólise não seja superior a 60 minutos (Powers *et al.*, 2018; Warner *et al.*, 2019).

O cuidado tem como foco a prestação de cuidados ao doente de acordo com protocolos pré-estabelecidos, com o objetivo de prevenir complicações, identificá-las o mais precocemente possível e fornecer cuidados e/ou tratamentos específicos (Sanjuan, *et al.*, 2020).

A primeira abordagem é similar a qualquer outra situação emergente, seguindo a mnemónica ABCDE, com uma avaliação neurológica pormenorizada para identificar sinais e sintomas do doente com AVC, os seus diagnósticos diferenciais e as suas complicações associadas, com especial relevo para o horário do início dos sintomas. Segundo o Procedimento Interno sobre a VVAVC (ULSVDL, 2020), no SUP, a equipa da VVAVC intra-hospitalar deve incluir:

- ✓ Médico de medicina interna ou de neurologia, com experiência no diagnóstico e tratamento do AVC, incluindo especificamente: diagnóstico clínico do AVC e aplicação de escalas neurológicas, nomeadamente a escala do National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), interpretação dos meios complementares de diagnóstico, na decisão terapêutica (fibrinolítica ou endovascular);
- ✓ Enfermeiros com experiência na abordagem do AVC;
- ✓ Deve existir sensibilização e treino dos profissionais do laboratório e imagiologia envolvidos, para a necessidade de realizar todos os procedimentos com carácter de emergência (as requisições de TAC e de análises levam uma etiqueta sinalética de VVAVC).

Todos os doentes recebidos no SUP com critérios de ativação da VVAVC devem ser alocados à SE, exceto se critérios de desativação da VV como me aconteceu durante um turno na Triagem. Um senhor de 80 anos, que terá acordado com hemiplegia e disartria

enquadrando-se no 'wake-up stroke', com muticormobilidades e antecedentes de uma intervenção neurocirúrgica com 10 dias decorridos, com comunicação do serviço pré-hospitalar da suspeição de AVC.

Após discussão do caso com a minha orientadora, consulta do procedimento de ativação da VVAVC e partilha com o chefe de equipa (fazendo reflexão dos benefícios e malefícios da nossa intervenção) o doente foi desviado para a área Médica, atendendo a todos os fatores associados e respeitando as Diretrizes da Organização Europeia de AVC (European Stroke Organization- ESO).

Prestei cuidados a um outro doente de 86 anos que foi encontrado às 10h pela esposa com défices de força à direita e afasia global, visto bem pela última vez às 19h do dia anterior, sem comorbilidades ou antecedentes relevantes, encaixando-se no 'wake-up stroke' com ativação da VVAVC. O doente foi encaminhado para a SE, monitorizado, prestados cuidados especializados e encaminhado para a TAC a qual revelou um AVC isquémico, mas pela ausência de critérios para realização de fibrinólise, por ter ultrapassado o tempo janela de fibrinólise, foi internado na Unidade de AVC.

No caso do AVC isquémico, que representa 80% a 85% dos AVC's, os tratamentos de reperfusão como trombólise intravenosa e tratamento endovascular com trombectomia mecânica têm-se mostrado eficazes e seguros (nível de evidência 1, grau de recomendação A); ambas as abordagens de tratamento dependem do tempo (Colaboradores da Hermes, 2016).

Se ativada a VVAVC devem ser emergentemente observados pelo médico de Medicina Interna da Unidade de AVC (UAVC) e cuidados pelo enfermeiro da sala. Feita breve anamnese, avaliação de sinais vitais, realizada venopunção com colheitas de sangue (se possível) e avaliação de glicémia e avaliação da escala de NIHSS. De seguida, são encaminhados para TAC Crânio Encefálico, de imediato (Berge *et al.*, 2020).

As 'guidelines' da ESO sobre trombólise intravenosa para AVC isquémico agudo recomendam a administração de alteplase® até 4,5 horas do início dos sintomas, reafirmando que a idade não é critério de exclusão. Refere que a ressonância magnética ou TAC de perfusão devem ser usadas para definir o diagnóstico e que não é contraindicado realizar tratamento com alteplase quando: o doente tem hipertensão arterial, diabetes, derrame anterior ou enfarte, toma aspirina, esteja hiperglicémico ou em crise epiléptica no momento do AVC, ou tenha um aneurisma intacto.

Reforça ainda, que deve ser evitado o tratamento fibrinolítico se o doente tomar anticoagulantes orais a menos que: tome varfarina e o INR seja inferior a 1.7; faça apixabano, dabigatran, rivaroxabano, edoxabano, mas não tenha tomado nas últimas 48h antes do AVC (Berge *et al.*, 2020).

Segundo o Regulamento Interno do SU sobre a VVAVC (ULSVDL, 2020) se indicada,

a fibrinólise é iniciada no SUP sob orientação do médico de apoio à UAVC, preferencialmente na sala de Reanimação.

Um outro caso, foi o de uma doente do sexo feminino, com cerca de 66 anos, previamente autónoma, trazida ao SUP pelos bombeiros com hemiplegia esquerda e disartria acentuada. Esta foi encaminhada com enfermeiro acompanhado pela mala de fibrinólise até à TAC que revelou um AVC isquémico. Fez fibrinólise com alteplase com melhoria significativa na escala NIHSS, sendo posteriormente internada na UAVC.

Tive a oportunidade de aplicar vários protocolos da VVAVC com colaboração e administração de trombólise - alteplase (ativador tecidual do plasminogénio recombinante-rtpa) sob orientação da equipa de reanimação, tendo em conta o protocolo de administração de acordo com peso e posterior reavaliação dos défices neurológicos e seguimento do protocolo para encaminhamento para trombectomia. A angioplastia primária tem-se evidenciado em relação à terapêutica fibrinolítica, sendo referida nas recomendações como terapêutica de primeira linha, com um tempo ideal de 2 horas após o início dos sintomas, o que demonstra a importância dos *'timings'* nesta emergência. Quanto menor for o intervalo de tempo entre o início de sintomas (ou o primeiro contato médico) e a realização de angioplastia, maior será o benefício da mesma (Ponce, 2018).

Outra situação que suscita o encaminhamento de doentes para a SE é o edema agudo pulmão (EAP), pelo que passo a citar os principais cuidados de acordo com a pesquisa bibliográfica, verificada em consonância com a qualidade dos cuidados prestados. Segundo a Sociedade Europeia de Cardiologia (2021), a insuficiência cardíaca pode manifestar-se de quatro formas distintas, com possíveis sobreposições entre si. São elas: insuficiência cardíaca aguda descompensada, EAP, insuficiência ventricular direita descompensada e choque cardiogénico.

O EAP cardiogénico está diretamente relacionado com o aumento da pressão hidrostática, surgindo através do desequilíbrio entre o débito cardíaco das câmaras cardíacas direitas (conservadas) e a capacidade funcional das câmaras cardíacas esquerdas (disfuncionais) (Cabral *et al.*, 2020), resultando na transudação de líquido para o interstício pulmonar que causa os sintomas já mencionados. Pode estar presente história prévia de hipertensão, insuficiência cardíaca, cardiopatia isquémica, arritmias, miocardites e doenças valvulares.

De forma a atingi-los, a Sociedade Europeia de Cardiologia (2021) recomenda a oxigenoterapia, seguida de Ventilação Mecânica Não Invasiva (caso a anterior por si só não seja suficiente), posicionamento do doente e administração de fármacos (diuréticos e vasodilatadores) como intervenções a executar, a furosemida deve ser administrada por via intravenosa, na dose inicial de 20 a 80 mg, em bólus (Sinnenberg e Givertz, 2020).

A dor é sem dúvida, um sintoma com grande impacto na qualidade de vida, interferindo

com o funcionamento físico, psicológico e social, provocando sofrimento e desconforto para o doente (Garzon *et al.*, 2022). Desta forma, o seu controlo é um dos grandes objetivos de qualquer equipa multidisciplinar. A dor pode definir-se como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante a uma lesão tecidual, real ou potencial (Raja *et al.*, 2020).

É considerada como uma experiência complexa, pessoal e multifatorial (biológico, psicológico e social), com dois componentes indissociáveis: o sensorial e o emocional. O controlo da dor em doentes hospitalizados é uma questão essencial na prática de enfermagem de excelência (Mota *et al.*, 2020). A abordagem sistemática e a gestão da dor fazem parte da avaliação imediata da vítima constituindo um aspeto central no tratamento destas vítimas (Matthes *et al.*, 2015; Ahmadi *et al.*, 2016; Lopes *et al.*, 2019; Perboni *et al.*, 2019).

Entende-se, assim, que a formação contínua relacionada com a gestão da dor deve ser uma prioridade para os enfermeiros que prestam cuidados nos serviços de Urgência, devendo o processo de atualização ser permanente para que as práticas possam ser prestadas de acordo com a melhor evidência disponível (Mota *et al.*, 2020). Assim, os enfermeiros têm a responsabilidade profissional e ética de promover um controlo da dor efetivo e seguro, o que implica a sua avaliação e reavaliação sistemáticas (Mota *et al.*, 2020).

De acordo com Monte (2020), os opióides são os fármacos-chave da analgesia no doente crítico, recomendados no tratamento da dor aguda intensa. No EAP, o uso de opióides, como a morfina, é justificado pelos seus efeitos hemodinâmicos, nomeadamente, a vasodilatação, a inibição do SNC e o controlo da dor torácica aguda (Gil *et al.*, 2019).

A morfina está recomendada na dor associada ao EAP, tendo como principal benefício a diminuição da TA, da FC, da sensação de dispneia e das pressões de enchimento ventriculares, (Stefanini e Filho, 2016). De acordo com Neto e colaboradores (2020), perante um EAP, o suporte respiratório tem como objetivos estabelecer uma $SpO_2 > 90\%$ e reduzir o trabalho respiratório. Assim, apresentam-se como opções de tratamento a oxigenoterapia com cateter nasal ou máscara, o suporte ventilatório não invasivo e o suporte ventilatório invasivo.

A Sociedade Europeia de Cardiologia (2021), refere que os vasodilatadores podem ser associados como terapêutica inicial no EAP desde que as pressões arteriais sistólicas sejam superiores a 110 mmHg e não existam sinais de hipoperfusão. A dispneia é uma experiência subjetiva do utente, definida como a dificuldade em respirar, que decorre de um compromisso ao nível da ventilação, sendo influenciada por fatores fisiológicos, psicológicos, ambientais e sociais (Chorattas *et al.*, 2020).

A ventilação mecânica não invasiva (VMNI) é constituída por duas componentes principais: o ventilador e a máscara (interface), sendo que o fluxo de ar entre ambos é feito através de uma traqueia simples, unidirecional ou dupla (Fior *et al.*, 2015).

A escolha da interface adequada é essencial para o sucesso desta terapêutica, uma

vez que influencia o conforto, a adesão ao tratamento, diminui o trabalho respiratório, garante a sincronia e evita as úlceras de pressão (D’Orazio *et al.*, 2018).

Na doença aguda, a mais utilizada é a máscara oronasal, uma vez que está associada a um menor nível de fuga, maior volume corrente e a uma correção mais rápida das trocas gasosas, comparativamente às restantes ‘interfaces’ (Miguel e Mendes, 2020).

Por sua vez, o BiPAP é caracterizado pela aplicação de dois níveis de pressão positiva nas vias aéreas, um maior na inspiração - Inspiratory Positive Airway Pressure, que promove o auxílio aos músculos respiratórios, e outro menor na expiração - Expiratory Positive Airway Pressure, que auxilia na diminuição da hiperinsuflação dinâmica, na permeabilidade das vias aéreas e na diminuição do trabalho respiratório, levando ao aumento do volume pulmonar (Borges *et al.*, 2017). Nesta modalidade, a frequência respiratória pode ser controlada a partir de uma predefinição e o disparo da pressão é realizado pelo esforço do utente (Seyfi *et al.*, 2019).

Apesar dos benefícios da VMNI, sabe-se que existem complicações relacionadas com a máscara ou as pressões inspiratórias altas. Um estudo, realizado em 2019 por Fernandes e colaboradores, refere como principais complicações a assincronia utente-ventilador; as úlceras de pressão; a secura das mucosas; a distensão gástrica; a sensação de claustrofobia; a dor; a acumulação de secreções; a congestão nasal e a aerofagia.

Nesta linha de pensamento, a Agency for Clinical Innovation (2023) e Davidson e colaboradores (2016), definem um conjunto de intervenções que devem ser executadas, de acordo com o tipo de complicação, nomeadamente:

- ✓ aliviar a máscara e arnês; alternar, no mínimo, dois tipos de interfaces; monitorizar a presença de dor e gerir analgesia, se necessário;
- ✓ aliviar a máscara e arnês; aplicar creme hidratante; alternar, no mínimo, dois tipos de interfaces; proteger as zonas de pressão através da utilização de penso hidrocolóide ou poliuretano; avaliar a pele de duas em duas horas;
- ✓ aliviar o arnês; tranquilizar o utente; alternar, no mínimo, dois tipos de interfaces; ajustar os parâmetros;
- ✓ executar lavagem nasal com soro fisiológico 0,9%, pelo menos duas vezes por dia; aplicar corticoide tópico; administrar descongestionante nasal e anti-histamínico oral;
- ✓ hidratar o utente, por via oral ou endovenosa; aplicar saliva artificial; executar a higiene oral de duas em duas horas ou, pelo menos, uma vez por turno (se a condição clínica o permitir); executar a lavagem nasal com soro fisiológico 0,9%, pelo menos duas vezes por dia; efetuar a limpeza ocular de duas em duas horas com soro fisiológico 0,9%;
- ✓ avaliar o risco de distensão gástrica; posicionar o utente em decúbito lateral

esquerdo, preferencialmente, e alternar com levante, se possível; otimizar a adaptação do utente ao ventilador; ajustar os parâmetros e introduzir sonda nasogástrica para descompressão do ar, se necessário (Ergan *et al.*, 2018);

- ✓ ensinar o utente sobre como remover a máscara em caso de emergência; posicionar o utente em fowler após as refeições; reforçar a hidratação oral para fluidificar secreções; executar cinesioterapia ou 'cough assist'; aspirar a via aérea, se necessário;
- ✓ otimizar o trigger conforme o utente apresentar estímulo inspiratório forte ou fraco (se fraco, reduzir trigger; se forte, aumentar trigger).

Segundo a OE (2018a), o posicionamento do corpo afeta os volumes pulmonares e pode ser utilizado para melhorar a ventilação, drenar secreções e melhorar o desempenho dos músculos respiratórios. Este tem como objetivos otimizar a ventilação, favorecer a mecânica diafragmática e, conseqüentemente, melhorar as trocas gasosas (Caputo *et al.*, 2020).

De acordo com os mesmos autores, um posicionamento adequado contribui para uma melhor distribuição da força muscular e da ventilação, bem como do transporte mucociliar e oxigenação. Assim, de forma a otimizar a ventilação recorrendo ao posicionamento e, neste caso, sob VMNI, importa que o utente seja colocado na posição de sentado ou semi-sentado, de forma a reduzir a pressão abdominal e de se obter uma maior amplitude da parede torácica, com a elevação da cabeceira a 30° para promover a expansão pulmonar e prevenir o risco de aspiração (Agency for Clinical Innovation, 2023).

Segundo Ferreira e Barreira (2020), a posição de sentado aumenta os volumes pulmonares e diminui o trabalho respiratório, enquanto o posicionamento em decúbito lateral aumenta a ventilação, pelo que se recomenda uma alternância de decúbitos pelo menos a cada duas horas, uma vez que a mesma também promove a eliminação de secreções, melhora o equilíbrio ventilação-perfusão e otimiza a respiração. A monitorização ganha grande importância no cuidado ao utente crítico, uma vez que é um aporte fundamental na identificação precoce de complicações. Contudo, cabe a nós, enfermeiros, perceber em profundidade o seu propósito, como funciona e quais os riscos associados a cada técnica.

De salientar que é fundamental fazer uma correta avaliação dos parâmetros resultantes da monitorização hemodinâmica invasiva, nomeadamente identificar o que pode provocar erros da leitura, pelo que a observação do utente é prioritária antes de proceder a qualquer intervenção. No que diz respeito à monitorização, é necessário haver reflexão sobre a atuação, é necessário mobilizar um corpo de conhecimentos teóricos que torne a ação fundamentada e consciente. É nesta linha de pensamento que posso afirmar que adquiri competências de responsabilidade profissional e fui capaz de maximizar a intervenção face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas,

atingindo, portanto, os objetivos a que me propus.

Colaborei no processo de transferência da PSC para outros serviços de internamento e para outras instituições, transmitindo toda a informação pertinente de forma clara e objetiva à equipa de enfermagem que o recebeu e elaborei registos no ALERT®. Acompanhei a PSC na realização de exames complementares de diagnóstico. Sempre que necessário, elaborei e participei na execução da carta de enfermagem para os cuidados de saúde primários visando a continuidade dos cuidados.

Os meios tecnológicos de gestão da informação/comunicação e de doentes - ALERT® e STM, possibilitam uma metodologia rigorosa da continuidade dos cuidados e foram novidade para mim, permitindo-me um crescendo de conhecimentos e rigor.

No exercício da prática clínica, fui confrontada diariamente com inúmeras situações de elevada complexidade, exigindo intervenções organizadas e sustentadas num conjunto de conhecimentos e habilidades, aos mais diversos níveis da prestação de cuidados. Pude prestar cuidados ao doente crítico em todas as suas vertentes, detetando precocemente focos de instabilidade e atuando segundo as melhores práticas, com o objetivo de participar ativamente na sua recuperação e bem-estar.

Planeei e prestei cuidados diferenciados e específicos à PSC de acordo com a patologia e prioridades estabelecidas, utilizando metodologia científica na vigilância do doente, identificando as necessidades da pessoa e focos de instabilidade nos vários domínios passíveis de intervenção, assim como a aplicação e monitorização de protocolos terapêuticos e a sua integração na prestação de cuidados com intervenções autónomas e interdependente.

Sempre que foi possível participei de forma ativa na prestação de cuidados de enfermagem autónomos e interdependentes, como: o acolhimento do doente, monitorização, preparação e administração de fármacos, permeabilidade da via aérea, vigilância do doente, elaboração de registos, entre outros.

Considero que ao longo destas semanas, o meu desempenho foi crescendo, aumentando também a confiança e autonomia na prestação de cuidados a estes doentes. Durante a prestação de cuidados, tive diversas vezes a oportunidade de colaborar no transporte do doente em situação crítica intra-hospitalar, nomeadamente aquando da transferência para unidades diferenciadas (bloco operatório, UCI) ou aquando da deslocação ao serviço de imagiologia para realização de exames complementares de diagnóstico. É de extrema importância a programação do transporte e a preparação do doente, informando o serviço de destino e mantendo vigilância apertada durante o transporte, a fim de prevenir complicações.

A equipa deve planear e preparar o transporte assumindo a possibilidade de poder enfrentar os piores cenários, o que pode levar ao adiamento ou suspensão do mesmo.

Também nesta valência, o EE em EMC parece ser o profissional que melhor formação e preparação apresenta para a exercer (OE, 2017).

O objetivo centrado no desenvolvimento de competências de EE na PSC com aplicabilidade de protocolos terapêuticos de especial complexidade foi atingido ao longo dos diversos dias em que tive a oportunidade de contactar com várias experiências que implicavam a implementação de protocolos de especial complexidade.

Durante o estágio não pode constatar a necessidade da EEMI pela ausência de experiência enquanto aluna de Mestrado, mas enquanto enfermeira a exercer funções nesta ULS é uma realidade por mim já vivenciada e constatada.

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

Apesar de esta não ter sido uma competência desenvolvida em termos práticos, pela impossibilidade de vivenciar uma situação real de emergência e catástrofe, foi realizado um aprofundamento dos conhecimentos sobre esta área de intervenção. Numa situação de emergência, exceção ou catástrofe o EE deve atuar concebendo, planeando e gerindo respostas, preservando vestígios ou indícios de prática de crime, devendo ainda realizar uma intervenção sistematizada permitindo uma atuação eficiente e eficaz (regulamento n.º 429/2018, 2018).

“Os cuidados à PSC podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida” (regulamento n.º 429/2018, p. 19362).

Uma das estratégias para o desenvolvimento de competências no que diz respeito a este domínio, foi a consulta dos Planos de Emergência (Externo e Interno) da instituição e posterior discussão com os enfermeiros tutores. A prática eficaz de enfermagem durante qualquer desastre requer competência clínica e a aplicação de princípios utilitários (fazer o maior bem para o maior número com o mínimo de dano) (ICN, 2019).

Fundamental para o enquadramento desta competência é a definição do conceito de catástrofe, situação de exceção e de emergência. Na Lei de Bases da Proteção Civil é feita a distinção entre Acidente Grave e Catástrofe.

O acidente grave é considerado o *“acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente”* e por Catástrofe entende-se *“o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”* (lei n.º 27/2006 de 3 de julho).

A ULS tem um Plano Hospitalar de Emergência Externa, revisto e atualizado em

fevereiro de 2019, definindo que poderão surgir ocorrências extraordinárias em dois níveis, nomeadamente por índice de rutura (quando a afluência ao SU for superior a 30% das urgências habituais em 3 horas), ou por índice de catástrofe (quando for superior a 50% das urgências habituais em 4 a 5 horas).

Podendo estas duas situações surgir em consequência da maior procura do SU ou para dar resposta a uma situação de multivítimas (ULSVDL, 2019). É da responsabilidade desta comissão a elaboração, a revisão e atualização periódicas dos planos de emergência, assim como o planeamento e organização de exercícios e treinos que envolvam as estruturas internas e a articulação destas com os Organismos/Entidades externas com responsabilidades de prestação de apoio e socorro (ULSVDL, 2019).

No Plano Hospitalar de Emergência Externa do SUP da ULSVDL estão consideradas três fases de resposta, sequenciais e progressivas, onde cada fase só será iniciada após esgotada a anterior e desde que esta se mostre insuficiente:

- Fase A (Fase de prevenção) é ativada e gerida pelo Chefe de Equipa;
- Fase B (Fase de mobilização) é ativada após esgotada a fase anterior e é gerida pelo Diretor do SUP;
- Fase C (Prolongamento das Fases A, e B) preparam o hospital para uma catástrofe comunitária sendo ativada pelo Diretor Clínico.

O plano do SUP inclui ainda a existência de cartões de Tarefas (“Action Cards”) e a “trouxa de catástrofe”, ambos localizados na SE. Os cartões de tarefas definem as funções de cada elemento da equipa/entidades/gabinetes/serviços em situação de catástrofe.

Quando o SU necessita dar resposta a situações de exceção como é a catástrofe externa, a triagem assume contornos diferentes da triagem em contexto hospitalar. A triagem é um instrumento fundamental para a gestão de vítimas, sempre que este número ultrapasse os recursos disponíveis, e pode determinar a sua sobrevivência. A regra principal deste tipo de triagem é a de prestar apenas primeiros socorros e “não parar”, para poder fazer o bem maior para o maior número de pessoas possível (Conlon *et al.*, 2019).

O sistema de triagem Simple Triage and Rapid Treatment (START) desempenha um papel crucial em situações de grande escala, onde a capacidade de recursos pode ser sobrecarregada, permitindo que os profissionais de saúde priorizem o atendimento às vítimas, com base na gravidade das suas condições (Purwadi *et al.*, 2021).

No SUP, de acordo com o Plano Hospitalar de Emergência Externa, nesta fase os utentes são triados pelo fluxograma "catástrofe - avaliação primária" do STM, atendendo que a priorização de cuidados se torna primordial para assegurar que se oferecem as respostas mais adequadas, num contexto em que o número de vítimas suplanta os recursos humanos disponíveis. Defende-se assim, a implementação do sistema de triagem START (Silva, 2009; GPT, 2010; INEM, 2012). Quando em situação efetiva de evento adverso, o EE na PSC

“Planeia a resposta à situação de catástrofe” (regulamento 429/2018, p. 19364).

Neste contexto o EE põe em prática as competências de atuação em catástrofe, concorrendo para a identificação do nível de resposta a ser oferecido pelo serviço/instituição, aplicando a triagem primária e secundária, decidindo a sequência de atuação da equipa e sistematizando as ações a implementar (regulamento n.º 429/2018).

A implementação de sistemas de triagem primária, como o método START, implica a existência de kits de triagem disponíveis, dos quais fazem parte etiquetas de triagem, caneta/marcador e cartões plastificados com fluxogramas de triagem, e um que permite enumerar o número de vítimas (INEM, 2012).

O ‘kit’ de emergência/catástrofe é então constituído por todo o material específico para possibilitar a seleção e identificação das vítimas pelo sistema de triagem que acontece nas situações de exceção, salvaguardando o seu uso exclusivo aquando da ativação do Plano de Catástrofe. Desta forma, o material deve ser acondicionado em espaço próprio, preferencialmente um armário identificado para tal, de fácil acesso, destinado apenas a situações de exceção.

Deve responder às eventuais necessidades que se façam sentir na triagem primária e secundária.

Para tal, deve ser constituído por ‘kits’ numerados de 1 a 40, em saco individual, cada um composto por uma pulseira de cada cor (vermelha, amarela, verde e preta); folha com 40 autocolantes; um conjunto de tubos para colheita de sangue; uma bolsa para recolha de espólio; sacos para cadáveres; marcadores de grande fixação para preenchimento da documentação necessária e etiquetas de triagem, tudo numerado previamente de acordo com o ‘kit’ permitindo operacionalizar os métodos de triagem primária e secundária.

Segundo o INEM (2012, p. 25) a utilização das etiquetas de triagem é vantajosa pois possibilita: *“Numerar as vítimas; Registrar a evolução da vítima e cuidados prestados; Controlar a assistência das vítimas impedindo a duplicação de esforços; Estabelecer um fluxo ordenado de vítimas; Controlar a cadeia de evacuação, no que diz respeito à prioridade, hospital de destino e evacuação; Evitar evacuações descontroladas; e Elaborar registos (dados pessoais, dados clínicos e tratamentos/intervenções executadas)”*.

De forma a respeitar as indicações, a equipa de catástrofe do SUP, tem na SE num armário próprio a “trouxa de catástrofe”, que teve oportunidade de consultar, que deve ser mobilizada pelo chefe de equipa. É um ‘kit’ que contém 150 envelopes numerados, cada um com uma ficha de avaliação em catástrofe, impressos e pulseiras identificativas com as cores da triagem.

Por sua vez, o EE em Enfermagem na PSC deve dinamizar, desde a conceção até à ação, a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, garantindo a supressão das necessidades de saúde da população, aliando o conhecimento técnico

científico à atitude crítico-reflexiva da intervenção de enfermagem (Miranda, 2020). A prestação de cuidados num SU implica obrigatoriamente que se esteja preparado para a necessidade de intervenção numa situação com múltiplas vítimas. O objetivo máximo perante estas situações será sempre o de reduzir ou eliminar as baixas humanas, diminuir a morbilidade e os subsequentes efeitos físicos e psicológicos na maior extensão possível (OE, 2010, INEM, 2012).

Para que tal possa ser atingido é necessário intervir em dois âmbitos: a realocação dos recursos disponíveis para onde fazem mais falta com a rápida mobilização de recursos adicionais (humanos e materiais) e a utilização ótima dos recursos disponíveis, através do estabelecimento de prioridades e do uso de métodos simplificados de diagnóstico e tratamento (INEM, 2012).

Segundo o INEM (2012, p. 14), a situação de exceção pode ser definida por uma situação que cria *“desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis”*.

Assim, no decorrer do estágio, apesar de não ter havido possibilidade de colocar em prática o plano de emergência interno, no que diz respeito à triagem START e à evacuação dos doentes, foi possível, abordar a temática com as minhas orientadoras, relativamente à segurança dos doentes, uma vez que estas situações envolvem uma logística quer de meios humanos, quer de meios materiais de grandes dimensões.

Pude ainda adquirir conhecimentos na gestão e definição de prioridade, através da consulta dos planos internos de emergência multivítimas e de catástrofe com os procedimentos de evacuação. No entanto, na área da emergência, devida à janela temporal onde se enquadrou o estágio pude perceber a diferenciação na alocação de recursos associados à ativação do plano de Contingência.

Com o intuito de melhor prevenir ou atenuar os riscos coletivos e a ocorrência desta tipologia de eventos, limitar os seus efeitos, socorrer e assistir pessoas e outros seres vivos em perigo, proteger bens e valores culturais, ambientais e de elevado interesse público e apoiar a reposição da normalidade das áreas afetadas, está prevista a declaração da Situação de Alerta; Situação de Contingência e de Situação de Calamidade. Segundo o artigo 9.º da lei n.º 27/2006, que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil (2006, p.4697):

1. A situação de alerta pode ser declarada quando, face à ocorrência ou iminência de ocorrência de algum ou alguns dos acontecimentos referidos (acidente grave, catástrofe), é reconhecida a necessidade de adotar medidas preventivas e/ou medidas especiais de reação.
2. A situação de contingência pode ser declarada quando, face à ocorrência ou iminência de ocorrência de algum ou alguns dos acontecimentos referidos (...), é reconhecida a necessidade de adotar medidas preventivas e/ou medidas especiais de reação não

mobilizáveis no âmbito municipal.

3. A situação de calamidade pode ser declarada quando, face à ocorrência ou perigo de ocorrência de algum ou alguns dos acontecimentos referidos (...), e à sua previsível intensidade, é reconhecida a necessidade de adotar medidas de carácter excepcional destinadas a prevenir, reagir ou repor a normalidade das condições de vida nas áreas atingidas pelos seus efeitos.

O PNSD tem como objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do utente, a cultura de segurança, a comunicação e a implementação de práticas seguras (Lebre, 2022). A segurança do utente é uma prioridade de saúde pública e uma componente crítica para a qualidade dos cuidados de saúde (Lebre, 2022).

Esta pode garantir-se através das práticas de cuidados e na transição dos mesmos. O despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, prevê que cada SU deve ter um plano de emergência/catástrofe/contingência, o que se constituiu com primordial para a resposta da unidade de saúde a situações multivítimas, sendo também importante que se realizem exercícios de simulação, periodicamente, a fim de que todos os profissionais envolvidos tenham o devido conhecimento sobre o plano e para que este não seja subvalorizado ou até esquecido.

Pude constatar este facto aquando da ativação da fase 2 do plano de contingência interno motivado pelo aumento da afluência de doentes ao SUP da área Médica aumentando o rácio dos enfermeiros alocados à sala de 3 para 4 enfermeiros e estando um quinto elemento no serviço para dar apoio às áreas de maior afluência (boletim informativo n.º 2/25 de 06/01 da ULSVDL) refletindo os cuidados.

O EE na PSC é ainda responsável pela gestão dos cuidados no contexto de emergência, exceção ou catástrofe, sendo que lhe estão atribuídas funções de liderança na atribuição e aplicação dos papéis e atividades a desenvolver pelos membros da equipa, nomeadamente, de avaliação permanente e continuada da articulação e da eficiência da equipa na prestação de cuidados nas diferentes áreas da oferta assistencial. Decorrente desta apreciação, é responsável pela adequação da resposta e introdução de medidas corretoras face às inconformidades detetadas.

Tem ainda um papel preponderante na gestão da comunicação de informação neste contexto, bem como na garantia da preservação de indícios de prática de crime enquanto assegura a eficiência dos cuidados oferecidos (regulamento n.º 429/2018). Não me sendo possível constatar o papel do EE em enfermagem forense, a pertinência do tema e a estruturação das competências forma debatidas em passagem de turno ou momentos de discussão de casos.

3. Maximiza a Prevenção, Intervenção e Controlo da Infeção e de Resistência a Antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica

É esperado do Especialista em EMC à PSC o desenvolvimento de competências que lhe permitam responder de forma rápida e eficaz ao “risco de infeção nos múltiplos contextos de atuação, complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da PSC e/ou falência orgânica, (...) no controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos” (regulamento de competências n.º 429/2018, de 16 de julho, 2018, p. 19364).

Esta é uma competência descrita no regulamento de competências n.º 429/2018, de 16 de julho (2018, p. 19364), consistindo em maximizar a “intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a PSC e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas adequadas e em tempo útil”, como já anteriormente mencionado neste relatório.

Apesar da imprevisibilidade própria do SU e do número elevado de procedimentos a serem realizados, implementei sempre medidas para prevenir a infeção, nomeadamente: separação adequada dos lixos; higienização correta das mãos respeitando os momentos definidos para a sua realização; etiqueta respiratória; utilização de equipamentos de proteção individual; supervisão da descontaminação do equipamento clínico e descontaminação adequada das superfícies; manuseamento de forma segura das roupas; providenciamento do isolamento adequado; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; prevenção da infeção associada ao CVC; prevenção da infeção associada à cateterização vesical, e administração de profilaxia antimicrobiana protocolada, entre outros.

Contudo, os especialistas na área da enfermagem face à PSC, estão especialmente responsabilizados pela implementação e garantia de todos os cuidados orientados à prevenção das IACS. A prestação dos cuidados de enfermagem deve ter como base conhecimentos científicos e técnicos (Lei n.º 156/2015, 2015), falando-se assim em PBE, mais concretamente, da enfermagem baseada na evidência.

Numa outra perspetiva, e considerando a abordagem à PSC recorrendo a dispositivos invasivos, a DGS emitiu e reviu recentemente quatro feixes de intervenção cuja finalidade é nortear a prestação de cuidados ao utente em segurança.

Na prestação de cuidados ao doente em situação crítica cumpro rigorosamente as técnicas e procedimentos de controlo de infeção, com o objetivo de prevenir as IACS.

Concretamente, não só adotei medidas de prevenção de infeção de acordo com os tipos de transmissão (aérea, gotícula e contacto) como também impulsionei feixes de implementação de prevenção de infeção em todos os campos, valorizando a prevenção do

local cirúrgico pela minha experiência enquanto enfermeira numa unidade de internamento cirúrgico, bem como pelo levantamento dessa necessidade no serviço, tentando dotar os enfermeiros de ferramentas de forma a otimizar esse mesmo feixe.

Das competências de especialista às competências de mestre

De acordo com o dicionário de língua portuguesa, mestre significa “pessoa que ensina ou orienta (...) pessoa que sabe muito (...) pessoa perita em qualquer ciência, arte ou ramo profissional, especialista (...) grau académico concedido a quem conclui o curso e defendeu a tese de mestrado (...)” O percurso de mestre inicia-se no 1.º nível do ciclo de estudos, nomeadamente a licenciatura, onde se dá a aquisição, assimilação e solidificação de conhecimentos, sendo importante para o desenvolvimento pessoal e profissional do futuro mestre.

No desenvolvimento de competência do 2.º ciclo de estudos, o mestrado, o mestre demonstra os seus conhecimentos adquiridos de uma forma aprofundada e fundamentada, suportada em estudos científicos, os mais recentes, explorados em diferentes vertentes.

O decreto-lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, regulamenta atualmente a Lei de Bases do Sistema Educativo, no que respeita ao modelo de organização do ensino superior relativamente aos ciclos de estudos, indica que o grau de mestre seja atribuído aos estudantes que demonstrem:

- ✓ Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão, desenvolvendo e aprofundando os conhecimentos obtidos no 1.º ciclo, como também usá-los e aplicá-los em contextos de investigação;
- ✓ Aplicação de conhecimentos e demonstração de capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas ou diferentes contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- ✓ Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada, ou incompleta, incluindo reflexões acerca das implicações e responsabilidades que resultem dessas soluções;
- ✓ Capacidade de comunicar as suas conclusões a especialistas e a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades;
- ✓ Competências de autoaprendizagem e autoformação.

Ao longo de todo este percurso, as atividades e estratégias desenvolvidas, tiveram como objetivo a aquisição das competências de EE em EMC na área da PSC e, simultaneamente, as competências de mestre.

A licenciatura em enfermagem, a formação avançada, o exercício profissional que promove o meu desenvolvimento pessoal e profissional, permitiram aprofundar determinados conceitos e explorar novos domínios e áreas de interesse, construindo, desta forma um

quadro conceitual no contexto da PSC. Considero, assim, que, através do relato das experiências e competências desenvolvidas, consegui demonstrar de forma clara e objetiva os conhecimentos fundamentados e aprofundados.

Apliquei os conhecimentos em novas situações e contextos, integrando-os no sentido de lidar com situações complexas, como também na resolução de problemas, como é descrito ao longo do relatório. Ao longo da minha carreira profissional, tenho vindo a desenvolver competências comunicacionais, com os elementos da equipa interdisciplinar, assim como com os utentes e familiares, e também através da relação terapêutica com os mesmos.

O curso de mestrado possibilitou também o desenvolvimento e refinamento na área da PSC. Permitindo a partilha de conhecimentos, pelas pesquisas realizadas, tanto por escrito como oralmente, para além das competências desenvolvidas, através da prestação direta de cuidados (incluindo a informação partilhada nas passagens de turno, ou em conversas informais com os pares), ou através de formações internas como, por exemplo, a do sistema de PICCO; formações do departamento de educação permanente, nomeadamente a da preservação de dadores e doação de órgãos; bem como a formação que realizei para os colegas do SMI sobre a NAS.

No que concerne à capacidade de integrar conhecimentos as diversas situações com que me deparei foram importantes para a análise, discussão e reflexão sobre a prática que integrou o meu processo de aprendizagem.

A realização do CMEMC, levou a um desenvolvimento pessoal e profissional, muito além do que esperava, permitindo-me solidificar a autoformação e a capacidade de procura e acesso à evidência científica mais recente, que considero essenciais para o desenvolvimento contínuo do enfermeiro.

Conclusão

A realização do CMEMC PSC e destes estágios representaram etapas muito desafiadoras, em particular na gestão da vida familiar, com a profissional e a académica. Com efeito, no quotidiano dos cuidados, na assistência à PSC, enfrentamos situações complexas e emocionalmente desafiadoras, dada a gravidade das situações vividas pelos doentes dos nossos cuidados.

O percurso de desenvolvimento profissional não pode ser dissociado do percurso pessoal; o primeiro acaba por estar contido no segundo. O processo de desenvolvimento profissional, sendo um 'continuum', enquadra-se num movimento de aprender e "aprender a aprender", facto mais decisivo para alguém como eu.

Aprender a partir das oportunidades e desafios que nos são proporcionadas. Este apreender é um processo pessoal que exige envolvimento e consciencialização (autoconhecimento) das nossas limitações e potencialidades. Foi neste paradigma que situei o percurso que realizei.

Concluída a presente etapa, a concretização do presente relatório traduz a retrospeção do percurso de aprendizagem desenvolvido ao longo dos estágios e do mestrado. O meu crescimento processou-se não só a nível profissional, mas também pessoal, na medida em que me superei na sucessiva demonstração de capacidades técnico-científicas, sociais e humanas, que me edificam enquanto enfermeira e enfermeira especialista na prestação de cuidados à PSC.

A teoria considerada ao longo deste percurso, foi a Teoria de Transições de Afaf Meleis, teoria de médio alcance, uma vez que a PSC e família/cuidador vivenciam em situação de emergência e/ou catástrofe múltiplas e inesperadas transições. O enfermeiro é um importante elemento na gestão e amenização das consequências provocadas por essas transições, realizando um plano individualizado e específico de intervenções de enfermagem.

As transições podem ser de saúde, doença, estruturais ou organizacionais. Os enfermeiros devem considerar, segundo Meleis (2010), todas as transições significativas para a pessoa e família/cuidador e não focarem apenas numa transição em específico. Esta abordagem na PSC, enquanto prática profissional, considera-se de extrema importância, assentando numa abordagem holística ao indivíduo, na sua globalidade, não esquecendo, sempre, o pilar essencial da família ou cuidadores (Meleis, 2010).

O fato de ter realizado o estágio num contexto que se distingue da minha realidade profissional até ao momento, foi exigente, mas, possibilitou-me a prestação de cuidados a par com enfermeiros com um nível de competência diferenciada e múltiplas experiências.

A partilha de conhecimentos e opiniões com os pares foi um inestimável contributo para a minha aprendizagem. Hoje sou uma enfermeira diferente daquela que iniciou este percurso. Estou no caminho para me tornar uma EE nesta área. Apesar de estar consciente das minhas limitações, sem dúvida que o meu raciocínio clínico é diferente, bem como a tomada de decisão.

Agora é mais fácil e fiável aceder à informação necessária e credível para sustentar a prática clínica e tomar decisões mais seguras para os doentes. A seriedade e amabilidade com que me integraram nas equipas permitiu-me crescer enquanto profissional. Através da partilha e reflexão com os enfermeiros da equipa e com os meus tutores foi possível traçar um caminho cujo objetivo final foi a integração de conhecimentos e melhoria na prestação de cuidados à PSC.

Tendo em conta a complexidade e especificidade tecnicista de um SMI, ou da SE a minha preocupação foi aprofundar e adquirir conhecimentos de forma a dar resposta a todas as situações urgentes e emergentes. Desta forma, planeei as intervenções, executei-as e avaliei-as, com a melhor qualidade possível, em tempo útil e de forma autónoma.

Procurei garantir o conhecimento da existência de protocolos terapêuticos e a sua interpretação, por forma a dar resposta de modo eficaz e eficiente às necessidades da pessoa, otimizando a resposta em situação de maior instabilidade hemodinâmica/ventilatória. Tendo em conta a complexidade dos fármacos baseei sempre a minha práxis clínica nas evidências científicas tendo, para isso, aprofundado os meus conhecimentos na farmacocinética, farmacodinâmica, indicações, contraindicações e efeitos adversos.

Concomitantemente, geri de forma distinta a dor e o bem-estar físico e emocional por meio de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Agi sempre com base no código de ética e DP mobilizando conhecimentos e habilidades que me permitiram responder às situações que me eram apresentadas, em tempo útil e de forma holística, considerando a pessoa, família e/ou cuidador como parte de um processo transicional.

No que diz respeito à prevenção e antecipação de sinais de instabilidade da PSC, tentei sempre interpretá-los e aplicar todo o conhecimento, baseado no rigor científico, de forma a minimizar os riscos. Este processo, na minha perspetiva, é facilitador, uma vez que os doentes estão em monitorização hemodinâmica invasiva permanente e contínua, e o saber identificar e interpretar os dados objetivos, mas também alterações comportamentais, torna a nossa atuação célere e eficaz, e isto só foi possível com empenho dos meus orientadores e restante equipa.

Pude prestar cuidados de enfermagem a doentes com instabilidade multiorgânica, fossem eles doentes do foro cirúrgico, médico, vítimas de PCR, vários tipos de choque, LRA sob técnicas hemodiafiltração e vítimas de trauma, e isso permitiu demonstrar o meu raciocínio analítico e interpretativo. O contacto com a VMI foi sem dúvida muito enriquecedor,

pela aprendizagem dos diversos modos ventilatórios adequados a cada situação, pela prestação de cuidados inerentes à manutenção da via aérea e prevenção de complicações e pela execução de cuidados de alta complexidade dirigidos à pessoa em processos de doença e falência orgânica.

As dificuldades e imprevistos característicos de um percurso como este foram, muitas vezes, promotores de mudança, aflorando a capacidade crítico-reflexiva e a necessidade de tomada de decisão emergente. Sair da nossa área de conforto, foi um desafio, mas também uma necessidade. Em suma, com o aprofundamento dos conhecimentos, neste domínio, desenvolvi a competência de tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas, demonstrando uma prática que respeitasse os direitos humanos, levando-me a analisar e a interpretar cada situação específica, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os doentes.

Consegui, através do empenho e dedicação, adquirir um conjunto de saberes inerentes ao cuidar da PSC, como nunca havia experienciado, e que me permitiram desenvolver a autonomia necessária para prestar cuidados altamente qualificados e de forma contínua, em conjunto com a equipa multidisciplinar. Desta forma, considero-me uma profissional mais completa e espero que isto se repercuta na qualidade de cuidados que presto, mais seguros, eficazes e mais significativos para os utentes.

A enfermagem é uma profissão exigente, para a qual é necessária uma forma de ser compassiva, um saber teórico específico, um fazer técnico próprio e a capacidade para tomar decisões de elevada complexidade ética, numa relação permanente com a pessoa (Vieira, 2008).

De acordo com a OE (2018), uma enfermagem especializada proporciona benefícios essenciais para a saúde da população e contribui de igual forma para o desenvolvimento da profissão, através do incremento do conhecimento em enfermagem e de uma prática baseada na evidência, não sendo os enfermeiros meros executores de prescrições ou técnicas.

Finalizo esta reflexão, com a certeza, que enquanto Enfermeira sinto-me mais competente e capacitada para a tomada de decisão, gestão e prestação de cuidados especializados. Demonstrei capacidades para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas e emitir juízos de valor, na área de especialização médico-cirúrgica. Acredito que os objetivos definidos foram atingidos e que todos os momentos de aprendizagem em que participei foram concretizados com muito esforço.

Este foi um caminho difícil, exaustivo e, como tal, agradeço a todos os intervenientes no mesmo.

Parte II

Trabalho de Investigação

Enunciado do problema

O tratamento de emergências potencialmente fatais, em ambiente intra-hospitalar, requer a existência e permanência de equipas multidisciplinares durante 24h, com formação e treino específico, cuja atuação se traduza numa resposta rápida, de forma a lograr a sobrevivência do doente. A melhor forma de aumentar a probabilidade de sobrevivência de um doente após PCR, é prevenir que esta se instale (INEM, 2019).

A probabilidade de sobrevivência dos doentes associada a estes fenómenos diminui de forma inversa ao tempo decorrido até à efetivação de manobras de reanimação. Por outro lado, a eficácia da resposta à emergência aumenta a possibilidade de sobrevivência do doente crítico e melhora o seu resultado (INEM, 2019; despacho n.º 9639/2018).

Desta forma, é fundamental um reconhecimento precoce dos sinais de alerta, bem como uma atuação imediata, numa abordagem para a prevenção da PCR intra-hospitalar, que inclua um sistema de resposta eficaz (Soar *et al.*, 2021).

O conceito de emergência está definido no despacho n.º 18459/2006 (p.18611) como uma *“situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais”*.

Considerando estas premissas, surge a necessidade de mensuração das dificuldades na reanimação intra-hospitalar através de um questionário da Escala de Perceção de Dificuldades na Assistência à PCR Intra-Hospitalar (EPDAPI) e relacionar os resultados da avaliação com a perceção dos elementos da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI), apurando assim necessidades e oportunidades de melhoria.

Para Coutinho (2021, p. 24), o paradigma de investigação constitui *“o sistema de pressupostos e valores que guiam a pesquisa, determinando as várias opções que o investigador terá de tomar no caminho que o conduzirá rumo às “respostas” do “problema/questão” a investigar, isto é, “ao conhecimento”. Ainda segundo a mesma autora, a metodologia tem como finalidade “velar pelos métodos, analisar os seus limites e alcance, clarificar e valorizar os seus princípios, procedimentos e estratégias mais adequadas para a investigação”*. Por conseguinte, a metodologia é *“o plano de ação, processo e desenho da escolha e uso dos métodos”* (Coutinho, 2021, p. 24).

O meu interesse por esta área adquiriu maior amplitude durante a realização do CMEMC PSC, ao transpor para o contexto de formação a dificuldade vivenciada na prática do meu exercício profissional: a constatação da intervenção diferenciada e

especializada da EEMI na prestação de cuidados ao doente crítico intra-hospitalar, resultante do treino e conhecimento de áreas de formação em doente crítico.

Os resultados obtidos, poderão promover a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados. Conhecendo as dificuldades percecionadas poderemos elaborar um plano de melhoria, seja através da elaboração dum plano formativo integrativo de Suporte Avançado de Vida (SAV) e/ou Suporte Básico de Vida (SBV), seja através de estratégias dirigidas, no sentido de aumentar a adesão à mesma.

Assim sendo, a formulação do problema de investigação traduz-se na seguinte questão de investigação:

Quais os desafios da Reanimação Intra-hospitalar num hospital central português?

Após a formulação da questão de investigação e, partindo do pressuposto que os desafios que os profissionais de saúde enfrentam perante uma reanimação intra-hospitalar variam em função de variáveis sociodemográficas e de fatores como a experiência profissional, o contexto profissional e a formação específica, construiu-se o desenho da nossa investigação.

O projeto de investigação pressupõe assim a hierarquização de um conjunto de fases necessárias à concretização de um estudo, constituindo um guia claro das suas diversas etapas de desenvolvimento (Fortin, 2000; 2009; Polit e Beck, 2019). A organização de um projeto de investigação, ainda que dinâmica e flexível ao desenrolar do estudo, está condicionada à experiência da equipa de investigação (Fortin, 2000; 2009; Polit e Beck, 2019).

Objetivos

Por todas estas inquietações e pelos desafios cada vez mais exigentes que se colocam no exercício do cuidar à PSC, os principais objetivos deste estudo são:

- a) identificar as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros em contexto de internamento perante situações de PCR;
- b) analisar a perceção da EEMI sobre as dificuldades dos enfermeiros a exercer funções em internamentos, perante situações emergentes;
- c) analisar os focos em comum ou que carecem de intervenção de melhoria;
- d) realizar um projeto de melhoria na área do doente crítico intra-hospitalar.

Com o propósito final de assim contribuir para a melhoria na abordagem à PSC em ambiente intra-hospitalar, diminuir o risco de complicações major e aumentar as taxas de sobrevivência.

Como forma de dar resposta aos objetivos delineados, optou-se pelo desenvolvimento de um estudo quantitativo descritivo-transversal (estudo 1), uma vez que se trata de um tipo de estudo que permite ao investigador “*analisar a incidência, distribuição e relações entre as variáveis que são estudadas tal e qual existem, em contexto natural, sem manipulação, sendo quase sempre classificados em função desses três objetivos básicos: descrever, explicar ou ainda explorar*” (Coutinho, 2021, p. 317); e, noutra vértice, desenvolver um estudo qualitativo descritivo-correlacional para identificar as necessidades de melhoria (estudo 2).

Assim, este trabalho de investigação permitirá dar resposta a uma problemática identificada na prática de cuidados.

Enquadramento teórico (Estado da Arte)

Os cuidados de saúde não são mais do que um exercício de humanidade. Estes são o resultado de atos de humanos a recair sobre humanos. Assim, por um lado, os enfermeiros são desafiados a demonstrar que os seus cuidados são de elevada qualidade, adequados, eficientes e eficazes e que resultam na produção dos melhores resultados, utilizando apenas os recursos que estão disponíveis; por outro lado, o atual contexto político e económico tem conduzido a uma diminuição da qualificação das equipas hospitalares, existindo a tentativa de substituição dos enfermeiros por outros profissionais menos qualificados, o que resulta no aumento da insegurança na prestação de cuidados e no aumento de 21% na probabilidade de morte das pessoas (Amaral, 2014 cit. por Paiva *et al.*, 2020).

A PCR súbita é a terceira causa de morte na Europa. Estudos dão conta de que a incidência de PCR fora do hospital, é de 67 a 170 por 100 mil habitantes e dentro do hospital, de 1,5 a 2,8 por cada 1000 admissões (Gräsner *et al.*, 2021).

O SAV é o conjunto de intervenções avançadas que se seguem ao SBV, numa reanimação cardiopulmonar (RCP), transmite uma visão geral e esquemática das intervenções-chave e é aplicável a todas as situações de PCR (Soar *et al.*, 2021).

É cada vez mais notória a importância da prática baseada na evidência como base de atuação dos profissionais de saúde (Orton *et al.*, 2021). A combinação da experiência profissional com o melhor conhecimento científico disponível, promove a segurança, a eficácia e a qualidade dos cuidados de saúde (Pinto e Mota, 2023).

Desta forma, existe uma grande preocupação por parte das entidades peritas na área, a nível mundial, em cumprir este desígnio, através da tentativa de otimização e uniformização do modelo de formação dos profissionais de saúde que implementam o SAV, com vista ao aumento da sobrevivência dos doentes (Greif *et al.*, 2020). Há

evidência de que as melhores práticas são conseguidas com a insistência na formação e treino regulares (Greif *et al.*, 2020). O *International Liaison Committee on Resuscitation* atesta que a formação em SAV dos profissionais de saúde é fortemente recomendada, pois tem um impacto positivo no retorno à circulação espontânea e na sobrevivência da doente vítima de PCR (Lockey *et al.*, 2018), e que o seu treino e recertificação regulares são fortemente recomendados, preferencialmente em períodos inferiores a 5 anos (Greif *et al.*, 2020; Araújo *et al.*, 2022).

O ERC, recomenda um programa de aprendizagem ao longo do tempo, baseado na certificação e recertificação periódicas da formação em SAV, com a possibilidade de existirem momentos de prática e avaliação real ou simulada (Greif *et al.*, 2020).

Com vista à prevenção ou reversão da deterioração clínica identificada, médicos e enfermeiros, através de competências específicas e diferenciadas, organizam-se enquanto equipas de reanimação e adotam metodologias de trabalho com base em diretrizes de SAV mundialmente certificadas e validadas, evitando desfechos desastrosos como, por exemplo, a PCR. O reconhecimento imediato da PCR, a RCP de alta qualidade e a desfibrilhação oportuna são os pilares do cuidado (Committee on the Treatment of Cardiac Arrest, 2021).

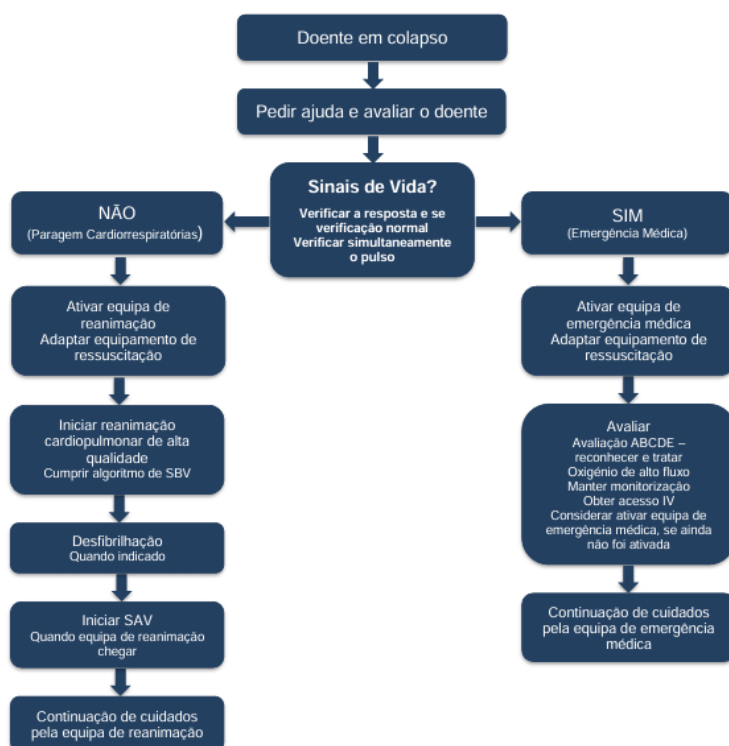


Figura 1: Algoritmo de resuscitação intra-hospitalar

Fonte: Adaptado de Soar, (*et al.*) (2021), ERC Guidelines 2021.

Em Portugal, em 2010, a DGS emitiu uma circular normativa que recomenda a

criação e implementação de uma EEMI nos hospitais, que seria ativada em situações de deterioração fisiológica aguda. Estas seriam constituídas por um médico e um enfermeiro com competências relativas à via aérea avançada e reanimação (DGS, 2010). Estas equipas respondem de imediato, em situações de significativa deterioração fisiológica aguda, devendo todos os profissionais ter conhecimento da sua existência, das situações que justificam a sua intervenção, bem como do processo para a sua correta ativação.

No entanto, ainda se verificam limitações ao nível de atuação, muitas delas dificultadas por estruturas físicas, recursos materiais, bem como distribuições funcionais dos recursos humanos, por vezes ineficazes, inadequados e insuficientes (Catalão, 2005). Assumem, então, especial relevância as dificuldades, as limitações e as necessidades dos profissionais de saúde na assistência à PCR, que interferem diretamente na sobrevida imediata das vítimas assistidas. Com a identificação destas dificuldades percecionadas pelos profissionais podemos caminhar a par com a evolução da sociedade e da humanidade, exigindo aos profissionais, qualificações que respondam às necessidades das populações, aumentando assim a qualidade e esperança de vida das mesmas (Catalão, 2007).

Embora o enfoque da qualidade da reanimação seja maioritariamente atribuído ao desempenho das competências técnicas (CT) das equipas de reanimação, existe também associação do resultado a fatores como coordenação eficaz, liderança e boa comunicação, encaminhando assim para outra unidade de competências, que designamos por competências não técnicas (CNT) (Buccione *et al.*, 2019).

Segundo *Peltonen et al.* (2020), as equipas que apresentaram melhor desempenho nas CNT também refletiram resultados superiores no desempenho técnico, sendo que a associação mais evidente remeteu para a qualidade das compressões torácicas, análise de ritmo e eficiência na desfibrilhação, todos considerados como fatores fulcrais que interferem no potencial de recuperação.

Foi observado, no estudo de *Armstrong et al.* (2021), que a simulação foi um instrumento de treino eficaz, revelando um aumento estatisticamente significativo não só na gestão do “stress”, como também no desenvolvimento de competências de liderança, gestão dos recursos e consciência da situação, reforçando aspetos fulcrais que podem ter impacto na resolução e prognóstico da situação.

Um dos principais efeitos do treino é o desenvolvimento da confiança no auto desempenho (Cant e Cooper, 2010). Na ressuscitação, a autoeficácia é definida como o julgamento da capacidade percebida para organizar e executar a RCP (Roh *et al.* 2012). Segundo *Riggs, e Saylany* (2019), autoeficácia foi a autoconfiança ou capacidade percebida de uma pessoa para realizar uma tarefa corretamente, com base no conceito

de autoeficácia de Bandura.

No entanto, há relativamente pouca pesquisa sobre o efeito do treino em ressuscitação na autoeficácia dos enfermeiros. Os estudos feitos demonstraram que a autoeficácia foi moderadamente correlacionada com a qualidade do desempenho global dos profissionais de saúde em simulação (Carlo et al., 2009; Gordon et al., 2009; Roh et al., 2011; Maibach et al., 2009).

A Escala de Autoeficácia em Ressuscitação é composta por 17 itens e é um instrumento que fornece dados confiáveis e permite fazer julgamentos válidos sobre a autoeficácia de enfermeiros em tarefas multifacetadas de ressuscitação.

A Self-Efficacy Assessment Scale of Clinical Nurse Leaders de Gilmartin e Nokes avalia a percepção dos enfermeiros sobre a sua capacidade de intervir efetivamente no desempenho das suas funções de liderança clínica (Carvalho e Lucas, 2020, Gilmartin, 2015).

Portanto, é importante avaliar a autoeficácia da ressuscitação para promover a avaliação da prática atual e promover a implementação de intervenções educativas por meio da identificação de áreas de baixos valores característicos a serem alvo de intervenções educativas.

Avaliar a autoeficácia dos enfermeiros ao longo da sua prática é fundamental para a prestação de cuidados e para a gestão de unidades e organizações de saúde, pois melhora o desempenho desses profissionais, aumentando a qualidade e a segurança da assistência de enfermagem e os ganhos em saúde (Carvalho e Lucas 2020).

A escala original de Gilmartin e Nokes (2015) avaliou as percepções dos enfermeiros sobre as suas capacidades para trabalhar efetivamente como um enfermeiro em funções de liderança e demonstrou propriedades de medida promissoras. A escala teve validação psicométrica e tradução para a população portuguesa e foi a primeira validação desta escala fora dos Estados Unidos da América.

Em Portugal, o questionário terminou com 47 itens, em 7 componentes finais.

A versão em português apresenta sensibilidade, confiabilidade e validade fatorial adequadas, podendo ser considerada um instrumento para focar o cuidado centrado no doente e na excelência clínica, permite avaliar a percepção dos enfermeiros no desempenho das habilidades associadas ao seu papel, preenchendo essa lacuna (Catalão 2017).

Atualmente, a American Heart Association (AHA), atualizou a cadeia de sobrevivência, definindo seis elos a nível intra-hospitalar, sendo eles: o Reconhecimento e prevenção precoces; Ativação do serviço médico de emergência; RCP de alta

qualidade; Desfibrilhação; cuidados pós-PCR e por último, o novo elo adicionado, a Recuperação (AHA, 2020). O reconhecimento precoce do doente em risco e a prevenção da PCR constituem os primeiros elos da cadeia de sobrevivência (Lavonas *et al.*, 2020).

A cadeia de sobrevivência sumaria uma sequência de atitudes necessárias para a reanimação com sucesso, o que contribui significativamente para a melhoria de resultados na assistência às vítimas de PCR (INEM 2020). *Catalão e Gaspar* (2017) identificam três fatores preponderantes para a eficácia e sucesso da RCP sendo eles, a identificação precoce, a otimização do tempo de resposta e a realização de desfibrilhação precoce, nos casos para o qual é indicada.

Numa situação identificada de PCR é esperado que o enfermeiro, após confirmar as condições de segurança, execute o que se encontra protocolado de acordo com o algoritmo de SAV, ativando primeiramente a EEMI e desenvolvendo procedimentos por prioridade e articulação. Os procedimentos realizados devem atender à execução do SBV precocemente e com elevada qualidade técnica; realização de monitorização do ritmo cardíaco e reconhecimento precoce do benefício da desfibrilhação, caso seja recomendada; deve ser garantida a permeabilização da via aérea e ventilação, se necessário com utilização de adjuvantes; proceder ao estabelecimento de acesso venoso e administração de medicação de acordo com o protocolo, considerando a identificação e correção, se possível, de causas potencialmente reversíveis (INEM, 2020).

Também *Oliveira et al.* (2022) afirmam que, sendo o enfermeiro o profissional que presta o primeiro socorro ao doente, é importante que tenha conhecimento sobre os procedimentos de emergência e consiga realizar corretamente uma avaliação das prioridades.

Neste cenário, por ser um dos profissionais de extrema importância na linha da frente na PCR, o enfermeiro é aquele que realiza a primeira avaliação e inicia o procedimento, pelo que a sua participação no processo deve ser sistemática, pautada no planeamento, coordenação e organização dos cuidados de reanimação, devendo manter o equilíbrio emocional, o domínio na tecnociência e as atribuições funcionais, e prestar cuidados diretos, sem esquecer que deve exercer autoridade de acordo com a ética e prática profissional após a ressuscitação (*Castanheira et al.*, 2020).

Realizar RCP com sucesso depende do desempenho da equipa na maioria das vezes e, tal como as CT na RCP, o trabalho de equipa eficaz e as competências de liderança precisam de ser treinados (*Greif et al.*, 2020).

A capacidade do profissional, gerir o “stress” durante o procedimento, a harmonia e sincronismo entre a equipa são indispensáveis para a excelência dos

cuidados prestados a nível intra-hospitalar (INEM, 2020).

Num estudo realizado por Rabello *et al.* (2022) os enfermeiros apresentaram algumas dificuldades na identificação dos sinais clínicos de PCR de acordo com as diretrizes da AHA, parte dos profissionais manifestaram breve desconhecimento sobre as atualizações referentes às novas diretrizes da RCP, concluindo que os enfermeiros do estudo também sentiram uma certa dificuldade na identificação das ações no que se refere às intervenções de enfermagem na RCP.

Nos dados trazidos por Lima (2020) e Moura (2019) também se observou que os enfermeiros demonstram, igualmente, insegurança e ansiedade nas situações que exigem a utilização do Desfibrilador Externo Automático, devido ao pouco conhecimento sobre os diferentes tipos de choque e pouco treino sobre a correta utilização do aparelho.

Estudo I

Metodologia

A palavra metodologia deriva do grego, das palavras “meta”, “odos” e “logos”, que significam respetivamente além de, caminho e discurso/estudo. Assim, a metodologia trata-se do estudo e avaliação de caminhos disponíveis e das suas utilizações, contribuindo para a obtenção de conhecimento (Vilelas, 2020).

O presente estudo é quantitativo, transversal descritivo, que pretende perceber as dificuldades dos enfermeiros no serviço de internamento aquando de uma reanimação.

Relativamente às questões de investigação, encontram-se substancialmente relacionadas com o interesse e circunstâncias sociais (Vilelas, 2020).

População e amostra

A população é “o conjunto de pessoas ou elementos a quem se pretende generalizar os resultados e que partilham uma característica comum”. Por sua vez, de acordo com a mesma autora, a amostra consiste no “conjunto de sujeitos de quem se recolherá os dados”, o que implica que esta possua características idênticas da população da qual é extraída (Coutinho, 2021, p. 89).

Neste sentido, a população alvo do presente estudo foi constituída por enfermeiros a exercerem funções na ULSVDL no serviço de internamento médico-cirúrgico adulto. Foi utilizada uma amostragem não probabilística, acidental ou por conveniência, tendo em conta os seguintes critérios:

- i. de inclusão todos os enfermeiros a exercer funções no internamento de adultos;
- ii. de exclusão todos os enfermeiros a exercer funções no internamento pediátrico pelas especificidades próprias da população alvo de cuidados, bem como enfermeiros que não prestassem cuidados em serviços de internamento (e.g. Consulta Externa, Hospitalização Domiciliária).

Materiais e Métodos de colheita de dados

Para Coutinho (2021), o inquérito por questionário é o instrumento mais apropriado quando se pretende inquirir um conjunto de indivíduos sobre uma determinada realidade ou fenómeno social, tendo em vista a caracterização de traços/elementos identificadores de uma população, com o objetivo de se proceder a inferências e a generalizações. O inquérito por questionário é uma técnica de recolha de dados que se situa no âmbito do método de medida ao incorporar “*testes e escalas*

de atitudes e opiniões, que visam aferir um certo tipo de comportamentos, reações, e avaliar a intensidade com que se dá determinada opinião ou atitude”. O recurso ao questionário permite ao investigador obter “dados comparáveis, generalizáveis e passíveis (quando desejável) de análises quantitativas”, quando associado a um método de amostragem (Coutinho, 2021).

Prévio ao início do preenchimento do questionário, é apresentado o documento de Consentimento Livre, Informado e Esclarecido, de forma a respeitar o direito, a liberdade e a dignidade do participante, através de uma pequena descrição acerca do estudo em desenvolvimento, os seus objetivos, o enquadramento, investigadores responsáveis, as condições e financiamento.

O questionário implementado foi constituído por um conjunto de duas partes, com a seguinte designação e sequência:

- Caraterização sociodemográfica constituída por 10 questões relacionadas com as variáveis sociodemográficas, nomeadamente: idade, sexo, grau académico, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional no serviço atual, formação em SBV, tempo decorrido desde a formação SBV, formação em SAV, tempo decorrido desde a formação SAV, serviço onde exerce funções;
- Questionário da Escala da Perceção das Dificuldades na Assistência à PCR Intra-hospitalar aos enfermeiros de internamento constituída por 33 questões, cada uma das quais configurada com respostas tipo ‘Likert’, de acordo com a validação para Portugal em 2017 (Catalão e Gaspar, 2017) (conforme apêndice n.º 1).

Neste projeto, foi utilizada a EPDAPI validada para português por *Catalão e Gaspar*, em 2017, tendo como variável dependente as “Dificuldades Sentidas na PCR intra-hospitalar”.

A mesma é constituída por 33 itens pontuáveis numa escala de discordância/concordância tipo ‘Likert’ que varia de 1 a 5, em que 1 corresponde a “nunca”, 2 a “raramente”, 3 a “ocasionalmente”, 4 a “frequentemente” e 5 a “muito frequentemente”. Pontuações mais elevadas conotam-se com frequências mais elevadas, logo menor dificuldade.

Os 33 itens permitem agrupar as respostas em cinco fatores: Atuação em RCP; Competência para a tomada de decisão em RCP; Resposta em tempo útil à PCR; Deteção, alerta e resposta à PCR e Ativação da ajuda diferenciada à PCR.

O instrumento foi validado para a população portuguesa por *Catalão e Gaspar* (2017), tendo obtido um valor de consistência interna de $\alpha=0,927$ para o total da escala.

Procedimentos éticos e formais

O presente estudo sustentou-se no Princípio da Universalidade, Princípio da Beneficência, Princípio da Não-Maleficência, Princípio da Autonomia, Princípio da Justiça e Equidade regentes no Código Deontológico de Enfermagem (lei n.º 8/2024, publicada no DR n.º 14/2024, Série I de 2024-01-19).

Segundo *Nunes* (2020) os participantes de um estudo têm o direito: a não receber dano, prevendo potencial prejuízo; ao conhecimento pleno e informação completa acerca do estudo; da autodeterminação, relacionada com o Princípio da Autonomia; à intimidade e, por fim, direito à confidencialidade e anonimato. Neste seguimento, foram considerados todos os direitos mencionados e cumpridos os pressupostos éticos em todas as etapas do estudo, mantendo a preocupação com a qualidade ética do trabalho bem como, com o respeito pelos princípios e valores.

Em segunda instância, foi solicitado pedido de autorização à Comissão de Ética, da ULSVDL, com identificação do estudo, os seus objetivos, procedimentos e métodos a utilizar, os dados da autora do estudo, para eventuais esclarecimentos de dúvidas; com garantia de confidencialidade dos dados colhidos, bem como o sigilo no seu tratamento, com noção do tempo previsto de duração do estudo e prazos de conservação de dados. Foi emitido o parecer positivo a 19/07/2024, tendo sido autorizada a realização do estudo pelo Conselho de Administração hospitalar a 07/08/2024, com número de parecer n.º 04/19/07/2024 (conforme anexo n.º 5).

A participação no questionário foi anónima e voluntária, podendo os participantes abandonar o estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Em nenhum momento do estudo os participantes foram identificados e/ou identificáveis. De forma a garantir o respeito pelos princípios éticos, cada participante deu o seu consentimento informado através do preenchimento de uma secção no início do questionário que continha informações acerca do estudo em desenvolvimento, dos seus objetivos, enquadramento, investigadora responsável, condições e financiamento. Não existiram conflitos de interesse, nem quaisquer custos para os participantes na investigação.

Tratamento e análise de dados

A recolha de dados foi realizada entre os meses de agosto e dezembro de 2024.

Os dados obtidos foram utilizados para elaborar uma base de dados no programa informático *Statistical Package for the Social Science*® (SPSS®), versão 28, que foi posteriormente submetida a tratamento estatístico descritivo e inferencial.

No caso da categorização sociodemográfica analisámos 10 variáveis: idade, sexo, grau académico, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional

no serviço atual, formação em SBV, tempo decorrido desde a formação SBV, formação em SAV, tempo decorrido desde a formação SAV, serviço onde exerce funções. A análise é apresentada pela frequência absoluta (n) e relativa (%).

Na análise descritiva da EPDAPI apresentamos 33 questões com 5 possibilidades de escolha recorrendo a frequências absolutas (n), medidas de tendência central - média (M) - e medidas de dispersão ou variabilidade - desvio padrão (DP).

Resultados

Características sociodemográficas da amostra

Foram respondidos positivamente 74 questionários no período em estudo, o que não sendo um número significativo da população em estudo, parece-nos que poderá ser indicativo da realidade da unidade.

Da amostra, 55 enfermeiros (74.3%) situam-se na faixa etária entre os 30 e os 49 anos e verificou-se que 61 enfermeiros pertencem ao sexo feminino e 13 do sexo masculino.

A média do tempo de experiência profissional foi de 18.93 anos, onde de entre os inquiridos, o período mínimo registado foi de 5 anos, e o período máximo foi de 35 anos.

Verificámos que a média de tempo de exercício profissional no serviço atual é de 10.22 anos, e de entre os inquiridos, o período mínimo descrito foi de 0 anos, e o período máximo foi de 27 anos.

Relativamente ao grau académico, 49 (66.2%) dos inquiridos são detentores da licenciatura, enquanto 23 (31.1%) possuem título de mestre e 2 (2.7%) mencionam ter outro grau académico não especificando, não tendo obtido respostas para doutorados.

Na distribuição da amostra relativamente ao local onde exercem funções verificou-se que a maior percentagem de questionários preenchidos ocorreu no serviço de Cirurgia e Ortopedia (ambos com 16.7%), seguido pelo serviço de Medicina (13,9%) e Neurocirurgia (12.5%). O serviço com menor adesão ao preenchimento dos questionários foi o Serviço de Medicina Intensiva (1.4%).

Quando questionados acerca da formação de SBV, 69 responderam ser detentores de formação representando 93.2%, com uma média de tempo decorrido desde a última formação de SBV de 2.78 anos (máximo de tempo descrito desde a formação de 16 anos e o mínimo de 0 anos), e apenas 5 (6.8%) mencionam não ter formação de SBV.

Já, no que diz respeito à formação de SAV, 42 dos enfermeiros em estudo mencionaram não ter a formação representando (56.8 %) em detrimento de 32 que

mencionam possuir formação com a média de tempo decorrido desde a última formação de 4.71 anos (máximo de tempo descrito desde a formação de 18 anos e o mínimo de 0 anos). A tabela 1 sumariza a caracterização sociodemográfica da amostra.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável sociodemográfica		n; Média ± SD	%
Idade	Inferior a 30 anos	n=74 2	2.7
	Entre 30 a 39 anos	27	36.5
	Entre 40 e 49 anos	28	37.8
	50 ou mais anos	17	23.0
Sexo	Masculino	n=74 13	17.6
	Feminino	61	82.4
Grau Acadêmico	Licenciatura	n=74 49	66.2
	Mestrado	23	31.1
	Outro	2	2.7
Tempo exercício profissional		18.93 ± 8.035 Mínimo 5 anos, máximo 35 anos	
Tempo de exercício no serviço		10.22 ± 8.56 Mínimo 0 anos; máximo 27 anos	
SBV	Sim	n=74 69	93.2
	Não	5	6.8
Tempo de SBV	entre 0 e 1 ano	n=69; 2.78 ± 2.89 22	26,8
	mais de 1 até 5 anos inclusive	31	37,6
	mais de 5 anos	16	19,5
SAV	Sim	n=74 32	43.2
	Não	42	56.8
Tempo de SAV	entre 0 e 1 ano	n=32; 4.71 ± 4.47 4	4,9
	mais de 1 até 5 anos inclusive	13	15,9
	mais de 5 anos	16	19,5
Serviço		n=74	
Ortopedia		12	16.7
Cirurgia		12	16.7

Medicina	10	13.9
Neurocirurgia	9	12.5
Obstetrícia	7	9.7
Cardiologia	4	5.6
Pneumologia	4	5.6
Especialidades cirúrgicas	4	5.6
Unidade de AVC	3	4.2
Especialidades Médicas	3	4.2
Hemodiálise	3	4.2
Serviço Medicina Intensiva	1	1.4

Percepção das dificuldades na Reanimação pela aplicação da EPDAPI

Para análise global da EPDAPI, utilizámos a avaliação da escala 'likert', que varia de 1 a 5. Valores próximos de 5 revelam maior frequência, traduzindo-se em menor grau de dificuldade percebida, e valores próximos de 1 revelam menor frequência de prática, traduzindo maior grau de dificuldade percebida.

Na análise da questão “*No seu serviço, um doente em PCR é assistido em menos de 5 minutos com SBV?*” 57 enfermeiros descrevem-no como muito frequente, e 15 como frequente; no que diz respeito à assistência *em menos de 5 minutos com SAV*, os resultados são mais dispersos com 27 (36.5%) a associarem o evento a uma taxa de incidência frequentemente, e 30 (40.5%) a muito frequente.

No que concerne à *monitorização do doente/vítima em 90 segundos* os dados vão de encontro com os anteriores com 30 elementos (40.5%) a referir ser prática frequente e 33 (44.6%) como prática muito frequente.

Quanto à *disponibilidade de equipamento para RCP a menos de 4 minutos do local da PCR* 64 (86.5%) evidenciam como algo que ocorre muito frequentemente. Já 71 (95.9%) manifestam como muito frequente a acessibilidade, *para uso imediato, do carro de emergência*.

No que respeita à frequência de monitorização *dos doentes em risco de PCR* 27% (20 enfermeiros) referem ser prática ocasional, enquanto 29.7% frequente e 32.4% muito frequente.

Podendo ser associado à *existência em número suficiente de equipamento*, 15 enfermeiros (20.3%) mencionou raramente ter quantidade, 13 (17.6%) descrevem ocasionalmente, 18 (24.3%) frequentemente e 23 (31.1%) manifestam que muito frequentemente têm quantidade suficiente.

Já no que diz respeito à *tomada de conhecimento, simultaneamente, de que um evento de PCR está a ocorrer (ex. uso de campainha com alarme sonoro; uso de palavra*

código “Paragem” em projeção de voz) os resultados denotam dispersão menos significativa com 23 (31.1%) a referirem-se como frequentemente e 32 (43.2%) muito frequente.

Relativamente à questão 16, *é sempre o profissional de saúde destacado para a assistência que atende o telefone*, 22 enfermeiros quantificam como frequentemente e 37 como muito frequente.

Na análise do tempo *decorrido desde a solicitação de ajuda diferenciada, até chegada ao local do evento de PCR*, 34 (45.9%) referem que frequentemente ocorre em *menos de 4 minutos*.

Quando questionados sobre o conhecimento *percecionado na ajuda diferenciada* referente às *guidelines de SBV e SAV em vigor* 58 (78.4%) identificam essa competência como muito frequentemente.

Já em relação à frequência da *alocação do doente de PCR, pós PCR em serviço de UCI ou S. Urgência à ajuda diferenciada providencia a instalação do doente/vítima*, os resultados denotam grande variabilidade com 15 (20.3%) a descreverem como ocasionalmente, 27 (36.5%) frequentemente e 25 (33.8%) muito frequentemente.

Quanto à *acessibilidade e disponibilidade do n.º da extensão telefónica da ajuda diferenciada* 61 (82.4%) refere que o mesmo encontra-se muito frequentemente acessível e disponível.

Na análise da dificuldade no manuseio do *Monitor Desfibrilhador com segurança*, 19 (25.7%) dos enfermeiros referem raramente sentir dificuldade, contrastando com 11 (14.9%) que frequentemente reconhecem dificuldade.

Indo de encontro com os dados da questão 28, 39 (52.7%) enfermeiros referem utilizar raramente o *Monitor Desfibrilhador* contrastando com 4 (5.4%) que muito frequentemente usam.

Na percepção das *dúvidas nos algoritmos de SAV*, 36 (48.6%) dos enfermeiros reconhece ocasionalmente sentir dúvidas.

Na área da farmacologia 32 enfermeiros (43.2%) conhece frequentemente os *fármacos de reanimação*, mas 35 (47.3%) raramente os utiliza regularmente.

No que diz respeito ao início de manobras de RCP 19 (25.7%) referem muito frequentemente *terem* iniciado, contrastando com um grupo similar que raramente iniciou podendo esses dados estarem associados ao serviço onde o enfermeiro está alocado com 23 (31.1%) a afirmar que *nos últimos 12 meses*, não iniciaram manobras.

Apuramos que 33 dos enfermeiros que responderam ao questionário (44.6%) referem conhecer *muito frequentemente todos os materiais do carro de emergência*, indo ao encontro dos dados obtidos na questão 35, com 25 (33.8%) a *manusear, frequentemente sem dificuldade, todos os materiais do carro de emergência*.

No reconhecimento *do sistema de assistência à PCR instituído a nível hospitalar (telefonar ao serviço de apoio)* 89.1% dos enfermeiros (66) sabe da sua existência, dos quais 32 (43.2%) *frequentemente* e 34 (45.9%) *muito frequentemente* identificam o sistema.

No que concerne à avaliação clínica do doente (91.9%) 68 *Conhece a Escala de Coma de Glasgow*, 41 (55.4%) afirma *frequentemente conseguir avaliar se a respiração de um doente/vítima está a ser eficaz*.

Ainda na avaliação do doente, 33 (44.6%) avaliam *frequentemente a qualidade do pulso periférico, num doente/vítima não reativo a estímulos externos, com 42 (56.8%) enfermeiros a conseguir frequentemente reconhecer com facilidade um doente/vítima emergente*.

No reconhecimento dos traçados cardíacos emergentes 41.9% (31) reconhece ocasionalmente facilidade na sua identificação.

No que concerne à tomada a Liderança da Situação, se for chamado para ajudar num evento de PCR, num sítio inesperado (ex. elevador, escadas) 26 (35.1%) raramente assumem a posição contrastando com 2 (2.7%) que reconhecem muito frequentemente assumir essa posição.

No que diz respeito as CT e não técnicas, 31 (41.9%) executa ocasionalmente os procedimentos com nervosismo quando colabora na assistência a um doente/ Vítima em PCR contrastando com 1 (1.4%) a negar esse sentimento.

Da amostra obtemos que raramente 12.2% dos enfermeiros *sente-se preparado emocionalmente para atuar em PCR*.

Igualmente 8.1% raramente se sente *preparado tecnicamente para atuar em PCR*, e quando questionados se *confia na sua capacidade e perícia técnica para atuar em doentes/vítimas em PCR com segurança* (6.8%) raramente confia, denotando dificuldades significativas em todos os níveis, tanto técnico como emocional. Os principais resultados estão apresentados na Tabela 2, podendo os resultados completos serem consultados na íntegra no apêndice n.º 2.

Tabela 2 - Principais respostas da aplicação da EPDAPI de Catalão e Gaspar 2017

EPDAPI	n	%
Questão 1 No seu Serviço, um doente em PCR é assistido em menos de 5 minutos com SBV.		
Muito frequentemente	57	77.0
Questão 2 No seu Serviço, um doente em PCR é assistido em menos de 5 minutos com		

SAV.		
Muito frequentemente	30	40.5
Questão 3 No seu Serviço, consegue monitorizar um doente/vítima em 90 segundos.		
Muito frequentemente	33	44.6
Questão 6 No seu Serviço, tem disponível equipamento para RCP a menos de 4 minutos do local da PCR.		
Muito frequentemente	64	86.5
Questão 7 No seu serviço está disponível, para uso imediato, um carro de emergência.		
Muito frequentemente	71	95.9
Questão 9 No seu serviço, todos os doentes em risco de PCR estão monitorizados.		
Muito frequentemente	24	32.4
Questão 13 Em caso de necessidade, existem monitores de sinais vitais em número suficiente, em relação ao número de doentes/vítimas.		
Muito frequentemente	23	31.1
Questão 14 Todos os profissionais tomam conhecimento, simultaneamente, de que um evento de PCR está a ocorrer (ex. uso de campanha com alarme sonoro; uso de palavra código “Paragem” em projeção de voz).		
Muito frequentemente	32	43.2
Questão 16 Quando solicita a ajuda diferenciada, para o serviço de apoio referenciado (ex. Urgência), é sempre o profissional de saúde destacado para a assistência que atende o telefone.		
Muito frequentemente	37	50.0
Questão 18 Depois de solicitada a ajuda diferenciada, esta chega ao local do evento de PCR, em menos de 4 minutos.		
Frequentemente	34	45.9
Questão 19 A ajuda diferenciada está familiarizada com as guidelines do SBV e do SAV em vigor.		
Muito frequentemente	58	78.4
Questão 21 A ajuda diferenciada providencia a instalação do doente/vítima de PCR, após		

RCP, em serviço de UCI ou Urgência.		
Frequentemente	27	36.5
Questão 25 O n.º da extensão telefónica para a qual devem ligar para solicitar a ajuda diferenciada está disponível e rapidamente acessível.		
Muito frequentemente	61	82.4
Questão 26 Para solicitar a ajuda diferenciada, existe apenas um n.º de extensão telefónica, em linha direta e única, para o efeito.		
Muito frequentemente	63	85.1
Questão 27 Tem dificuldades em manusear o Monitor Desfibrilhador com segurança.		
Ocasionalmente	33	44.6
Questão 28 Habitualmente utiliza o Monitor Desfibrilhador.		
Raramente	39	52.7
Questão 30 Em RCP, não tem dúvidas nos algoritmos de SAV.		
Ocasionalmente	36	48.6
Questão 31 Conhece os fármacos de reanimação.		
Frequentemente	32	43.2
Questão 32 Utiliza regularmente os fármacos de reanimação.		
Raramente	35	47.3
Questão 33 Nos últimos 12 meses, iniciou manobras de RCP, em pelo menos um doente.		
Nunca	23	31.1
Questão 34 Conhece todos os materiais do carro de emergência.		
Muito frequentemente	33	44.6
Questão 35 Manuseia, sem dificuldade, todos os materiais do carro de emergência.		
Ocasionalmente	29	39.2
Questão 36 Conhece o sistema de assistência à PCR instituído a nível hospitalar (telefonar ao serviço de apoio)		
Muito frequentemente	34	45.9
Questão 37		

Conhece a Escala de Coma de Glasgow.		
Muito frequentemente	68	91.9
Questão 39 Consegue perceber sempre se a respiração de um doente/vítima está a ser eficaz.		
Frequentemente	41	55.4
Questão 40 Avalia sempre a qualidade do pulso periférico, num doente/vítima não reativo a estímulos externos.		
Frequentemente	33	44.6
Questão 41 Reconhece com facilidade um doente/vítima emergente.		
Frequentemente	42	56.8
Questão 42 Ao monitorizar o doente/vítima, reconhece com facilidade os traçados cardíacos emergentes.		
Ocasionalmente	31	41.9
Questão 43 Num sítio inesperado (ex. elevador, escadas), se for chamado para ajudar num evento de PCR, normalmente toma a Liderança da Situação.		
Raramente	26	35.1
Ocasionalmente	26	35.1
Questão 45 Quando colabora na assistência a um doente/ Vítima em PCR executa os procedimentos com nervosismo.		
Ocasionalmente	31	41.9
Questão 47 Sente-se preparado emocionalmente para atuar em PCR.		
Frequentemente	30	40.5
Questão 48 Sente-se preparado tecnicamente para atuar em PCR.		
Frequentemente	45	60.8
Questão 49 Confia na sua capacidade e perícia técnica para atuar em doentes/vítimas em PCR com segurança.		
Frequentemente	41	55.4

A Percepção de Dificuldades na Assistência à PCR Intra-Hospitalar em função das variáveis sociodemográficas

No tratamento estatístico dos dados obtidos recorreremos à estatística descritiva como medidas de tendência central e de dispersão e às frequências relativas e absolutas para sistematizar a informação recolhida sobre o fenómeno em estudo.

Para análise inferencial optou-se pela utilização de testes estatísticos não paramétricos, pelo reduzido tamanho da amostra ($n=74$) e, por se verificar uma distribuição não normal das variáveis (obtido pelo valor do teste de Normalidade de Shapiro-Wilks). Segundo Marôco (2007), estes não necessitam do conhecimento prévio da distribuição das variáveis em estudo (distribuição normal).

Assim, quanto à estatística não paramétrica utilizou-se o teste de *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*, recorrendo ao coeficiente de correlação de *Spearman*. O Teste de U-Mann Whitney para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais; e o Teste de *Kruskal-Wallis* pela capacidade de comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si (Pestana e Gageiro, 2014).

A interpretação do p -valor é fundamental para a análise estatística. Comumente, um valor $p < 0.05$ é considerado estatisticamente significativo, o que implica que há menos de 5% de hipóteses de que os resultados observados tenham ocorrido por acaso. No entanto, essa interpretação pode variar dependendo do contexto da pesquisa e do nível de significância previamente estabelecido. É importante ressaltar que o valor de p não fornece uma medida da magnitude do efeito ou da importância prática dos resultados, mas sim da evidência contra a hipótese nula.

Na presente análise estatística utilizámos os seguintes valores de significância:

- > 0.05 diferença estatística Não significativa
- 0.01 a 0.05 diferença estatística Significativa*
- 0.001 a 0.01 diferença estatística Muito significativa**
- < 0.001 diferença estatística Extremamente significativa***

A apresentação dos resultados efetuou-se com recurso a tabelas, onde se apresentam os dados mais relevantes.

Correlação de Spearman

Para verificar se existe, de facto, uma relação entre as diversas características de uma população, podem utilizar-se diversos instrumentos estatísticos, especificamente coeficientes de correlação, sendo que a correlação não testa hipóteses.

O coeficiente de correlação de Spearman, r_s é utilizado para medir a intensidade da relação entre variáveis quantitativas (Pestana e Gageiro, 2014). Este coeficiente exprime-se com valores entre -1 e 1, sendo que quanto mais próximo dos valores extremos, maior a associação entre as variáveis. Assim, um valor negativo assinala que a variação ocorre em sentidos opostos, enquanto um valor positivo significa que variam no mesmo sentido (Pestana e Gageiro, 2014). Se o valor desta correlação igualar o zero, significa que não existe associação entre as variáveis.

Fator		Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	EPDAPI total
	Média	2.8818	4.0568	4.5892	4.0383	4.5101	4.0152
	DP	0.45981	0.49187	0.40122	0.60600	0.53064	0.34491
Variáveis sociodemográficas		r_s p					
Idade	2.810	0.082	0.238	0.426	0.340	0.097	0.275*
	0.822	0.488	0.041	<0.001	0.003	0.412	0.018
Grau académico	1.390	-0.084	0.127	0.097	0.006	0.227	0.029
	0.063	0.476	0.280	0.411	0.962	0.052	0.808
Tempo exercício profissional	17.47	0.005	0.161	0.372	0.315	0.148	0.120
	8.434	0.968	0.171	0.001	0.006	0.207	0.307
Tempo exercício no serviço atual	4.230	-0.216	-0.278	0.111	0.048	0.055	-0.169
	1.245	0.064	0.017	0.348	0.684	0.643	0.149
Formação SAV	1.550	-0.087	-0.373	-0.367	-0.066	-0.056	-0.253*
	0.500	0.462	0.001	0.001	0.577	0.635	0.030
Serviço	5.540	0.218	0.106	0.205	0.259	-0.075	0.194
	3.300	0.066	0.376	0.084	0.028	0.533	0.102

Tabela 3 - Análise correlacional através da correlação de Spearman

Legenda: Fator 1 - *Atuação em RCP*; Fator 2 - *Competência para a Tomada de Decisão em RCP*; Fator 3 - *Resposta em Tempo Útil à PCR*; Fator 4 - *Deteção, Alerta e Resposta à PCR*; Fator 5 - *Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR*

A correlação de Spearman permitiu observar que a Idade se correlaciona positivamente com três fatores da escala, *Competência para a Tomada de Decisão em RCP* (r_s 0.238; $p= 0.041$), *Resposta em Tempo Útil à PCR* (r_s 0.426; $p< 0.001$) e a *Deteção, Alerta e Resposta à PCR* (r_s 0.340; $p= 0.003$).

O grau académico influencia positivamente os resultados da “*Ativação da Ajuda*

Diferenciada à PCR” (rS 0.227; $p=$ 0.052), não obstante a correlação ser muito fraca, indica que à medida que aumenta o grau académico, diminuem as dificuldades de “*Ativação de ajuda diferenciada à PCR*”.

No que diz respeito à experiência profissional observa-se correlação com o fator *Resposta em Tempo Útil à PCR* (rS 0.372; $p=$ 0.001) e *Deteção, Alerta e Resposta à PCR* (rS 0.315; $p=$ 0.006); constatando que o tempo de exercício profissional no serviço atual influencia a *Competência para a Tomada de Decisão em RCP* com (rS -0.278; $p=$ 0.017).

Verificou-se que existem diferenças significativas em relação à formação de SAV e o fator 2, *Competência para a Tomada de Decisão em RCP* (rS -0.373; $p=$ 0.001) e o fator 3, *Resposta em Tempo Útil à PCR*, (rS -0.367; $p=$ 0.001) atingindo valores estatísticos significativamente muito fortes.

No que diz respeito à influência do serviço nos resultados da escala, este apenas se constata na *Deteção, Alerta e Resposta à PCR* com (rS 0.259; $p=$ 0.028).

Análise Inferencial

Analisando a EPDAPI por fatores, pela utilização do teste não paramétrico U-Mann-Whitney, nas variáveis dicotómicas: Sexo, Formação SBV e Formação SAV de forma a avaliar diferenças na população. E pela análise da EPDAPI por fatores, pela utilização do teste Kruskal-Wallis (H), com as variáveis não dicotómicas tais como: idade, grau académico, tempo exercício no serviço atual, SAV, tempo decorrido desde última formação SAV e serviço.

Os resultados estão passíveis de consulta na integra no anexo n.º 6, sendo apresentados os principais resultados na Tabela 4.

Tabela 4 - Análise inferencial pela aplicação teste não paramétrico

Fator		Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	EPDAPI total
Média		2.88	4.06	4.59	4.04	4.51	4.02
DP		0.46	0.49	0.40	0.61	0.53	0.34
Variáveis sociodemográficas	Média	Z					
	DP	p					
Idade	2.81	2.307	4.515	13.660	8.433	1.096	0.350**
	0.82	0.511	0.211	0.003	0.038	0.778	0.002
Grau académico	1.39	1.328	4.287	10.975	0.732	5.646	0.110
	0.06	0.515	0.117	0.445	0.694	0.059	0.349
Tempo exercício no serviço atual	4.23	5.270	10.100	1.878	4.827	2.204	-0.113
	1.25	0.261	0.039	0.758	0.306	0.698	0.336

Formação SAV	1.55	608,5	384.0	395.00	625.0	633.5	-0.265*
	0.50	0.458	0.001	0.002	0.574	0.632	0.022
Tempo SAV	2.36	3.465	9.740	3.151	4.705	2.687	-0.161
	0.70	0.177	0.008	0.207	0.095	0.261	0.372
Serviço	5.54	29.134	10.065	3.507	16,556	12.489	0.203
	3.73	0.002	0.525	0.173	0.122	0.328	0.087
Z: resultado do teste não paramétrico: (U-Mann-Whitney(U); Kruskal-Wallis(H))							

Legenda: Fator 1 - *Atuação em RCP*; Fator 2 - *Competência para a Tomada de Decisão em RCP*; Fator 3 - *Resposta em Tempo Útil à PCR*; Fator 4 - *Deteção, Alerta e Resposta à PCR*; Fator 5 - *Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR*

Observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($U\ 384.0$; $p=0.001$) entre os participantes que detêm a Formação SAV no que diz respeito à *Competência para a Tomada de Decisão em RCP* e na *Resposta em Tempo Útil à PCR* com ($U\ 395.00$; $p=0.002$).

Existem diferenças estatisticamente significativas ($H\ 10.100$; $p=0.039$) na *Competência para a Tomada de Decisão em RCP* quando aumenta o *tempo de exercício profissional no serviço atual*; verificando se igualmente diferenças no tempo desde última formação em SAV ($H\ 9.740$; $p=0.008$).

No que diz respeito à idade existem diferenças estatisticamente significativas na *Resposta em Tempo Útil à PCR* ($H\ 13.660$; $p=0.003$), e na *Deteção, Alerta e Resposta à PCR* com ($H\ 8.433$; $p=0.038$) com necessidade de análise estatística por faixa etária pelo teste de U de Mann-Whitney. Pela necessidade de análise aprofundada das variáveis por fator apresentamos os principais resultados da análise inferencial na Tabela 5.

Tabela 5 –Análise diferencial pela utilização do teste não paramétrico

Fator		Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5
Média		2.88	4.06	4.59	4.04	4.51
DP		0.46	0.49	0.40	0.61	0.53
Variáveis sociodemográficas	Média DP	z p				
Formação SAV	1.55 0.50		384.0 0.001	395.0 0.002		
Serviço	5.54 3.73	29.134 0.002				
	Média; DP	Fator 1				
Ortopedia	2.56; 0.29	Ortopedia / Neurocirurgia (U 15.0; p 0.005)				
Cirurgia	2.84; 0.38	Ortopedia / Cardiologia (U 1.50; p 0.006)				
Medicina	3.00; 0.52	Ortopedia / HD (U 1.00; p 0.013)				
Neurocirurgia	3.09; 0.41	Ortopedia / Especialidades cirúrgicas (U 5.500; p 0.023)				
		Ortopedia / Medicina (U 29.500; p 0.042)				
		Pneumologia / Neurocirurgia (U 2.000; p 0.012)				

Obstetrícia	2.50; 0.25								Pneumologia / Especialidades cirúrgicas (U 0.000; p 0.019)
Cardiologia	3.31; 0.33								Pneumologia/ Cardiologia (U 0.000; p 0.020)
Pneumologia	2.40; 0.15								Pneumologia/ Cirurgia (U 6.000; p 0.027)
Especialidades Cirúrgicas	3.12; 0.53								Pneumologia / Especialidades medicas (U 0.000; p 0.031)
Unidade AVC	3.04; 0.52								Pneumologia/ HD (U 0.000; p 0.032)
Especialidades médicas	2.87;0.21								Pneumologia / UAVC (U 0.500; p 0.048)
Hemodiálise	3.33; 0.31								Obstetrícia / Neurocirurgia (U 8.000; p 0.011)
Serviço Med. Intensiva	3.62								Obstetrícia/ Cardiologia (U 1.000; p 0.013)
									Obstetrícia / HD (U 0.500; p 0.021)
									Obstetrícia/ Especialidades cirúrgicas (U 2.000; p 0.022)
									Obstetrícia/ Cirurgia (U 18.000; p 0.039)
									Obstetrícia/ Especialidades médicas (U 2.000; p 0.049)
Grau acadêmico	1.39 0.06								
	Fator 5	Licenciatura/ mestrado (U 379.000; p 0.022)							
Idade	2.81 0.82					13.660 0.003	8.433 0.038		
	Fator 3	30 a 39 anos / 50 ou mais (U 92.50, p <.001) 30 a 39 anos/ 40 a 49 (U 227,500; p 0,010)							
	Fator 4	30 a 39 anos / 50 ou mais (U 115,000; p 0,006)							
Tempo exercício no serviço atual	4.23 1.24					10.100 0.039			
	Fator 2	1 a 2 anos / 2 a 3 anos (U 6.000; p 0.014) 1 a 2 anos / 4 a 5 anos (U 8.000; p 0.012) 1 a 2 anos / mais de 5anos (U 120.500; p 0.004)							
Tempo SAV	2.63 0.70					9.740 0.008			
	Fator 3	entre 0 e 1 ano / mais de 1 até 5 (U 6.000; p 0.022) mais de 1 até 5 anos / mais de 5anos (U 43.500; p 0.005)							

Legenda: Fator 1 - *Atuação em RCP*; Fator 2 - *Competência para a Tomada de Decisão em RCP*; Fator 3 - *Resposta em Tempo Útil à PCR*; Fator 4 - *Deteção, Alerta e Resposta à PCR*; Fator 5 - *Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR*

Denota-se diferença estatisticamente baixa ($H 5.646$; $p= 0.059$) inferindo o grau acadêmico na *Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR*, apesar de não ser significativo mereceu a nossa análise pela aproximação do valor de significância, tendo procedido à aplicação do teste U de Mann-Whitney para melhor aferição constatando maior dificuldade na ativação pelo enfermeiro detentor de licenciatura comparado com o mestre, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($U 379.000$; $p= 0.022$).

Constatamos que existem diferenças estatisticamente significativas no serviço onde ocorre a *Atuação em RCP* ($H 29.134$; $p= 0.002$). Com necessidade de análise diferencial por serviços recorrendo ao teste de U de Mann-Whitney, tendo-se registado diferenças estatisticamente significativas em vários serviços, das quais destaco: o serviço onde se percebe maior dificuldade é o de Ortopedia, em paralelo com o de

Neurocirurgia, (U 15.0; $p=$ 0.005) e apresenta menor diferença com o serviço de Medicina (U 29.500; $p=$ 0.042); verificando-se também maior dificuldade no serviço de Pneumologia em comparação ao de Neurocirurgia (U 2.000; $p=$ 0.012) sendo essa dificuldade menos sentida na UAVC (U 0.500; $p=$ 0.048); analisando também o serviço de Obstetrícia, este apresenta mais dificuldade em detrimento do serviço de Neurocirurgia (U 8.000; $p=$ 0.011) aproximando-se do serviço de Especialidades médicas (U 2.000; $p=$ 0.049) .

Analisando a *Resposta em Tempo Útil à PCR* denota-se maior dificuldade na faixa etária dos 30 aos 39 anos em detrimento dos enfermeiros com 50 anos ou mais (U 92.50; $p=$ 0.001), não sendo tão marcante, mas igualmente presente comparando com a faixa etária dos 40 aos 49 anos (U 227.500; $p=$ 0.010).

No que concerne à *Competência para a Tomada de Decisão em RCP* denota-se maior dificuldade nos enfermeiros com 1 a 2 anos de experiência profissional no serviço (U 120.500; $p=$ 0.004), em contraste com os enfermeiros com mais de 5 anos de experiência no serviço.

Também no que diz respeito à *Competência para a Tomada de Decisão em RCP*, observa-se mais dificuldade nos enfermeiros que obtiveram formação em SAV há mais de 5 anos (U 43.500; $p=$ 0.005) em detrimento daqueles que realizaram formação no espaço temporal de 1 até 5 anos.

Discussão de resultados do estudo 1

Relativamente à idade dos sujeitos inquiridos, dos 74 resultados, a maioria (55) concentra-se entre os 30 e os 49 anos representando 74.3% da nossa amostra; sendo a faixa de idades inferior a 30 anos com menor representação (2.7%) e a maior representação entre os 40 e os 49 anos (37.8%), o que espelha o panorama nacional, com a existência mais expressiva de enfermeiros na faixa etária entre os 31 e 40 anos (OE,2022).

No que concerne ao género da amostra verificou-se, que dos 74 casos em estudo, 61 pertencem ao sexo feminino o que equivale a 82.4% da amostra e corrobora a tendência nacional de existência, a um nível superior, de mais enfermeiros do sexo feminino. De acordo com o Anuário Estatístico da OE (OE, 2022) existe, a nível nacional, um total de 81799 enfermeiros, sendo 67 499 (83 %) do sexo feminino e 14 300 (17 %) do sexo masculino, demonstrando uma expressividade na existência de um número muito mais acentuado de enfermeiros do sexo feminino na profissão.

A média do tempo de experiência profissional foi de 18.93 anos, sendo o período mínimo registado de 5 anos e o máximo foi de 35 anos. Estes enfermeiros, segundo

Benner (2005) enquadram-se na classificação de peritos e caracterizam-se por apresentarem uma capacidade de compreensão de situações de forma intuitiva, apreendendo os problemas sem se perder nos diagnósticos e soluções para cada situação (Benner, 2005).

Benner (2001) afirma que, “saber” e “saber fazer” constituem dois tipos diferentes de conhecimento. O desenvolvimento do conhecimento numa disciplina consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), graças a estudos fundados sobre a teoria. É a prática com base em referenciais teóricos e metodológicos que lhe confere visibilidade científica (Merino *et al.*, 2018).

Deste modo, Benner desenvolveu uma investigação assente na observação da prática clínica de enfermeiros e classificou-os em cinco categorias que traduzem o nível de competência para a prestação de cuidados: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001).

- i. Principiante – não tem experiência, pelo que precisa de uma descrição das situações objetivas, regras e normas para orientar o seu desempenho na aquisição de competências. Estas regras impõem um comportamento extremamente limitado e rígido. Age independentemente do contexto.
- ii. Principiante avançado – Conseguir demonstrar um desempenho aceitável, uma vez que já vivenciou algumas situações em número suficiente para identificar os aspetos subjetivos semelhantes, ou seja, reconhece o contexto das experiências que já vivenciou. Nesta fase o enfermeiro sente-se responsável pela gestão de cuidados, mas ainda faz uma leitura parcelar do contexto e facilmente descarta os pormenores. Tem dificuldade em estabelecer prioridades.
- iii. Competente – Desenvolve as suas intervenções de forma estruturada e de acordo com os objetivos que pretende atingir. Planeia as intervenções fazendo uma análise consciente e intencional do contexto. Gere o tempo e a organização de tarefas em função das necessidades dos doentes. Determina algumas prioridades. No entanto, ainda não desenvolveu flexibilidade e capacidade de decisão e reação que certas situações implicam pelo seu nível de complexidade.
- iv. Proficiente – Pela sua experiência prévia tem capacidade de perceber a situação globalmente e não de forma fragmentada. Esta compreensão melhora o processo de decisão. Conseguir estabelecer prioridades e implementar respostas de acordo com a evolução da situação e de um certo domínio intuitivo do contexto, que se baseia na experiência anterior. Demonstra confiança e tem um maior envolvimento com o doente e família. No entanto, perante uma situação nova ou mais complexa nem sempre tem capacidade de adaptação.
- v. Perito – A perícia desenvolve-se ao longo do tempo e é uma prática intuitiva em

vez de uma prática racional, que só se desenvolve quando os conceitos teóricos se incorporam através do conhecimento prático pela experiência em situações reais. O perito “tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p.58). Constituem a perícia em enfermagem o domínio clínico, a prática baseada na investigação e o ‘know-how’ que permite uma visão global e capacidade de antecipação (Nunes, 2010).

Este facto apresenta uma elevada importância nas situações de PCR, uma vez que o reconhecimento precoce e o tempo de assistência a uma vítima de PCR, determina um aumento na taxa de sobrevivência do doente (Catalão e Gaspar, 2017).

Dos 74 enfermeiros da amostra, verificou-se, que a média de tempo de exercício profissional no serviço atual é de 10.22 anos, sendo que o valor mínimo descrito foi de 0 anos e o máximo de 27 anos.

A respeito do grau académico 49 (66.2%) dos inquiridos mencionam ser detentores da licenciatura, enquanto 23 (31.1%) são detentores do mestrado e uma pequena amostra (2.7%) mencionou ter pós-licenciatura. Esta informação aparenta ter influência na *Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR*, constatando-se maior dificuldade nos enfermeiros com licenciatura.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 65/2018 no artigo 15.º do capítulo III pode ler-se que o grau de Mestre é conferido numa especialidade, e que o título de Mestre é atribuível a quem demonstre:

- a) possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i. sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii. permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada, ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma

clara e sem ambiguidades;

- e) competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. (Decreto-lei n. °65/2018, p. 4162).

Em relação à formação de SBV, 69 (93.2%) dos enfermeiros responderam ser detentores de formação, com a média de tempo decorrido desde a última formação de SBV de 2.78 anos, com o tempo máximo registado de 16 anos e o mínimo de 0 anos; apenas 5 (6.8%) mencionam não ter formação de SBV.

No estudo realizado por Catalão e Gaspar (2017), a não existência de formação em SBV demonstrou uma maior dificuldade na atuação e na competência para a tomada de decisão em RCP.

No que diz respeito a formação de SAV, 42 (56.8 %) dos enfermeiros em estudo mencionaram não ter a formação, em detrimento de 32 que mencionam possuir formação, com a média de tempo decorrido desde a última formação de 4.71 anos, tendo sido descrito como tempo máximo desde a formação de 18 anos e o mínimo de 0 anos.

Os cursos de SBV e SAV são obrigatórios e recomendados, com nível de evidência A, a nível da formação dos profissionais de saúde, por entidades como AHA e INEM (AHA, 2020; INEM, 2020d).

Relativamente a EPDAPI destacamos as questões 1, 6 e 7 que denotam eficácia da resposta em tempo útil, como se constata na questão 1 “No seu Serviço, um doente em PCR é assistido em menos de 5 minutos com SBV” com $M= 4.73$, $DP= 0.56$; ou na questão 6 “No seu Serviço, tem disponível equipamento para RCP a menos de 4 minutos do local da PCR” com $M= 4.84$, $DP= 0.47$.

Fica, igualmente, espelhado o conhecimento do número de ativação da ajuda na questão 25 “O número da extensão telefónica para a qual devem ligar para solicitar a ajuda diferenciada está disponível e rapidamente acessível”, na qual é possível observar um nível de respostas muito próximo de 5, com $M= 4.81$, $DP= 0.43$, bem como a questão 7 “No seu serviço está disponível, para uso imediato, um carro de emergência” com $M= 4.93$, $DP= 0.38$, que se aproxima do valor obtido na questão 37 *Conhece a Escala de Coma de Glasgow* que obteve $M= 4.91$, $DP= 0,39$, denotando familiaridade com a escala.

Por sua vez, os valores abaixo de 3 observados remetem-se às questões 27, 28, 30, 32, 33 e 43 que dizem respeito a aspetos afetos à utilização de equipamentos, conhecimento acerca dos fármacos, guidelines e procedimentos em reanimação, reflete uma resposta muito próximo de “ocasionalmente” tombando a questão para o número de eventos de PCR/instabilidade hemodinâmica com

necessidade de RCP refletidos nos valores obtidos pela questão 33 “*Nos últimos 12 meses, iniciou manobras de RCP, em pelo menos um doente*” com $M= 2.69$, $DP= 1.59$; e a questão 32 “*Utiliza regularmente os fármacos de reanimação*” com $M= 2.74$, $DP= 0.91$.

Destaco a questão 28 “*Habitualmente utiliza o Monitor Desfibrilhador*” com o valor mais baixo ($M= 2.54$, $DP= 0.95$), podendo isso conduzir a uma maior dificuldade aquando do acontecimento denotado pelo valor obtido na questão 27 “*Tem dificuldades em manusear o Monitor Desfibrilhador com segurança*” com $M= 2.76$, $DP= 0.98$, que por sua vez, se reflete na atuação em RCP pela resposta 43 “*Num sítio inesperado (ex. elevador, escadas), se for chamado para ajudar num evento de PCR, normalmente toma a Liderança da Situação.*” com $M= 2.73$, $DP= 0.95$ e pela questão 30 “*Em RCP, não tem dúvidas nos algoritmos de SAV*” com valor $M= 2.85$, $DP= 0.97$.

Da análise das respostas obtidas por fator conseguimos direcionar o valor mais baixo da média ponderada ao fator “*Atuação em RCP*” ($M=2.89$; $DP=0.46$); assumindo-se como o fator que apresenta menor frequência, conduzindo a uma maior dificuldade; e o valor mais alto ao fator “*Resposta em Tempo Útil à PCR*” ($M= 4.5$; $DP= 0.39$) como sendo o fator com maior frequência, logo menor dificuldade; seguindo-se o fator “*Competência para a Tomada de Decisão em RCP*” ($M= 4.09$; $DP= 0.47$).

Os valores representativos da média mais próximos de 4 correspondem a uma maior frequência por parte da equipa em relação à questão colocada, podendo isso apresentar uma menor dificuldade percecionada na atuação, mas analisando pormenorizadamente os resultados, estes constataam um maior nível de dificuldade percecionada pelo enfermeiro na atuação propriamente dita durante a PCR.

Tecendo um olhar mais atento por fatores, o fator 1 reporta à Atuação em RCP, porque os itens nele contido, referem-se à utilização de equipamentos, conhecimento sustentado dos fármacos, guidelines e procedimentos em Reanimação.

O INEM refere a existência de cerca de um a cinco casos de PCR em ambiente intra-hospitalar por 1000 internamentos, já a AHA, refere que cerca de 1.2% dos adultos hospitalizados sofrem PCR. Ambos os autores remetem para a importância do trabalho do enfermeiro, como sendo um elemento fulcral na RCP, sendo muitas vezes o elemento que identifica a situação (AHA, 2020; INEM, 2020).

Na análise da questão 27 “*Tem dificuldades em manusear o Monitor Desfibrilhador com segurança*” com $M= 2.76$, $DP= 0.98$ e questão 28 “*Habitualmente utiliza o Monitor Desfibrilhador*” (com o valor mais baixo do estudo) com $M= 2.54$, $DP= 0.95$, podemos perceber que é fundamental capacitar os enfermeiros de competências técnicas na manipulação destes equipamentos.

As estratégias de formação são reconhecidas como sendo determinantes para o

aumento de perícia e utilização de equipamentos de emergência, interferindo diretamente na qualidade da RCP (Catalão e Gaspar, 2017).

O algoritmo de SAV transmite uma visão geral e esquemática das intervenções-chave e é aplicável a todas as situações de PCR (Soar *et al.*, 2021). Esta metodologia tem sido sustentada ao longo dos anos como tendo um impacto positivo no retorno à circulação espontânea de vítimas em PCR (Lockey *et al.*, 2018; Greif *et al.*, 2020; Soar *et al.*, 2021). A questão 30 “*Em RCP, não tem dúvidas nos algoritmos de SAV*” com valor $M= 2.85$, $DP= 0.97$ evidenciando dificuldades significativas em SAV, pelo que se sugere promoção do referido curso.

Em Portugal, o curso de SAV, certificado pelo INEM, obedece às recomendações formativas das instituições internacionais, em particular da ERC. O curso está organizado em torno do algoritmo de SAV tendo uma carga horária de 16 horas distribuídas por 2 dias (INEM, 2020b). No primeiro dia, são ministradas 5 palestras (SAV em perspetiva, causas e prevenção de PCR, síndrome coronária aguda, algoritmo de SAV e cuidados pós-reanimação), sessões práticas/‘workshops’ (via aérea, abordagem inicial e desfibrilhação, reconhecimento de ritmos, ética e decisão de não reanimar e PCR em circunstâncias especiais) e resolução de casos clínicos em contexto de simulação da realidade, recorrendo a manequins de treino e simuladores (INEM, 2020b). O segundo dia é reservado a 2 ‘workshops’ (disritmias peri paragem e gasometria) e 2 sessões de casos práticos. Há lugar a um teste teórico com 100 perguntas de escolha única, ao qual o formando deve responder acertadamente a pelo menos 75% (INEM, 2020b). Caso contrário, terá de repetir o teste numa outra edição do curso. Por fim, a avaliação prática consiste na resolução de um caso clínico em contexto de simulação da realidade, desempenhando o papel de team leader. O formando dispõe de 2 momentos de avaliação prática, devendo obter nota superior a 15 valores na grelha de avaliação, sem que cometa erros fatais. O insucesso na avaliação prática, inviabiliza a atribuição de certificado (INEM, 2020b). Previamente, é fornecido o manual do formando (documento pedagógico elaborado pelo DFEM do INEM, à luz das diretrizes europeias), recomendando-se a sua leitura e estudo antes do curso. Na ULS, o curso é periodicamente oferecido pelo departamento de formação permanente creditado pelo INEM possibilitando aquisição de competências em SAV de forma a dar respostas as dificuldades percecionadas.

Após verificar-se uma PCR, a vítima perde 10% a 12% de hipóteses de sobrevivência a cada minuto percorrido. Os fatores associados à sobrevivência estão diretamente relacionados com o ritmo inicial da PCR, o local onde se verifica este evento crítico e a monitorização do doente no momento do colapso (Grasner, *et al.*, 2021).

Analisando os dados da questão 33 “*Nos últimos 12 meses, iniciou manobras de*

RCP, em pelo menos um doente” com $M= 2.69$ com $DP= 1.59$; aferimos uma baixa frequência de eventos em Internamento, o que também corrobora a necessidade de formação/práticas simuladas de forma a garantir eficácia e eficiência da equipa.

Considerando ser uma mais-valia aplicar um plano de formação prática além das formações já existentes no departamento de formação permanente, mas com reconhecimento das dificuldades no serviço e no cerne da equipa, pois há evidência de que as melhores práticas na área da RCP, são conseguidas com a insistência na formação e treino regulares (Greif *et al.*, 2020)

O enfermeiro deve obter a informação necessária, para que na administração de um fármaco, possa garantir a segurança na sua administração. Acrescenta ainda que a administração de medicação carece de análise e validação, devendo a decisão de administração basear-se em conhecimentos científicos devidamente consolidados, para que na administração de medicação em situações de emergência o enfermeiro possa agir de acordo com os conhecimentos e qualificação que detenha (Parecer n.º 64/2017, 2017). Analisando os dados da questão 32 “Utiliza regularmente os fármacos de reanimação” com $M= 2.74$, $DP= 0.91$ verifica-se uma utilização com uma taxa muito baixa, podendo indagar a segurança na preparação e administração.

A implementação de estratégias centradas no reconhecimento precoce dos doentes em risco de vida deve constituir prioridade. Deste modo, Soar, *et al.* (2021) definiram um conjunto de procedimentos uniformizados de reanimação intra-hospitalar, que se apresentam em algoritmo. Esta sequência de ações serve de fio condutor na avaliação do doente crítico, por parte dos profissionais de saúde dos serviços de internamento, onde se inclui a ativação da EEMI, dados refletidos na questão 42 “Ao monitorizar o doente/vítima, reconhece com facilidade os traçados cardíacos emergentes” com $M= 3.55$, $DP= 0.92$.

A presença de um líder melhora a qualidade da PCR, ideia esta defendida por diversos autores (AHA, 2020; Filho *et al.*, 2015 e INEM, 2020d).

Nesse sentido, de forma a vermos respondidas estas questões analisámos os dados da resposta 43 “Num sítio inesperado (ex. elevador, escadas), se for chamado para ajudar num evento de PCR, normalmente toma a Liderança da Situação.” com $M= 2.73$; $DP= 0.95$.

Realizar RCP com sucesso depende do desempenho da equipa na maioria das vezes e tal como as CT na RCP, o trabalho de equipa eficaz e as competências de liderança precisam de ser treinados (Greif, *et al.*, 2020).

Com o intuito de dar resposta a essa dificuldade, reforça-se a sugestão de formação/revalidação do Curso SAV. Este além das CT, que se tornam evidentes, as CNT, como a capacidade de liderança, o trabalho em equipa, a gestão de tarefas e a

comunicação interpessoal, são trabalhadas no curso (INEM, 2020).

Partindo do pressuposto que deve existir no serviço de prestação de cuidados, a nível hospitalar, um plano de atuação com funções definidas para cada elemento, garantido assim a qualidade da abordagem, não esquecendo a necessidade de treino e formação para a garantia de execução de procedimentos de alta qualidade, necessários na abordagem em PCR (AHA, 2020; ERC 2021). Uma vez mais, os valores obtidos na questão 45 “*Quando colabora na assistência a um doente/ Vítima em PCR executa os procedimentos com nervosismo*” com $M= 3.19$, $DP= 0.87$, são sugestivos de melhorias.

No que concerne ao Fator 2, que aborda a Competência para a Tomada de Decisão em RCP, analisamos os itens nele contido que se referem à utilização e colocação em prática dos meios e recursos disponíveis, baseadas na avaliação da situação de PCR, ou vítima emergente, de forma correta e estruturada, com base nas necessidades em RCP.

Ambas as entidades reguladoras das diretrizes de RCP remetem para a importância do trabalho do enfermeiro, como sendo um elemento fulcral na RCP, sendo muitas vezes o elemento que identifica a situação (AHA, 2020; INEM, 2020d).

Dentro das Unidades Hospitalares, o recomendado é que todos os equipamentos e fármacos utilizados na reanimação estejam acondicionados de forma padronizada e na impossibilidade o mais idêntico possível, para que a sua utilização seja comum a qualquer profissional de saúde, independentemente do local do hospital em que se encontra (DGS, 2011; INEM, 2019; Soar *et al.*, 2021).

Relativamente à avaliação da dificuldade percebida pelos enfermeiros no conhecimento de matérias do carro de emergência constatados na questão, 31 “*Conhece os fármacos de reanimação*” com $M= 3.93$, $DP= 0.89$, a OE os enfermeiros “*procedem à administração de terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais*” e “*participam na elaboração e concretização de protocolos referentes a normas e critérios para administração de tratamentos e medicamentos*”. (Parecer OE n.º 06/2020)

O espaço físico deve ser adequado e seguro, sendo que a disponibilidade de materiais e medicamentos é também fundamental para uma assistência eficaz (Moraes *et al.*, 2016) sustentando essa preocupação na questão 34 “*Conhece todos os materiais do carro de emergência*” com $M= 4.26$; $DP= 0.77$ e na questão 35 “*Manuseia, sem dificuldade, todos os materiais do carro de emergência*” com $M= 3.68$; $DP= 0.88$. Para além de Catalão e Gaspar (2017), outros autores afirmam que a familiarização com o

carro de emergência interfere na resposta à PCR, podendo levar a atrasos na disponibilização de materiais necessários e consequentes consequências nas manobras de SBV durante a RCP (Filho *et al.*, 2015).

Nesta ULS, a organização do carro de emergência encontra-se protocolada, estando claramente identificada a localização do material, selagem do carro, a sua verificação e manutenção (DGS, 2011; INEM, 2019; Soar *et al.*, 2021).

No que concerne a avaliação da vítima emergente, de forma correta e estruturada, a PCR intra-hospitalar, geralmente não ocorre como um acontecimento súbito ou inesperado, nem habitualmente é causada por doença cardíaca primária (INEM, 2020).

Estes doentes têm uma deterioração fisiológica lenta e progressiva, com sinais de alerta, envolvendo na grande maioria das vezes hipoxémia e hipotensão (Soar *et al.*, 2021). São igualmente frequentes evidências de hipotensão, prostração, letargia, estado confusional ou deterioração do estado de consciência. Do ponto de vista respiratório, pode ocorrer a dispneia, o aumento da frequência respiratória e a dessaturação ('Idem').

Nesse sentido, este fator aborda tópicos como a avaliação da Escala de Coma de Glasgow, padrão respiratório, qualidade do pulso periférico e reconhecimento do doente em situação de emergência convergidos nas questões 37 - "Conhece a Escala de Coma de Glasgow" obteve M= 4.91, DP= 0,39. Denotando familiaridade com a escala, na questão 39 - "Consegue perceber sempre se a respiração de um doente/vítima está a ser eficaz" com M= 4.31; DP= 0.59; suportando as afirmações do INEM que constata que habitualmente, a PCR intra-hospitalar não ocorre de forma súbita ou imprevista. Estes doentes têm geralmente uma deterioração fisiológica lenta e progressiva, acompanhados de hipóxia e hipotensão (INEM, 219).

Estas variáveis de monitorização incluem a FC, a PA, a frequência respiratória, o estado de consciência, a temperatura corporal e a oximetria de pulso, constituindo esta, uma estratégia de prevenção para PCR intra-hospitalar ('Idem'). Igualmente, a questão 40 - "Avalia sempre a qualidade do pulso periférico, num doente/vítima não reativo a estímulos externos" com M= 3.97; DP= 0.87, achado que nos conduzem a necessidade de melhorar os conhecimentos afetos à avaliação primária.

Em cerca de 80% dos casos de doentes hospitalizados, verifica-se uma deterioração hemodinâmica progressiva, que precede a PCR. As manifestações clínicas mais frequentes são os sinais de dificuldade respiratória, o aumento da FC e a diminuição do débito cardíaco. Os sinais de agravamento refletem-se em insuficiência cardíaca, respiratória ou deterioração neurológica, com potencial risco para a vida (INEM, 2019).

O reconhecimento precoce do doente em risco e a prevenção da PCR constituem os primeiros elos da cadeia de sobrevivência (Lavonas, *et al.*, 2020). Dou realce aos resultados obtidos na questão 41 - “Reconhece com facilidade um doente/vítima emergente” com um valor de $M= 4.38$, $DP= 0.54$ que nos remete para questões relacionadas com a competência na avaliação do doente. Que apesar de ser um valor positivo não nos deixa tranquilos.

Em Portugal, os critérios de ativação da EEMI foram publicados pela DGS, através da publicação da circular normativa n.º 15/DQS/DQCO (DGS, 2010) e estão definidos segundo uma abordagem ABCD (Airway, Breathing, Circulation, Disability).

A avaliação do doente crítico é realizada de forma rigorosa e segundo parâmetros que englobam: na via aérea o compromisso da via aérea, a ventilação que considera se paragem respiratória, a alteração da frequência respiratória com frequência inferior a 6 ou superior a 35 ciclos por minuto, ou hipoxémia com SpO_2 abaixo de 85% já com aporte de oxigénio suplementar; na circulação contempla se PCR, alteração na FC ou bradicardia inferior a 40 bat/min, ou taquicardia superior a 140 bat/min e/ou TA sistólica inferior a 90mmHg; e, por fim no sistema neurológico engloba diminuição de 2 pontos ou mais na avaliação da escala de coma de Glasgow, ocorrência de crise convulsiva prolongada ou repetida, ou ocorrência de perda súbita de consciência.

Identificando na bibliografia medidas a implementar para otimizar a deteção e consequente ativação, conforme transcrevo em seguida.

É importante reconhecer as pessoas em risco de PCR e atuar de imediato (INEM, 2020d), ideia também defendida pelo ERC que incentiva o uso de sistemas de deteção e alerta precoce em pessoas em deterioração a nível hospitalar, permitindo o tratamento atempado prevenindo a PCR (Olasveengen *et al.*, 2021).

As estratégias para melhorar o reconhecimento da deterioração clínica do doente incluem uma vigilância de parâmetros vitais periódica, com recurso à definição de protocolos de monitorização, bem como o aumento da vigilância clínica (Soar *et al.*, 2021).

A capacidade do profissional em gerir o “stress” durante o procedimento, a harmonia e sincronismo entre a equipa são indispensáveis para a excelência dos cuidados prestados a nível intra-hospitalar (INEM, 2020). E de fato, como revelam os resultados obtidos na questão 47 “*Sente-se preparado emocionalmente para atuar em PCR*” com $M= 3.77$, $DP= 0.96$ e na questão 48 “*Sente-se preparado tecnicamente para atuar em PCR*” os valores obtidos com $M= 3.69$, $DP= 0.74$.

Estas equipas necessitam de treino mais complexo, incluindo a formação em CT e não técnicas. O objetivo é assegurar que adquiram competências que lhes permitam

uma melhor atuação na abordagem ao doente crítico (INEM, 2019).

Os profissionais, que têm formação em SBV e SAV, tendem a apresentar menos dificuldades, interferindo positivamente na assistência e identificação precoce de sinais de degradação da pessoa a nível hemodinâmico (Catalão e Gaspar, 2017). Convergido no resultado inquietador da questão 49 “*Confia na sua capacidade e perícia técnica para atuar em doentes/vítimas em PCR com segurança*” com $M= 3.68$, $DP= 0.81$.

Assim, justifica-se a necessidade de uma atuação com níveis de segurança elevados, como um processo de melhoria na prestação dos cuidados de enfermagem que asseguram ganhos em saúde para a pessoa.

Analisando o terceiro fator, Resposta em Tempo Útil à PCR, pelo que os itens nele contido, referem-se ao tempo de administração de SBV e SAV, elo de extrema importância na Cadeia de Sobrevivência, sendo que os resultados no doente são inteiramente influenciados pela deteção antecipada e pela intervenção precoce, considerado como objetivo central da intervenção da EEMI, no contributo na diminuição das taxas de PCR e, conseqüentemente, na mortalidade dentro das Unidades Hospitalares pela mesma causa (INEM, 2019).

Em contexto intra-hospitalar, os doentes devem depender de um sistema de vigilância adequado como resposta rápida, ou sistema de alerta imediato para evitar a PCR. Assim sendo, a cadeia de sobrevivência recomendada inclui os seguintes elos: reconhecimento e prevenção precoces, acionamento do serviço médico de emergência, RCP imediata de alta qualidade, desfibrilhação, cuidados pós-PCR e recuperação (Lavonas, *et al.*, 2020).

Pela observação dos dados da questão 1 “*No seu serviço, um doente em PCR é assistido em menos de 5 minutos com SBV*”, verifica-se um valor bastante positivo ($M= 4.73$, $DP= 0.56$) e que é representativo de que a equipa de enfermagem, valida com “muito frequentemente” uma atuação ajustada na reanimação.

A evidência atual, comprova que o SBV com compressões e ventilações adequadas, associado à desfibrilhação precoce, determina um impacto enorme na taxa de sucesso e recuperação da pessoa em PCR (Olasveengen *et al.*, 2021).

O SAV pode compreender a desfibrilhação manual, a gestão da via aérea e a administração de fármacos, com o objetivo de retorno à circulação espontânea e garantia de cuidados pós-reanimação (INEM, 2020a). Está, assim, presente no terceiro e quarto elo da cadeia de sobrevivência e pode ser executado por profissionais de saúde habilitados (enfermeiros e médicos, no caso de Portugal) (INEM, 2020a). Este fato foi demonstrando com as respostas à questão 2 “*No seu serviço, um doente em PCR é assistido em menos de 5 minutos com SAV*” onde obtivemos $M= 4.18$, $DP= 0.78$.

A existência de um plano de atuação a nível hospitalar é recomendada pela AHA,

devendo garantir a qualidade da abordagem à PSC (AHA, 2020), sendo esperado que o enfermeiro execute o protocolo de acordo com o SAV (INEM, 2020d). O desconhecimento do enfermeiro sobre o processo pode ser um fator promotor de erro de toda a equipa envolvida na PCR, prejudicando a sua qualidade e possibilidade de sucesso (Catalão e Gaspar, 2017).

De acordo com Soar *et al.* (2021), em ambiente intra-hospitalar, após ocorrer uma PCR, espera-se que os profissionais do internamento iniciem de imediato as manobras de reanimação, uma vez que esta é rapidamente reconhecida e muitas vezes presenciada. O pedido de ajuda diferenciada é feito precocemente, inicia-se desde logo SBV e a desfibrilhação acontece na maioria das vezes em menos de três minutos. A EEMI é rapidamente ativada e, após a sua chegada, assegura medidas de reanimação avançada.

Segundo as orientações da tutela, nomeadamente no despacho n.º 9639/2018 do DR (2018), as EEMI devem ser constituídas por um médico e um enfermeiro com "competências avançadas" na abordagem do doente crítico e em técnicas de reanimação. Segundo o protocolo hospitalar da EEMI (2018), os elementos da equipa, para além da experiência supracitada, devem apresentar formação em SBV, SAV (adulto e pediátrico), Suporte Imediato de Vida, Suporte de Vida Neonatal, Trauma, Sépsis e Ventilação Não Invasiva. Na realidade em apreço, a equipa que constitui a emergência interna do hospital é constituída por um médico e um enfermeiro da unidade, que cumpre com os requisitos supracitados.

A mortalidade em doentes pós-PCR é elevada, pelo que os doentes em risco devem ser identificados de forma a serem adotadas medidas de prevenção em tempo útil (Soar).

Entre as questões colocadas, na EPDAPI, abordavam-se temas como a existência de equipamento para RCP a menos de 4 minutos do local de PCR refletidos na questão 3 "*No seu Serviço, consegue Monitorizar um doente/vítima em 90 segundos*", cujos resultados espelham uma $M= 4.27$; $DP= 0.78$, o que é bastante positivo e denota preocupação na monitorização hemodinâmica do doente.

A evidência científica disponível neste âmbito, demonstra que atrasos na resposta prestada pela EEMI encontram-se associados a taxas de sobrevivência menores. Por outro lado, situações em que houve uma rápida e eficiente resposta intra-hospitalar, permitiu uma intervenção clínica antes de decorridos 3 minutos após ter sido dado o alerta da emergência, aumentando as taxas de sobrevivência e melhorando o *out come* do doente (despacho n.º 9639/2018).

O carro de emergência, segundo a DGS, trata-se de uma estrutura móvel ou transportável, com um conjunto de materiais, equipamentos e fármacos indispensáveis

à RCP e deve existir em todas as unidades de saúde, cujo doente se considere agudo ou com doença crónica passível de agudização, existindo no rácio de 1 carro por 50 doentes. A sua correta organização, verificação e material disponível são fatores determinantes no sucesso de abordagem a pessoa em PCR (Orientação n.º 008/2011).

Analisando a questão 6 “*No seu Serviço, tem disponível equipamento para RCP a menos de 4 minutos do local da PCR*”, com $M= 4.84$; $DP= 0.47$ e a questão 7, “*No seu serviço está disponível, para uso imediato, um carro de emergência*” com valor mais próximo de 5 ($M= 4.93$; $DP= 0.38$) confirmamos a existência de carro de emergência para uso imediato nos diversos serviços do hospital.

Na abordagem ao quarto fator, Detecção, Alerta e Resposta à PCR, descreve a capacidade de resposta organizada na PCR a nível intra-hospitalar, bem como a existência de sistemas de deteção precoce de vítimas críticas.

O INEM (2019) defende que a monitorização é essencial para detetar alterações fisiológicas durante o período de instabilidade, bem como para monitorizar os efeitos das terapêuticas e intervenções médicas instituídas.

Cada doente deve ter um plano de monitorização de sinais vitais adequado à sua condição clínica, que explicita as variáveis a monitorizar e a frequência com que devem ser avaliadas. Muitos hospitais utilizam escalas de alerta ou critérios de ativação precoce para identificar a necessidade de escalar a monitorização ou pedir ajuda diferenciada (Soar *et al.*, 2021). De acordo com Soar e seus colaboradores (2021), o doente crítico necessita de observações regulares, devendo ter um plano de monitorização regular de sinais vitais, em função do seu risco de deterioração clínica ou PCR. Neste estudo em concreto, os resultados da questão 9 “*No seu serviço, todos os doentes em risco de PCR estão monitorizados*” revelaram uma $M=3.81$; $DP= 1.0$, com potencial de melhoria.

Os recursos existentes, a dotação e adequação dos profissionais e das equipas de saúde, a formação dos profissionais de saúde, a forma como o trabalho é organizado, a existência de ferramentas e instrumentos, o percurso de cuidados, a confiabilidade dos processos são algumas das condicionantes dos ambientes seguros (despacho n.º 9390/2021). A identificação de fatores que possam influenciar a segurança do doente possibilita a implementação de melhorias nos cuidados prestados, reduzindo a ocorrência de possíveis danos para os doentes. Os enfermeiros, devido à proximidade que têm com os doentes, tornam-se peças fundamentais na implementação de melhorias para a diminuição dos erros e aumento da qualidade dos cuidados prestados (Azevedo *et al.*, 2020).

Relativamente à existência, em número adequado de monitores, a pergunta 13

“Em caso de necessidade, existem monitores de sinais vitais em número suficiente, em relação ao número de doentes/vítimas.” apresentou uma pontuação $M=3.53$; $DP=1.30$, o que nos converge para a necessidade de melhorar a dotação de equipamentos nos diversos serviços.

Por último, o quinto fator, Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR, refere-se à organização e disponibilidade da ajuda diferenciada destacada para a assistência à PCR, instituída a nível intra-hospitalar.

O sucesso da implementação de um sistema de resposta de emergência intra-hospitalar, a qualidade do mesmo e os resultados que produzem, decorre de um processo de efetivação criterioso, em que a ativação da EEMI deve ser feita de forma consciente e meticulosa pelos diferentes profissionais (Queiroz e Nogueira, 2019). Nesse sentido, analisando os resultados da questão 16 *“Quando solicita a ajuda diferenciada, para o serviço de apoio referenciado (ex. S. Urgência), é sempre o profissional de saúde destacado para a assistência que atende o telefone”* obtivemos uma $M= 4.19$, $DP= 1.03$.

A evidência científica indica que as falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, nomeadamente durante os momentos de transição de cuidados, podendo estas estarem relacionadas com omissões de informação, erros nas informações, imprecisão e a falta de priorização das atividades (DGS, 2017). Assim, uma comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde é imperativa, no sentido de contribuir para a diminuição dos eventos adversos decorrentes da falha desta (DGS, 2017).

A questão 25 *“O número da extensão telefónica para a qual devem ligar para solicitar a ajuda diferenciada está disponível e rapidamente acessível”* revelou um nível bastante satisfatório de respostas muito próximo de 5 com $M= 4.81$; $DP= 0.43$.

A EEMI deve ser de fácil ativação, segura, rápida e eficaz, a partir de qualquer ponto da Unidade Hospitalar, de forma a diminuir a falha na ativação da via aferente, com a utilização de um sistema de rádio ou telemóvel.

O ERC, o European Board of Anesthesiology e a European Society of Anesthesiology, em 2017 assumiram conjuntamente a recomendação para que todos os hospitais europeus utilizem o mesmo número de telefone interno (2222) para ativação destas equipas. Constataram que, países em que existe um número único transversal a todas as Instituições de Saúde, como se verifica no Reino Unido, 98% dos profissionais reconhecem o 2222 como o número de ativação da emergência interna (despacho n.º 9639/2018).

Quando confrontados com a questão 26 *“Para solicitar a ajuda diferenciada,*

existe apenas um n.º de extensão telefónica, em linha direta e única, para o efeito.”, os inquiridos manifestaram resultados ótimos (com $M= 4.74$; $DP= 0.74$), que confirmam a existência de uma extensão telefónica, direta e única para solicitar ajuda diferenciada.

Portugal foi também incluído pelo ERC, enquanto membro ativo do mesmo, no sentido de adaptar e uniformizar o número único europeu de resposta à emergência intra-hospitalar.

O valor apurado denota que ainda uma grande percentagem de profissionais de saúde não conhece o número utilizado no seu hospital para situações de emergência intra-hospitalar, sendo frequente os profissionais de saúde trabalharem em mais do que um hospital, o que pode ter impactos na segurança e nos tempos de resposta (despacho n.º 9639/2018).

A OE, na Nota Informativa n.º 2/2017, evidencia como objetivos da intervenção destas equipas a redução da mortalidade intra-hospitalar, a redução do tempo de internamento e a redução dos efeitos decorrentes da PCR. Da mesma forma, consideram que as EEMI promovem a formação na área da PSC e garantem uma equipa organizada para situações de emergência clínica (OE, 2017) remetendo-nos para a questão 36 *“Conhece o sistema de assistência à PCR instituído a nível hospitalar (telefonar ao serviço de apoio)”*, cuja média apresentada para esta resposta foi de $M= 4.3$; $DP= 0.82$. Os resultados obtidos denotam a existência de inúmeros enfermeiros com conhecimento sobre o sistema de assistência à PCR da ULS e, conseqüentemente, menos dificuldades identificadas pela equipa nesta situação específica indo de encontro com a circular normativa da DGS (2010), descreve um fluxograma de atuação imediata ao doente instável onde se inclui as ações a levar a cabo, desde o reconhecimento dos sinais de instabilidade, até à ativação da EEMI, devendo este ser do conhecimento geral de todos os profissionais.

O enfermeiro assume, um papel de responsabilidade elevada, garantindo a ativação da EEMI, execução de SBV de qualidade, preparação e conhecimento da localização de material necessário no carro de emergência e preparação de medicação a administrar. Um enfermeiro que desconheça todo o processo pode promover o erro da equipa envolvida na PCR, prejudicando a qualidade da mesma e a possibilidade de sucesso da RCP (Catalão e Gaspar, 2017).

Da mesma forma, o ERC (2021) define o algoritmo de reanimação intra-hospitalar, justamente com as ações-chave e sequenciadas na intervenção ao doente crítico. Com um modelo claro e uniforme de pedido de ajuda, consegue-se melhor definir as orientações e as responsabilidades de cada um (INEM, 2019; Soar *et al.*, 2021).

Estudo II

Metodologia

Esta parte do estudo de investigação é de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. É descritivo porque se pretende analisar os dados indutivamente. O processo e o seu significado são os focos principais de abordagem. Trata-se de um estudo exploratório, uma vez que, proporciona maior familiaridade com o problema, cuja finalidade é torná-lo explícito. Envolve entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema em estudo (Coutinho, 2021). A interpretação dos fenómenos e a atribuição de significados são essenciais no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para a recolha de dados e o investigador é o instrumento-chave.

Participantes

Constitui-se uma amostra não probabilística intencional, constituída pelos enfermeiros e médicos que constituem a Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI), da mesma unidade local de saúde onde decorreu o estudo I. Os participantes foram convidados de forma intencional a participar pela investigadora, após a apresentação do estudo. Apoiamo-nos em Sampieri, Collado e Lucio (2013, p.195) quando referem que neste tipo de amostra “todos os elementos da população têm a mesma probabilidade de ser escolhidos”.

Materiais e Métodos de colheita de dados

Como estratégia de colheita de dados foi desenvolvida uma entrevista semiestruturada, por ser aquela em que o investigador tem maior domínio sobre o seu teor, tanto na exposição das questões, como na sua análise e interpretação, uma vez que fornece aos entrevistados a oportunidade para exprimir os seus sentimentos e as suas opiniões sobre o tema, em que o principal objetivo é compreender o ponto de vista do entrevistado. Para Sampieri, Collado e Lucio (2013, p.426), na entrevista semiestruturada “o pesquisador tem a liberdade de fazer outras perguntas para precisar conceitos ou obter mais informações sobre os temas desejados”.

Foi assim criado por mim um guião com dezassete questões, disponível no apêndice n.º 3, indo estas de encontro à metodologia de avaliação do doente pela mnemónica ABCD, conforme recomendado pelo INEM (INEM, 2019), estando os critérios de ativação da EEMI sustentados por alterações objetivas nesta avaliação (despacho n.º 9639/2018).

A avaliação ABCD permite uma abordagem baseada em prioridades (Soar *et al.*, 2021). A identificação das condições potencialmente fatais e o início do tratamento emergente de forma padronizada e sequencial, pretende evitar a deterioração da condição clínica até à PCR (INEM, 2019).

Fazendo uma aproximação às questões apresentadas na escala utilizada no estudo 1 (EPDAPI), com intuito de direcionar o profissional, no momento da entrevista e enquanto elemento externo, a analisar as dificuldades e/ou pontos fortes na atuação em RCP das equipas de enfermagem alocadas ao internamento de adultos. Deste modo poder-se-á aferir um resultado mais sólido das dificuldades e necessidades de melhoria, respeitando os princípios de Fortin (2009), quando refere que a construção de um guião nas entrevistas menos estruturadas permite definir as linhas do tema a explorar, sem que a ordem de colocação das perguntas seja rígida, desenrolando-se numa conversação informal.

Recorreu-se a este instrumento de colheita de dados, uma vez que possibilita examinar conceitos e compreender o sentido de um fenómeno tal como é percebido pelos participantes. Através da entrevista, o investigador recolhe os dados e o entrevistado fornece a informação através de respostas (Fortin, 2009). Para a mesma autora, “*a entrevista é o principal método de colheita de dados nas investigações qualitativas*” (Fortin, 2009, p. 375).

As entrevistas foram agendadas previamente e decorreram durante os meses de agosto e setembro do ano transato, nos gabinetes de trabalho dos próprios participantes. Em relação a estes participantes, foram igualmente adotados os mesmos preceitos éticos, referidos no questionário, sendo o documento tipo constituído por um conjunto de duas partes, com a seguinte designação e sequência:

- Consentimento Livre, Informado e Esclarecido, de forma a respeitar o direito a Liberdade e dignidade dos participantes, através de uma pequena descrição acerca do estudo em desenvolvimento, os seus objetivos, o enquadramento, o investigador responsável, as condições e o financiamento;
- Guião de questões de resposta aberta da autoria da investigadora, que direciona o entrevistado para a análise da atuação das equipas de enfermagem alocadas ao internamento de adultos durante a ativação das equipas de EEMI.

Procedimentos éticos e formais

Para a realização das entrevistas, optou-se pela gravação áudio das mesmas, com o objetivo final de serem transcritas, para posterior análise. Assegurando que em nenhum momento do estudo os participantes foram identificados e/ou identificáveis. No

final do estudo, comprometemo-nos a eliminá-las de forma definitiva.

Todas as informações produzidas nas entrevistas foram gravadas em suporte áudio, após autorização dos participantes, posteriormente, procedeu-se à sua transcrição integral, preservando tudo o que foi referido durante as mesmas, assim como o sentido que lhes era dado, de modo a possibilitar o processo de análise.

Também aqui os participantes foram informados e deram o seu consentimento para que a gravação pudesse ser realizada. Da mesma forma, ficou o compromisso de que todas as transcrições serem igualmente eliminadas.

Assegurado que os dados apenas serão utilizados para dar cumprimento ao trabalho e serão eliminados de forma definitiva findo o presente estudo.

Por tudo o exposto, consideramos que os princípios éticos fundamentais para a concretização desta investigação foram salvaguardados e protegidos.

O presente estudo teve o parecer favorável da comissão de ética da ULSVDL (parecer favorável a 19/07/2024, validado em conselho da Administração da ULS a 07/08/2024, parecer n.º: 04/19/07/2024).

Tratamento e análise de dados

O material das entrevistas foi analisado com recurso à técnica de análise de conteúdo (análise temática) recomendada por Bardin (2019), sendo esta uma técnica amplamente empregada na análise de dados qualitativos.

A autora (2019, p. 44) define análise de conteúdo como sendo, “(...) *um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção destas mensagens*”. A análise de conteúdo segue as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados, inferência e interpretação.

A primeira etapa implicou a transcrição fiel dos discursos produzidos e da sua identificação através da atribuição do código P1, P2 e P3, respetivamente, a cada entrevista.

A codificação, segundo Bardin (2019, p. 129), “*corresponde a uma transformação (...) dos dados em bruto do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão; suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto (...)*”.

Por outro lado, a categorização é a etapa onde são classificados os constituintes de um conjunto, numa primeira fase por diferenciação e, em seguida, reagrupando-os de acordo com o mesmo género, tendo por base critérios previamente definidos (Bardin,

2019).

Assim, após a transcrição das entrevistas, procedeu-se à identificação das ideias chave, que permitiram a codificação da informação e posterior categorização com auxílio da ferramenta digital MettPulp (<https://meetpulp.com>).

Em seguida, procedeu-se a uma reunião para discussão e validação das categorias, entre os dois investigadores.

De forma independente, foram validadas e estudadas as categorias de forma a proceder posteriormente a uma segunda reunião de discussão de subcategorias e análise de unidades de registo.

Neste sentido, a informação segmentada, presente nos discursos dos participantes, com conteúdo a codificar, foi definida como unidades de registo a serem categorizadas, tendo sido agrupadas em categorias comuns.

Por último, efetuou-se o tratamento dos resultados obtidos, a inferência e a interpretação, na qual os resultados ainda em bruto foram tratados, por forma a dar-lhes significado e validade, através de uma análise crítica e reflexiva (Bardin, 2019).

A análise de conteúdo contribuiu assim, para melhor compreender o sentido crítico das comunicações produzidas, do seu conteúdo e das suas significâncias.

Apresentação, Análise e Discussão de Resultados

O inquérito por entrevista é muitas vezes associado a estudos de carácter interpretativo e a planos de investigação de natureza qualitativa na recolha e análise de dados ou informações, dado o carácter descritivo e pormenorizado dos mesmos (Batista *et al.*, 2021). O inquérito por entrevista é especialmente útil como estratégia de recolha de dados em estudos de carácter interpretativo, essencialmente, devido ao grau de interação que permite que seja estabelecido entre o investigador e o entrevistado (Morgado, 2013). O seu objetivo principal consiste em fornecer ao investigador informação detalhada e profunda sobre determinadas perceções ou representações em relação a um dado tópico, ou realidade social, contribuindo para a compreensão de conceções, sentidos e significados que os sujeitos possam atribuir às suas ações (Morgado, 2013).

O inquérito por entrevista surge associado a desenhos de investigação de natureza qualitativa devendo, como tal, ser realizado junto de sujeitos cuidadosamente selecionados, em função dos critérios bem definidos, que indicam que esta técnica de recolha de dados em investigação possibilita a obtenção de informação mais detalhada e profunda dificilmente conseguida por meio de um questionário, devido ao carácter flexível e reversível dos processos de condução e formulação de questões.

Além disso, a entrevista pode fornecer informação nova e/ou inesperada, que implique uma reconceptualização dos objetivos em estudo. Em jeito de síntese, podemos dizer que as entrevistas estruturadas caracterizam-se por seguirem integralmente um guião estabelecido, reservando ao investigador “o papel de mero compilador de dados com responsabilidade de criar um ambiente propício para que os entrevistados respondam às questões colocadas” (Morgado, 2013, p. 73 cited in Batista *et al.*, 2021).

Análise de Conteúdo

Da análise dos dados obtidos através da realização das entrevistas aos 46 participantes no estudo emergiram um conjunto de sete áreas temáticas: Critérios de Ativação, Preparação Material, Comunicação, Gestão de emoções, Trabalho de equipa, Formação Contínua e Execução Prática. Cada uma delas com subcategorias, com os elementos da EEMI a mencionarem fatores dificultadores e/ou fatores facilitadores perante uma prática de Reanimação. Apresentamos a seguir, por respetivas categorias e subcategorias a tabela 6 que permite visualizar a abrangência do olhar dos profissionais sobre a experiência em situação de RCP, o conteúdo poderá ser consultado na íntegra no anexo n.º 7.

Tabela 6 - Categorização das áreas temáticas

Categorias	Subcategorias	N.º Unidades de Registo (n)
<u>Critérios de ativação</u>	Conhecimento dos critérios	10
	Ativação tardia	4
	Clareza na ativação	10
<u>Preparação de material</u>	Carro de emergência	15
	Gestão do ambiente	19
	Materiais e equipamentos	20
<u>Comunicação</u>	Eficiente/ objetiva	6
	Dificuldades	20
	Debriefing	13
	Comunicação de DNR	6
<u>Gestão de emoções</u>	Stress	17
	Ansiedade	11
	Confiança e motivação	3
	Calma e organização	10
<u>Trabalho de equipa</u>	Rácios	9
	Definição de papeis	11

	Organização			20
	Liderança			5
	Colaboração e entre-ajuda			14
<u>Formação contínua</u>	Formação			23
	Prática simulada			12
	Treino			10
<u>Execução prática</u>	Abordagem inicial	13	Monitorização	23
			Move	10
	Via aérea			14
	Algoritmos	6	SBV	21
			SAV	20

Legenda: (n). participantes

Apresentação, Análise e Discussão de Resultados

A criação e implementação, a nível nacional, das EEMI, foi determinada pela DGS através da circular normativa n.º 15/DQS/DQCO, de 22 de junho de 2010. Estas equipas foram desenvolvidas, de forma a garantir uma resposta imediata, dentro das Unidades Hospitalares (Lavonas, *et al.*, 2020), e têm como missão, dar resposta eficaz, em situações de significativa deterioração fisiológica aguda, e/ou em contexto de PCR, 24 horas por dia, 365 por ano. O objetivo primário é atuar na prevenção com uma deteção antecipada perante sinais de instabilidade (Moreira, *et al.*, 2018; INEM, 2019).

Diferem das equipas de reanimação, essencialmente, pelo seu foco ser a identificação oportuna e o tratamento de emergências hospitalares, com o fim de evitar a PCR e as mortes inesperadas (Grasner, *et al.*, 2021).

Critérios de Ativação

No enquadramento da entrevista aos elementos da EEMI, surgiram questões referentes aos critérios de ativação da equipa, emergindo subtemas tais como, o conhecimento dos critérios, clareza na ativação e constrangimentos associados a uma ativação tardia, que passo a apresentar e discutir a seguir.



Figura 2: Categorização dos critérios de ativação

A literatura suporta que a eficácia da resposta à emergência aumenta a possibilidade de sobrevivência do doente crítico e melhora o seu outcome (INEM, 2019; despacho n.º 9639/2018).

As equipas de EEMI, desenvolveram-se como estratégia de intervenção precoce, permitindo uma intervenção rápida., após ser verificado que os utentes apresentam, muitas vezes, sinais de deterioração que antecedem a PCR, ou outras patologias com desenlace eminente, e que, embora internados, esta unidade de internamento, em que ele se encontra, não oferece os serviços e ou apoios, que a situação patológica súbita desencadeada, exige. (Rocha e Branco 2022).

Pela importância destas equipas no desfecho para o doente, foi pertinente questionar se os enfermeiros/profissionais de saúde quando ativam a equipa demonstram conhecimento dos critérios e se essa ativação é adequada.

Após transcrição e análise, identificámos a categoria Critérios de Ativação com três subcategorias centrais, passando a seguir a analisar.

Tabela 7 – Unidade de registo dos critérios de ativação

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Critérios de ativação	Conhecimento dos critérios	<i>P6. “(...) não há uma noção clara dos critérios necessários para realizar a ativação.”</i> <i>P14. “no que diz respeito à ativação, noto que às vezes não há uma noção clara dos critérios necessários para ativar a emergência interna. Muitas vezes, a ativação acontece mais por um pedido de ajuda em situação de aflição, sem que os critérios sejam realmente cumpridos.”</i>
	Ativação tardia	<i>P33. “mas é muito frequente ver que houve negligência dos sinais vitais ou do estado do doente durante as horas ou dias prévios. Isto é muito frequente, encontramos assim, já não dava, foi uma coisa súbita”</i> <i>P45. “Normalmente chamam quando já está em paragem e poderiam antecipar, antes da paragem, fundamentando pelos sinais e sintomas que antecedem a paragem.”</i>
	Clareza na ativação	<i>P8. “Quando somos chamados, nem sempre nos informam com clareza o motivo de ativação”</i> <i>P12. “Quando somos chamados, nem sempre nos informam claramente o motivo da ativação ou o tipo de emergência. Mesmo a identificação do local e da cama do doente nem sempre é clara”</i>

Conhecimento dos critérios

Os sinais de dificuldade respiratória, o aumento da FC e a diminuição o débito cardíaco. Os sinais de agravamento refletem-se em insuficiência cardíaca, respiratória ou deterioração neurológica, com potencial risco para a vida (INEM, 2019).

Soar *et al.*, 2021 *et.al.* (2021), defende, que o reconhecimento de sinais precoces de agravamento clínico, permite uma intervenção atempada e ainda, reduzir o tempo de internamento hospitalar, o que pode acontecer com a cultura destes fluxos de ativação.

No entanto, uma grande maioria dos entrevistados refere que P4 *“por norma, não respeita os critérios de ativação”*, reconhecendo défice de conhecimento dos critérios para ativação P14 *“no que diz respeito à ativação, noto que às vezes não há uma noção clara dos critérios necessários para ativar a emergência interna. Muitas vezes, a ativação acontece mais por um pedido de ajuda em situação de aflição, sem que os critérios sejam realmente cumpridos.”*

Uma equipa mais treinada para a identificação precoce do doente em situação de emergência, bem como uma correta avaliação dos fatores acima identificados, assume uma importância preponderante numa situação de eventual PCR.

A identificação precoce assume importância extrema, podendo levar ao aumento da sobrevivência do doente (Catalão e Gaspar, 2017) conforme refere a P8. *“Em algumas situações, sabemos que se trata de uma PCR, mas noutras não conseguimos identificar de imediato a natureza da emergência, o que dificulta a nossa preparação”*.

Ativação tardia

Analisando a perceção da equipa, relativa ao momento da ativação, é claro que a ativação ocorre tardiamente, conforme refere P46. *“Normalmente chamam quando já está em paragem e poderiam, por vezes, chamar antes da paragem, quando se percebem que existem sinais e sintomas de que o doente poderá entrar em paragem, evitando a PCR”*.

Sabe-se hoje que cerca de 50% destas ocorrências são potencialmente evitáveis, uma vez que existe frequentemente uma deterioração clínica progressiva (Grasner, *et.al.*, 2021).

Nesse campo, os entrevistados mencionam possíveis vantagens na utilização de sistemas de alerta precoce, como na P39 *“Se a escala News fosse aplicada de forma sistemática, seríamos ativados mais precocemente para a maior parte das situações a que somos chamados”* reconhecendo que P39. *“A perceção que tenho é que, quando somos ativados, o mínimo que levaria à ativação de uma equipa de emergência ou de uma equipa de apoio diferenciado através da escala News já foi ultrapassado há algum tempo”*.

Fundamentado na bibliografia, cada doente deve ter um plano de monitorização de sinais vitais adequado à sua condição clínica, que explicita as variáveis a monitorizar e a frequência com que devem ser avaliadas. Recomenda-se a definição estruturada de um conjunto de procedimentos uniformizados de reanimação intra-hospitalar, que se apresentam em algoritmo. (Soar *et al.*, 2021). Esta sequência de ações serve de fio condutor na avaliação do doente crítico por parte dos profissionais de saúde dos serviços de internamento, onde se inclui a ativação da EEMI.

Existe a noção clara da possibilidade de antecipação de medidas, como descrito na *P46* “Normalmente chamam quando já está em paragem e poderiam, por vezes, chamar antes da paragem, quando se percebem que existem sinais e sintomas de que o doente poderá entrar em paragem, evitando a PCR”, atendendo a que a probabilidade de sobrevivência dos doentes associada a estes fenómenos diminui de forma inversa ao tempo decorrido até à efetivação de manobras de reanimação. (Grasner, *et.al.*, 2021).

Clareza na ativação

É essencial que seja assegurada uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde, evitando falhas, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado (despacho n.º 1400-A/2015). Sendo percecionado como prática recorrente como refere *P3* “Acho que o principal problema é a falta de informação logo que chegamos, porque quem está com o doente não é quem tem mais informação”.

Reconhecendo, que essa dificuldade ocorre logo no primeiro contato *P12* “Quando somos chamados, nem sempre nos informam claramente o motivo da ativação ou o tipo de emergência. Mesmo a identificação do local e da cama do doente nem sempre é clara” originando atrasos na chegada da EEMI como descreve a *P10* “não dão a informação completa. Às vezes dizem algo como: “Ai, a vítima parou!”, mas não especificam logo o serviço cama. Estamos a perder tempo porque a equipa não arranca enquanto não tem toda a informação”.

Identificando a necessidade de melhoria, estando sustentado que o treino em equipa possibilita a utilização de linguagem uniformizada e uma abordagem protocolada e regular, consentindo a melhoria do trabalho de equipa (INEM, 2020d).

No entanto, a EEMI identifica práticas positivas na sua análise de experiências, como menciona *P5* “Na maior parte dos casos, os colegas conseguem identificar e relatar o motivo da ativação”, podendo estar associadas a diferenças entre serviços, faixa etária dos intervenientes ou a existência de complemento à formação base.

Preparação de Material

Com Base no algoritmo proposto por Soar, *et al.* (2021) emergiu-nos a categoria preparação de material com três subcategorias anexadas.



Figura 3: Categorização da preparação do material

Indo de encontro com os pontos da EPDAPI, fez sentido questionar pela destreza e proficiência na utilização do carro de emergência. Apresentamos os resultados desta análise na tabela seguinte.

Tabela 8 – Unidade de registo da preparação do material

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Preparação de Material	Carro de Emergência	<p><i>P6. “O carro de emergência, por vezes, não é manuseado da melhor forma. Em muitas situações, os colegas preferem recorrer a locais já familiares, em vez de utilizarem o carro de emergência de forma sistemática”</i></p> <p><i>P8. “O carro de emergência e o material necessário ainda não está junto do doente no momento em que lá chegamos, o que seria essencial”</i></p>
	Gestão do ambiente	<p><i>P12. “Por vezes, o acesso ao doente está dificultado porque a cabeceira da cama não foi afastada ou o material necessário não está pronto.”</i></p> <p><i>P16. “Muitas vezes, os doentes têm vestimentas que dificultam a intervenção. Há uma resistência em cortar roupas por questões de custos ou pelo impacto junto das famílias. Poderiam ser adotadas alternativas mais práticas e eficazes.”</i></p>
	Materiais e	<p><i>P1. “em termos de materiais e fármacos de emergência por vezes, noto falhas, principalmente</i></p>

	Equipamentos	<p><i>pela falta de treino ou rotina,”</i></p> <p><i>P6. “há algumas situações em que o equipamento necessário não está em condições ideais ou bem organizado”</i></p>
--	--------------	--

Carro de emergência

Segundo Soar *et al.* (2021), os hospitais devem garantir que as áreas clínicas tenham fácil acesso a equipamentos de reanimação e medicamentos, de forma a facilitar a rápida intervenção ao doente em deterioração fisiológica, ou em PCR. No nosso estudo, a equipa relatou que *P8 “o carro de emergência e o material necessário ainda não está junto do doente no momento em que lá chegamos, o que seria essencial”*.

Reconhecendo dificuldades no manuseio do carro detetadas na *P6 “O carro de emergência, por vezes, não é manuseado da melhor forma. Em muitas situações, os colegas preferem recorrer a locais já familiares, em vez de utilizarem o carro de emergência de forma sistemática”*.

Estes carros de emergência podem ser utilizados pela EEMI aquando da sua ativação, e em todas as situações em que haja grave alteração dos parâmetros vitais. Não obstante, os enfermeiros optam por não usar o carro como refere *P14 “Alguns preferem ir buscar materiais em locais onde estão mais familiarizados, em vez de utilizar diretamente o carro de emergência. Isso acontece porque o carro é pouco utilizado, e os colegas não estão completamente à vontade com a disposição dos materiais.”*

Destas estruturas móveis devem fazer, essencialmente, parte um monitor/desfibrilhador, bala de oxigénio, fármacos de primeira linha em situações de emergência, material para via aérea e material para acessos venosos, que assegurem resposta a situações de compromisso das funções vitais, nomeadamente via aérea, ventilação, circulação e estado neurológico (DGS, 2011).

Gestão do ambiente

No que diz respeito à Gestão do Ambiente, os elementos da EEMI defendem que *P1 “Idealmente, as grades e a cabeceira deveriam ser removidas de imediato, mas tudo ocorre tão rapidamente que, por vezes, esses pormenores não são priorizados.”*

Também observam que *P1 “por vezes, o paciente está com roupa ou acessórios que dificultam as manobras. Seria ideal que, nesses casos, os doentes estivessem preparados de forma mais prática, sem obstáculos que atrapalhem a equipa de emergência. “*

No entanto, a EEMI reconhece uma evolução positiva ao longo do tempo, como refere o P2. *“Às vezes já têm a cabeceira retirada, as grades retiradas, já têm isso organizado de forma tão automática”,* como igualmente reconhece diferenças entre equipas. como diz P10 *“Há equipas onde tudo está preparado, e as coisas fluem muito bem. Mas há sítios onde ainda estão a organizar tudo quando chegamos. Isso depende da equipa e da experiência.”*

No entanto, a EEMI reconhece uma evolução positiva ao longo do tempo, como refere o P2. *“Às vezes já têm a cabeceira retirada, as grades retiradas, já têm isso organizado de forma tão automática”,* como igualmente reconhece diferenças entre equipas. como diz P10 *“Há equipas onde tudo está preparado, e as coisas fluem muito bem. Mas há sítios onde ainda estão a organizar tudo quando chegamos. Isso depende da equipa e da experiência.”*

Materiais e equipamentos

Geralmente, o material e equipamento está acondicionado nos carros de emergência, que devem estar devidamente sinalizados (INEM, 2019; Soar *et al.*, 2021).

Apesar da recomendação, o que se denota é algum desconhecimento no manuseio do carro, como documentado na entrevista P7 *“nota-se um desconhecimento da organização do carro. Por isso, os profissionais recorrem mais frequentemente ao material do próprio serviço, com o qual estão mais familiarizados.”*

A existência destes carros, bem como de todo o material, fármacos e equipamentos que o compõe, constituem ferramentas importantes para o sucesso da abordagem de um doente grave (DGS, 2011). Contudo, e como mencionado na P1 *“em termos de materiais e fármacos de emergência por vezes, noto falhas, principalmente pela falta de treino ou rotina”.*

O seu local de permanência deve ser do conhecimento geral de todos os profissionais de saúde, no entanto, os elementos descrevem na P16 *“Muitas vezes, o material está distante ou o carro de emergência não está facilmente acessível. Essas são limitações práticas que podem ser melhoradas.”*

Por outro lado, os elementos reconhecem uma evolução positiva ao longo do tempo como na P2 *“Inicialmente, chegávamos lá e não havia praticamente nada feito. Hoje em dia, já têm o carro de emergência ao lado, já monitorizam”.*

No que concerne à utilização do carro e dos seus materiais, os elementos da equipa (P39) reconhecem que *“Há dificuldade em encontrar o material, ter as coisas disponíveis que à partida, deveriam estar no carro de emergência e que normalmente até estão, mas as pessoas não sabem onde estão”.*

O carro de emergência, segundo a DGS, trata-se de uma estrutura móvel ou

transportável, com um conjunto de materiais, equipamentos e fármacos indispensáveis à RCP. A sua correta organização, verificação e material disponível são fatores determinantes no sucesso de abordagem à pessoa em PCR (Orientação n.º 008/2011, 2011).

A EEMI menciona que a escassa utilização do carro propicia a possível dificuldade no seu manuseamento, como refere P11 *“normalmente, sabem usá-lo, mas às vezes têm alguma dificuldade em localizar todos os materiais. Nem sempre estão confortáveis em manuseá-los rapidamente.”* Acresce-se a importância da familiaridade com o carro de emergência, não apenas pela equipa de enfermagem, mas por toda a equipa multiprofissional envolvida no processo (Filho *et al.*, 2015). Indo de encontro com essa reflexão a equipa sugere: P6 *“Quando não há paragens frequentes, o familiarizar-se com o equipamento pode fazer a diferença.”*

Comunicação

comunicação constitui um pilar fundamental na prestação de cuidados e na segurança do doente, especialmente quando existe transferência de responsabilidades, como é o caso das transições entre turnos, transferências ou altas dos doentes.

Neste ponto foi notório a identificação da categoria Comunicação, com quatro subcategorias com necessidade de exploração.

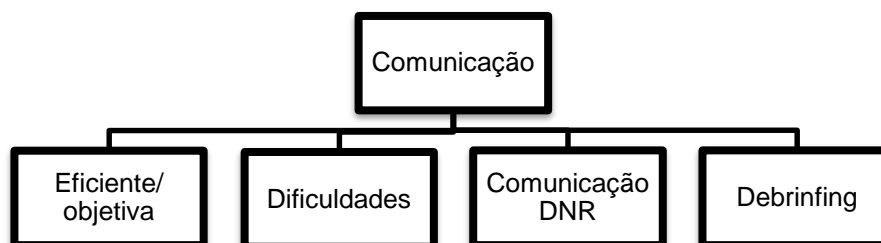


Figura 4: Categorização da comunicação

É essencial que seja assegurada uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde, evitando falhas, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado (despacho n.º 1400-A/2015).

Tabela 9 – Unidade de registo da comunicação

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Comunicação	Eficiente/ objetiva	<p>P16. “quando chegamos, os colegas já fizeram uma avaliação inicial e apresentam um resumo objetivo e sucinto do caso.”</p> <p>P26. “As equipas conseguem transmitir a informação de forma eficaz e com clareza. Conseguem dar uma avaliação precisa do tempo e do estado do paciente.”</p>
	Dificuldades	<p>P3. “Acho que o principal problema é a falta de informação logo que chegamos, porque quem está com o doente não é quem tem mais informação”</p> <p>P9. “Muitas vezes, temos de perguntar diretamente, pois não nos transmitem tudo de forma espontânea</p>
	Debriefing	<p>P6. “Quando surgem dificuldades durante uma ativação, as equipas têm de reunir e refletir sobre o que correu bem ou mal. Esse tipo de análise pós-situação pode ajudar a identificar melhorias “</p> <p>P14. “seria importante reunir a equipa após cada ativação para discutir o que correu bem, o que correu mal e o que pode ser melhorado. Isso permitiria aprender com as situações vividas e preparar melhor futuras ocorrências.”</p>
	Comunicação da DNR	<p>P5. “Seria útil que existisse uma definição prévia do “teto de investimento” em cada caso, ou seja, saber antecipadamente se a situação é para reanimação ou não. Muitas vezes, as situações já estão em fases muito avançadas, como paragens efetivas.”</p> <p>P28. “A questão da definição é crucial. Quando estamos no internamento, não há uma definição clara sobre o que fazer com o doente. Não sabemos se é para investir ou se o doente está num quadro paliativo.”</p>

A evidência consultada suporta que a transmissão de informação, tem impacto decisivo na eficiência dos cuidados de Enfermagem e na segurança do doente, na medida em que a continuidade dos cuidados só pode ser assegurada pela transmissão de informação recorrendo a uma comunicação eficaz (Burgess *et al.*, 2020; Mennela e Heering, 2018; Noh e Lee, 2020; Pun *et al.*, 2019).

Nesse ponto, a equipa reconhece vantagens do papel do enfermeiro responsável pelo doente afirmando que P2 *“Quando o responsável pelo doente está presente, sim, ele consegue passar a história e fazer um resumo da situação.”*

A transmissão de informação por enfermeiros não só permite diminuir a ocorrência de erro, como serve de apoio social entre os pares e proporciona a compreensão mútua e a coesão de grupo (Hou *et al.*, 2019; Pun *et al.*, 2019). Qualquer erro de transferência pode colocar em risco a segurança do doente (Burgess *et al.*, 2020; Schmidt *et al.*, 2019; Verholen *et al.*, 2021). Dando-nos a conhecer em P3 *“Acho que o principal problema é a falta de informação logo que chegamos, porque quem está com o doente não é quem tem mais informação”*.

Reconhecendo que *“A comunicação é difícil”* (P36) e, atendendo a que diversas entidades recomendam a utilização de ferramentas de padronização da informação e a transmissão estruturada da informação, como é o caso do ERC Guidelines 2021 (Soar *et al.*, 2021). Os elementos da equipa descrevem o processo de transmissão de informação como um *“momento confuso. Focam-se, portanto, no que aconteceu e não no que motivou a chamada. Focam em dizer se já tinha esses antecedentes, se era suposto”* (P 45).

Citando Costa *et al.* (2022) eventos adversos ocorrem como consequência de falhas de comunicação e, a comunicação eficaz entre profissionais de saúde na transferência de informação clínica é determinante para garantir a segurança dos cuidados. O que a equipa relata (...) *“nós nem temos conhecimento do que levou ao evento nem do diagnóstico. E os colegas têm dificuldade em dar essa informação”* (P45).

Reconhecendo que a metodologia ISBAR é uma importante ferramenta de uniformização da comunicação entre profissionais de saúde, contribuindo para a tomada de decisões, pensamento crítico, diminuição do tempo de passagem de ocorrências e uma rápida integração de novos elementos (INEM, 2020) como descrito na P39 *“neste hospital também utilizamos o ISBAR, se não me engano, mas raramente é seguido o ISBAR.”*

Debriefing

Hirakawa, *et al.* (2018) remetem-nos para a importância do ‘feedback’ em tempo real, do debriefing e de reciclagens utilizando um dispositivo de ‘feedback’ de RCP como forma de melhorar o desempenho da equipa e a qualidade da reanimação.

A necessidade de realização é inegavelmente algo a melhorar na articulação entre equipas, de forma a garantir melhores cuidados. Como referido na entrevista P6 *“Quando surgem dificuldades durante uma ativação, as equipas têm de reunir e refletir*

sobre o que correu bem ou mal. Esse tipo de análise pós-situação pode ajudar a identificar melhorias “.

As diretrizes de 2021 da ERC recomendam que deverão ser analisados os eventos de PCR para identificar oportunidades de melhoria do sistema e compartilhar os principais pontos com a equipa do hospital, como se observa na P26 *“Outra coisa importante seria dar ‘feedback’ às equipas, o que ajuda a melhorar a prestação. A análise crítica deve ser feita no sentido de melhorar, não de punir, o que permite que as pessoas guardem as informações para o futuro”.*

No entanto, “seria importante o ‘briefing’, mas um ‘briefing’ frontal não é fácil. Sem andarmos com rodeios e dizer isto não foi a melhor atuação porque isto ou aquilo. E corrigir absolutamente todas as falhas bidireccionalmente. Esse é fácil de fazer, mas o problema é que não é fácil ficar a equipa lá porque há mais para fazer.” (P41).

Validando a necessidade de Debriefing pós reanimação, no serviço, com a equipa de Reanimação, de forma a limar dificuldades não técnicas e definir estratégias de fortalecimento de competências (INEM, 2020; Toews, Martin, e Chernomas, 2021).

Não obstante, das dificuldades passíveis no processo, a grande maioria aborda o debriefing como algo natural e praticável após ativação P2 *“no final, às vezes conversamos um pouco para perceber o que correu bem ou mal. E depois eu tenho essa ideia... Não em todos os sítios, depende da situação em si, mas costumamos dizer: “Olha, toma atenção a isto, ou então já estava fora de qualidade.” depende das rotinas e cenários que vão aparecendo “*

A comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde (despacho n.º 9390/2021). Reforça o testemunho P5 *“Pode haver interpretações erradas das nossas orientações, que são vistas como críticas em vez de correções. É importante melhorar essa dinâmica.”.*

Comunicação da Decisão de Não reanimar (DNR)

A Comissão Europeia considera que as falhas comunicacionais, decorrentes da transferência de comunicação deficitária, são causa de 25 a 40% de todos os eventos adversos notificados (Verhopen *et al.*, 2021). Também Ehlers *et al.* (2021), no seu estudo publicado em 2016, documentam que erros de comunicação causaram 1744 mortes e 1,7 biliões de dólares em hospitais americanos, num período de 5 anos. Por seu turno, a Joint Commission atribuiu 80% dos erros médicos graves a falha de comunicação durante a transferência de informação (Cagle, 2018ª; Peran *et al.*, 2019).

Esta dificuldade também foi percebida pela equipa na P15 *“Há casos em que o doente tem indicação de não reanimação, mas mesmo assim a equipa é acionada, o que só percebemos ao verificar o processo clínico”*.

Reconhecendo que a situação de doença grave atinge não só a pessoa doente, mas provoca sofrimento na sua família e pessoas significativas afetando as suas vidas e circunstâncias de vida (Sá e Henriques, 2021). A equipa sugere que *“A decisão de saber se o doente é para ser reanimado ou não deveria ser tomada logo à entrada, de forma mais clara, para que a equipa não ficasse à espera de uma avaliação externa.”* (P28).

Analisando os pressupostos sobre DNR, estes apresentam quatro tipos de futilidade: fisiológica – a intervenção efetuada não tem efeito fisiológico; futilidade ou morte iminente – o doente morre antes da intervenção; futilidade e condição letal – o doente está em estágio terminal; e qualitativa – a qualidade de vida resultante da ação é muito reduzida (INEM, 2020, Mentzelopoulos *et al.*, 2021). *“A questão da definição é crucial. Quando estamos no internamento, não há uma definição clara sobre o que fazer com o doente. Não sabemos se é para investir ou se o doente está num quadro paliativo.”* (P28). Sendo uma situação única e singular da família que determina a intervenção terapêutica de Enfermagem, através da mobilização intencional de determinada estratégia comunicacional naquele singular contexto e momento de cuidar (Sá e Henriques, 2021).

Percecionando um caminho passível de construir, de forma a melhorar os cuidados, a equipa reconhece que *“Seria útil que existisse uma definição prévia do “teto de investimento” em cada caso, ou seja, saber antecipadamente se a situação é para reanimação ou não. Muitas vezes, as situações já estão em fases muito avançadas, como paragens efetivas.”* (P5).

Gestão de emoções

Uma revisão da literatura sobre a importância das competências não técnicas na liderança da equipa de RCP, mostrou que a presença de um líder na RCP melhora o desempenho da equipa e o resultado dos doentes, podendo o treino de liderança ser executado através de simulações e de debriefing pós PCR (Gabr, 2019).

Nesse contexto identificamos uma categoria com quatro subcategorias.

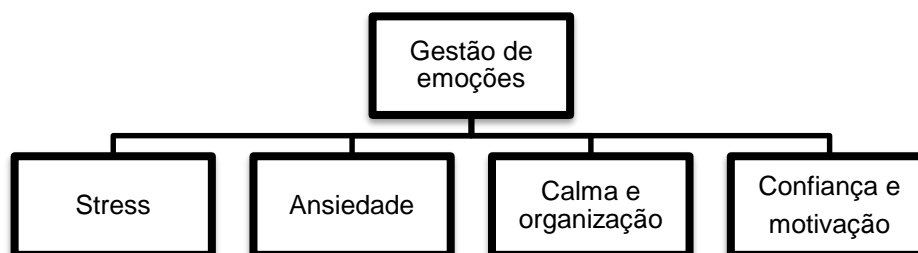


Figura 5: Categorização da gestão de emoções

A prestação de cuidados de enfermagem à PSC, devido à sua complexidade, e constante evolução da evidência científica, necessita de uma série de competências e domínios aplicáveis na prática, de forma a estruturar as intervenções adequadas, assentes na capacidade de reação, assertividade, eficácia e discernimento, mesmo nas situações mais delicadas. (Catalão e Gaspar, 2017).

Tabela 10 – Unidade de registo da gestão de emoções

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Gestão de emoções	Stress	<i>P14. “o nervosismo e o stress, muitas vezes, afetam o desempenho”</i> <i>P20. “Após esses passos iniciais, é uma questão de gestão de stress, que, na minha opinião, é algo que melhora com treino”</i>
	Ansiedade	<i>P24. “há sempre mais ansiedade, especialmente nos serviços onde não ocorrem tantas emergências. As pessoas ficam mais ansiosas, o que pode afetar a resposta”</i> <i>o nervosismo nota-se na ausência de segurança na atuação.”</i>
	Calma e Confiança	<i>P36. “A calma e a organização são essenciais”</i> <i>P45.” devia haver mais calma para perceber as indicações e dessa forma mais coordenação entre equipas, às vezes está lá muita gente que não é necessária.”</i> <i>P37. “A falta de prática põe-nos inseguros.”</i>

Stress

A capacidade de o profissional gerir o “stress” durante o procedimento, a harmonia e o sincronismo entre a equipa são indispensáveis para a excelência dos cuidados prestados a nível intra-hospitalar (INEM, 2020d). Como descrito na P17. “O

importante seria conseguir afastar esses sentimentos e ter uma preocupação ativa em manter a organização”.

“Stress” define-se como *“sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, associado à dor, sentimento de estar físico e mentalmente cansado, distúrbio de estado mental e físico do indivíduo.*“(CIPE versão 2, pág. 77; ICN 2010).

Assim, a equipa descreve outputs negativos na eficácia e qualidade da intervenção pela incapacidade de gestão de “stress”, conforme na P27 *“As pessoas querem ajudar, mas as coisas não estão a ser feitas corretamente devido à ansiedade e nervosismo”.* Sendo marcante a implicação na execução dos cuidados como na P18 *“(…) houve situações de nervosismo em que algumas manobras não eram realizadas de forma eficaz.”.*

O domínio cognitivo do saber-saber e do saber-fazer, da experiência e da prática, são fatores de extrema importância para reduzir o “stress” da decisão e da ação, fatores essenciais para quem trabalha em situações que implicam tomadas de decisão rápidas, eficientes e competentes (Sousa, 2021).

Sustentando que as equipas necessitam de treino mais complexo, incluindo a formação em competências técnicas e não técnicas (INEM, 2019), visto que, *“estão inseguros à chegada, como não lidam com frequência com essas situações, mas é normal” (P21).*

Sendo o objetivo assegurar que adquirem competências, que lhes permitam uma melhor atuação na abordagem ao doente crítico (INEM, 2019), como presente na (P20) *“Após esses passos iniciais, é uma questão de gestão de “stress”, que, na minha opinião, é algo que melhora com treino”.* Sustentando como ponto-chave a formação e treino na melhoria da atuação dos enfermeiros.

Ansiedade

“Há sempre mais ansiedade, especialmente nos serviços onde não ocorrem tantas emergências. As pessoas ficam mais ansiosas, o que pode afetar a resposta”. (P24). Sendo cotada como uma emoção negativa sustentada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia *“(CIPE versão 2, pág. 39; ICN 2010).* Contudo, os profissionais reconhecem uma evolução positiva ao longo do friso temporal *como presente na P17 “há sempre alguma ansiedade, mas, no geral, os colegas conseguem dar resposta e trabalhar em equipa”.*

Confiança e calma

Numa situação de emergência, a autoconfiança do enfermeiro é um dos fatores que pode influenciar a rápida e adequada atuação de enfermagem (Martins, *et al.*, 2014), como está descrito na P37 *“Quanto mais fazemos e praticamos, mais seguros ficamos. É importante para todos no hospital, não só para os serviços onde há mais emergências.”*

Havendo na equipa, percepção de *“falta de confiança por parte de algumas equipas, o que às vezes as faz hesitar.”* (P26). Dillon, Moriarty e Lipschik (2018) descreveram a implementação de um programa multidisciplinar que utilizou a simulação para reforçar o conhecimento e a confiança das equipas de reanimação, treinar competências e desenvolver o trabalho em equipa. Os resultados da implementação deste programa sugerem melhores conhecimentos, maior confiança e maiores competências por parte dos profissionais para lidar com ECR, melhor comunicação entre os membros da equipa e levou, principalmente, a melhores taxas de sobrevivência dos doentes até à alta. Com o reconhecimento que *“é um momento de grande pressão. Acho que isso é transmitido pela equipa. Não é que as pessoas não queiram ajudar, mas todas estão nervosas.”* (P27).

Uma série de capacidades pessoais estão presentes na tomada de decisão que permite aos enfermeiros serem eficazes numa situação de emergência. As capacidades pessoais são definidas pela confiança que o profissional tem sobre a sua capacidade de realizar com êxito uma determinada atividade e traz o pensamento crítico à prática clínica. Contudo, até ao momento, há pouca pesquisa que tenha explorado a autoconfiança dos enfermeiros numa situação de emergência (Fry e MacGregor, 2014).

Como refere a P43. *“surge alguma confusão, mas também acho que era imediato, porque depois, à medida que têm um bocadinho mais de calma, acho que depois conseguem identificar”*. Embora o enfoque da qualidade da reanimação seja maioritariamente atribuído ao desempenho das competências técnicas (CT) das equipas de reanimação, existe também associação do resultado a fatores como coordenação eficaz, liderança e boa comunicação, encaminhando assim para outra unidade de competências, que designamos por competências não técnicas (CNT) (Buccione, *et al.* 2019).

Trabalho de Equipa

Nos últimos anos, as competências não técnicas, aliadas às técnicas, têm-se revelado de grande importância em contexto de reanimação cardiopulmonar. O desempenho adequado destas equipas deve assim, no âmbito das competências não técnicas, ser demonstrado por capacidade de liderança, trabalho em equipa, gestão

adequada de tarefas e comunicação interpessoal (Szczeklik, *et al.*, 2019). Surgindo na análise o trabalho de equipa como fundamental para a melhoria dos cuidados, com as subcategorias conforme passo a analisar.



Figura 6: Categorização do trabalho de equipa

Um estudo coreano que determinou o efeito do trabalho em equipa nos resultados dos doentes que sofreram PCR fora do hospital, revelou uma melhoria nas hipóteses de sobrevivência no momento da alta e uma boa recuperação neurológica nos doentes que receberam RCP focada na equipa em relação aos doentes que não receberam este modelo de reanimação (Kim, Ahn e Jeong, 2018).

Tabela 11 – Unidade de registo do trabalho de equipa

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Trabalho de equipa	Organização	<i>P5. “a equipa local encontra-se desorganizada quando chegamos, e a nossa chegada retira-se.” P12. “A desorganização inicial contribui para aumentar a ansiedade”</i>
	Rácios	<i>P16. “há dificuldades, principalmente em serviços com menos recursos, como turnos da noite ou locais com poucos profissionais” P28. “A coordenação pode ser dificultada pela falta de pessoal. “</i>
	Colaboração e entreajuda	<i>P7. “sim, são bastante recetivos e procuram colaborar. Caso haja incertezas, afastam-se ou pedem apoio” P25. “Quando chegamos, as equipas que já estão no local mostram-se recetivas à nossa colaboração” Estamos todos ali para ajudar e as relações têm funcionado muito bem.”</i>
	Liderança	<i>P41. “Não funcionamos propriamente como as guidelines dizem, não temos assim tanta gente experiente para o team leader poder não ficar na via aérea”</i>

		P44. “era possível fazer para melhorar. (...) ter alguém de team leader orientar um pouco mais até nós chegarmos.”
	Definição de papéis	<p>P26 “<i>algumas equipas, a organização e os processos são mais bem definidos, enquanto noutras a definição de papéis nem sempre é clara.</i>”</p> <p>P41. “<i>Se as pessoas souberem como estar nessa situação e em função do ponto em que estejam, que estejam só como espetadores ou espetadores disponíveis, atentos para ajudar, para ir buscar o processo ou o que for necessário</i>”</p>

Organização

Uma boa comunicação e coordenação tornam-se essenciais, primeiro para que haja uma correta transmissão da informação sobre a condição do doente e depois, para garantir uma cooperação harmoniosa entre as equipas que estão no cuidado direto ao doente e as EEMI, que são ativadas ao local. (Szczeklik, *et al.*, 2019), como revelado na P8 “*A questão da desorganização inicial é um obstáculo, mas é superado após a nossa chegada*”.

É evidente que “*a coordenação das ações também precisa de ser melhorada, principalmente no início, até chegarmos ao local*” (P21) de forma a construir uma relação de companheirismo e cooperação entre as equipas, com o fim máximo de uma adequada e eficiente atuação ao doente crítico (Szczeklik, *et al.*, 2019). Nesse sentido a equipa reconhece vantagens no treino (P22) “*quando as pessoas estão bem treinadas para realizar uma tarefa, naturalmente tornam se mais organizadas*”.

Rácios

Estudos na área da dotação de enfermeiros evidenciam uma relação nefasta entre o défice de enfermeiros e o aumento das taxas de mortalidade (Needleman *et al.*, 2011; Griffithg *et al.*, 2019), ideia essa partilhada pela equipa na P10 “*Por exemplo, à noite, é mais complexo porque há menos pessoal disponível no serviço.*”

Associando que (P16) “*há dificuldades, principalmente em serviços com menos recursos, como turnos da noite ou locais com poucos profissionais*” evidenciando que a avaliação da carga de trabalho de enfermagem é importante para a instituição de saúde, considerando que uma dimensão inadequada do pessoal implica um aumento dos custos para a instituição e, da mesma forma, uma equipa reduzida gera deficiência na qualidade dos cuidados prestados (Queijo e Padilha, citados por Pinno 2020). É, por isso necessária e indispensável a utilização de indicadores de cuidados, de forma a

garantir a qualidade do serviço de enfermagem prestado e também a adequação de pessoal nas unidades hospitalares (Queijo e Padilha, citados por Pinno 2020).

Colaboração e entreajuda

A colaboração entre profissionais de saúde é imprescindível para a produção de melhores resultados na prática do cuidado, nesse sentido *“dentro das limitações e da pressão das situações, os colegas são decididos e colaborativos. Sinto que, nesses momentos, existe um verdadeiro espírito de equipa, o que é essencial”* (P1).

Fumagalli *et al.* (2020), defende que a colaboração na prática de cuidados pela equipa multiprofissional, através da partilha de saberes e com empoderamento dos profissionais em busca de um objetivo comum, é uma importante ferramenta no processo de trabalho, pois torna-o mais efetivo e gera melhor qualidade e acesso aos cuidados de saúde. *“Quando chegamos, as equipas que já estão no local mostram-se recetivas à nossa colaboração” Estamos todos ali para ajudar e as relações têm funcionado muito bem.”* (P25).

Liderança

Encontrando a necessidade marcante na P9 *“Com um guia e alguém a liderar, conseguem colaborar”*. O enfermeiro responsável pelo doente, torna-se automaticamente membro da equipa de emergência médica, após a sua chegada. Todas as decisões são tomadas em conjunto e, somente em casos em que a decisão comum não é possível, a equipa de emergência médica assume a responsabilidade. Desta forma, as competências e habilidades dos enfermeiros que estão na prestação direta dos cuidados são igualmente essenciais para o bom funcionamento destas equipas (Szczeplik, *et al.*, 2019). Como vemos referido na P44 *“era possível fazer para melhorar. (...) ter alguém de team leader orientar um pouco mais até nós chegarmos.”*.

“Não poucas vezes tem que se utilizar algum tempo no apaziguar de a situação para as pessoas tomarem as suas funções e as coisas começarem a funcionar normalmente. Leva menos de um ciclo a conseguir isso, mas as pessoas não estão preparadas de início para isso” (P39) reforçando que a presença de um líder melhora a qualidade da PCR, ideia esta defendida por diversos autores (AHA, 2020; Filho *et al.*, 2015, INEM, 2020).

Definição de papéis

Analisando esta transcrição e, fazendo o paralelismo com a indicação da ERC de 2021. *“Às vezes as pessoas estão a mover-se de um lado para o outro, quando deviam manter as suas posições, mais fixas”* (P25), concluímos que a atribuição de

papéis é preponderante.

“Durante a prestação de cuidados, há momentos em que não estão completamente a par do próximo passo, dificultando a antecipação do que é necessário” (P19) e, nesse sentido, a definição de papéis permitirá a diminuição no tempo entre ação, diminuirá o “stress” causado pela PCR e, pelo destacamento de funções, (AHA, 2020; ERC 2021) terá impacto positivo na eficácia da equipa como revelado na P29 “Em situações de emergência, o “stress” é elevado, mas se todos souberem o que fazer, a eficácia da equipa será muito melhor .. a principal dificuldade, depois da ativação, é as pessoas perceberem claramente qual é a sua função”.

O sucesso da RCP depende, diretamente, da eficácia do trabalho da equipa que, por sua vez, é o reflexo de uma boa liderança (Greif *et al.*, 2020). A P20 revela o quão importante é treinar as competências de liderança: *“se houver clareza sobre o que fazer, mesmo fora do contexto ideal, o “stress” pode ser mais controlável. Sem isso, torna-se uma confusão”.*

Formação contínua

As conclusões de um estudo em que os participantes eram enfermeiros, dão conta de que estes acreditam que a formação contínua é essencial e que os conhecimentos teóricos devem ser periodicamente renovados e reforçados (Lera *et al.*, 2020). Também os elementos da equipa são unânimes no peso da formação na qualidade dos cuidados prestados. Nesse campo após análise de conteúdo identificamos a categoria Formação Contínua e três subcategorias.



Figura 7: Categorização da formação contínua

O conhecimento técnico e competências adquiridas, no que diz respeito às técnicas utilizadas em SBV ou SAV, tendem a deteriorar-se, após cerca de seis meses, caso não exista uma atualização (INEM, 2020), pelo que a formação adquire uma importância extrema nestas situações.

Tabela 12 – Unidade de registo da formação contínua

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Formação Contínua	Formação	<i>P5. “acho que todos os profissionais de saúde deviam ter formação mínima em suporte básico de vida, e as equipas de enfermagem deviam ter formação em suporte avançado de vida.”</i>
	Práticas simuladas	<i>P24. “Acho que já há formações de suporte básico de vida, mas seria útil haver mais formações internas, tipo bancas de prática, para familiarizar os colegas com o material e técnicas, para que fiquem mais preparados para situações reais.”</i> <i>P22. “Se não for possível oferecer cursos a todos, poderiam ser feitas formações periódicas dentro dos serviços, com simulações, para treinar e melhorar a prática.”</i>
	Treino	<i>P5. “(...), mas o treino pode ajudar a reduzir os impactos”.</i>

Formação contínua

Na área da reanimação cardiopulmonar, há evidência de que as melhores práticas são conseguidas com a insistência na formação e treino regulares (Greif *et al.*, 2020). Neste campo a equipa é unânime na importância atribuída ao conhecimento como refere o entrevistado na *P9*. “*Seria importante haver formação contínua, tanto teórica quanto prática, para melhorar a preparação nas emergências.*”

Reconhecendo particularidades específicas como na *P15*. “*Penso que a formação contínua poderia ajudar, especialmente no manuseamento do carro de emergência, para que os colegas se familiarizem com o material e saibam onde estão os itens.*”

Como mencionado na *P18*. “*(...) é importante investir em formação contínua, tanto teórica como prática, para reforçar a preparação dos profissionais para estas situações, que não são tão frequentes nos internamentos.*”

Outro estudo documenta que 97% dos inquiridos demonstraram interesse em realizar formação contínua, como forma de suprir as suas necessidades de conhecimento (Caporiccio *et al.*, 2019), como transcrito na *P20*. “*Acredito que todos, em todo o hospital, deveriam ter formação em suporte básico de vida. Seria algo essencial. Para a equipa de enfermagem, formação em suporte avançado de vida seria uma*

vantagem significativa, especialmente no que diz respeito à gestão de “stress” e à execução correta dos primeiros passos em situações de emergência.”

Ao mesmo tempo, estes mesmos profissionais apontam múltiplas barreiras que dificultam a sua concretização, como os horários de trabalho, as obrigações familiares, o fraco suporte financeiro e formativo por parte das instituições onde trabalham e o custo da formação (Caporiccio *et al.*, 2019) reconhecendo dificuldades como descritos na P33. *“O problema é isso, é que a forma de estar nas simulações muitas vezes não é de grande receptividade. Estamos lá quase por obrigação. E tempo que é um momento muito valioso porque há material disponível. E muitas vezes são pessoas que até têm experiência na área e experiência real, não só simulada. Pelo menos nós, aqui até temos muitas inscrições, mas às vezes a postura não é aquela de receptividade, é mais de obrigação. Aquilo é cansativo, mas é uma pena, porque se devia ir com o propósito de aproveitar, para aprender. A utilização dos desfibriladores em modo DAE ajudaria no sentido de que imagina o colega consegue colocar as pás, percebe que há necessidade de colocar as pás, coloca as pás e inicia-se SBV. O monitor liga-se operacional, pode pôr o modo DAE para perceber se é chocável ou não chocável para dar mais segurança na avaliação. É choque. Claro que aqui a premissa de dar o tratamento mais rápido. Portanto, isso nem é uma questão, é mesmo para se fazer, começa e arranca com ele sempre enquanto nós não chegarmos, é para chocar desde que sejam cumpridas as indicações do equipamento e a segurança está tudo bem, não é.”*

Apesar do período referido pelo INEM, da existência de deterioração de conhecimentos após seis meses, o ECR preconiza a atualização do SAV, após um período de cinco anos (Olasveengen *et al.*, 2021). (P1) *“(...) seria importante um reforço na formação contínua, especialmente em farmacologia de emergência, para que todos se sintam mais confiantes.”*

As estratégias de formação são reconhecidas como sendo determinantes para o aumento de perícia e utilização de equipamentos de emergência, interferindo diretamente na qualidade da RCP (Catalão e Gaspar, 2017). P17. *“(...) a formação é sempre o caminho. Formação contínua e conhecimento do material disponível são essenciais. Se os colegas souberem a teoria e estiverem bem familiarizados com o material e onde este se encontra, o desempenho melhora significativamente.”*

Práticas simuladas

O Conselho Europeu de Ressuscitação (ERC), recomenda um programa de aprendizagem ao longo do tempo, baseado na certificação e recertificação periódicas da formação em SAV, com a possibilidade de existirem momentos de prática e avaliação real ou simulada (Greif *et al.*, 2020). Os elementos da equipa também validam a sua

importância como descrito na (P22) *“Eu acho que simulações práticas seriam fundamentais. Elas ajudam a melhorar a organização, pois, quando as pessoas estão bem treinadas para realizar uma tarefa, naturalmente tornam-se mais organizadas. Portanto, as simulações seriam o melhor caminho.”*

Realçam a importância que o treino e a prática simulada assumem na aquisição de competências relacionadas com os processos de RCP, sendo a prática simulada uma parte fundamental no treino em reanimação, altamente efetiva no processo de aquisição, desenvolvimento e manutenção de competências. (Catalão e Gaspar, 2017). Sendo fundamental para colmatar dificuldades como mencionado na P14. *“Simulações regulares seriam muito úteis. A prática contínua ajuda a identificar dificuldades e a habituar os profissionais aos processos e materiais.”* e melhorar a confiança dos profissionais tal como na (P7) *“Também seria útil realizar mais simulações para treinar estas intervenções, reduzindo o nervosismo e aumentando a confiança dos profissionais.”*

Treino

“Acho que, na realidade, todos nós precisamos de mais treino. Às vezes, seria útil treinar em conjunto com as equipas de reanimação para que todos saibam o que esperar uns dos outros” (P29). Sustentado em evidência científica observa-se num estudo português sobre o treino de equipa nas ECR, através de sessões curtas de SIS e com reciclagens de 6 em 6 meses numa UCI conduziu a uma melhor gestão das PCR por parte da equipa multidisciplinar, melhor coordenação entre os membros e melhor eficiência da equipa (Santos, et al., 2019). Conforme se observa na opinião que afirma P34. *“E recapitularem, fazerem tipo umas bancas de vez em quando para o pessoal ficar mais familiarizado com o material, com as técnicas, porque pode acontecer a qualquer momento. Nós aqui temos também não é todos os dias, mas temos mais vezes, lá como não é tão comum, pelo menos para relembrar, para ficar sempre uma noção.”*

Reconhecendo diferenças entre serviços *“Há serviços onde as equipas são mais calmas e preparadas, as equipas que enfrentam mais situações estão mais à vontade”* (P25).

Outro estudo realizado com enfermeiros, comparou o impacto de sessões de treino em RCP na mortalidade dos doentes que sofreram PCR, com os dados pré treino. O retorno da circulação espontânea (RCE) aumentou de 19,7% no período pré treino, para 30,1% no período pós treino. Dos doentes que tiveram RCE, no período pré treino 27,5% dos doentes sobreviveram à alta hospitalar, enquanto no período pós treino a percentagem aumentou para 52,9% (Pareek, et al., 2018). Como a equipa a reconhecer

benefício no treino como P21. “Acredito que seria benéfico ter sessões de treino, talvez mensalmente, para toda a equipa, para rever as diretrizes e melhorar as competências de todos.”

“É difícil, porque se as equipas não tiverem contacto frequente com as situações, não vão conseguir melhorar.” (P26). Sullivan e colaboradores (2019) apresentam uma estrutura delineada de quatro tipos de treino que permitem essa melhoria. A estratégia apresentada pelos autores passa por um treino inicial, treino de manutenção, treino de reforço e, por último, um treino de atualização. O treino inicial é destinado a “iniciados” com o objetivo de alcançar competências. Após a aquisição de competências, segue-se a fase do treino de manutenção que impede a deterioração das habilidades adquiridas, sendo realizado de forma frequente, com uma duração curta de acordo com o método Low Dose and High Frequency.

“Eu acho que é importante dar mais formação prática, não apenas teórica. O treino e a certificação são importantes, mas, o conhecimento prático e a perícia são o que realmente fazem a diferença no momento da emergência.” (P25) O treino de reforço é realizado com uma frequência menor que o anterior e é utilizado quando o aprendiz é pro-eficiente, contudo a sua competência começa a diminuir superando assim a deterioração da habilidade que ocorre ao longo do tempo. Por fim, o treino de atualização, pretende restabelecer as habilidades quando a competência atinge níveis insatisfatórios (Sullivan et al., 2019).

Execução prática

A atuação encadeada dos procedimentos na abordagem à PSC em PCR, ou risco de PCR, deve ser realizada numa sequência de atitudes protocolada, tanto pelo INEM, como pela AHA e ERC, de acordo com os elos da cadeia de sobrevivência. (AHA, 2020; ERC 2021). Nesse campo identificamos uma categoria com três subcategorias, duas dessas com 2 subcategorias conforme esquema.

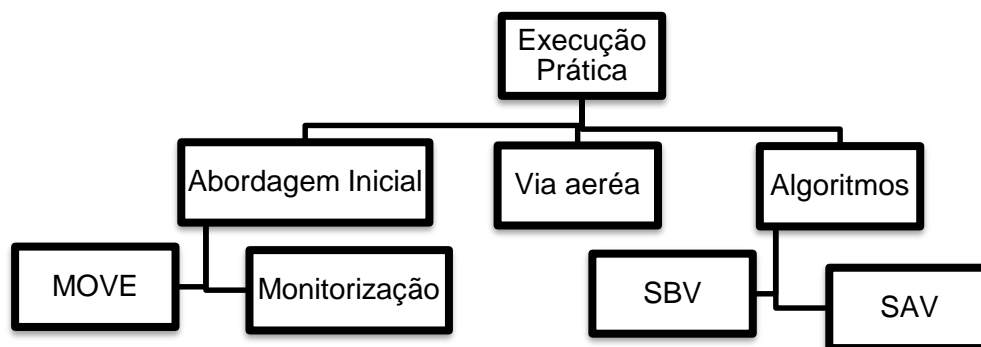


Figura 8: Categorização da execução prática

A sequência desses elos melhora significativamente a capacidade de socorro. Atualmente, a AHA atualizou a cadeia de elos, tendo definidos seis a nível intra-hospitalar, sendo eles: o Reconhecimento e prevenção precoces; o Acionamento do serviço médico de emergência; a RCP de alta qualidade; a Desfibrilhação; os Cuidados pós-PCR e, por último, o novo elo adicionado, a Recuperação (AHA, 2020; ERC, 2021).

Tabela 13– Unidade de registo da execução prática

Categoria	Subcategoria		Unidades de registo
Execução Prática	Abordagem Inicial	Monitorização	P29. “a principal dificuldade, depois da ativação, é as pessoas perceberem claramente qual é a sua função”
		MOVE	P21. “é importante ter sempre acesso intravenoso pronto, para facilitar a administração de medicamentos. Já me aconteceu chegar e o doente não ter acesso, o que dificulta a nossa intervenção”
	Via aérea		P5. “O acesso à via aérea, muitas vezes, apresenta dificuldades. Além disso, em alguns casos, o aspirador não está a funcionar. Esses são pontos críticos, especialmente o acesso à via aérea e o aspirador”
	Algoritmos	SBV	P33. “É essencial que a equipa perceba a gravidade da situação e execute o mínimo necessário, que é o suporte básico de vida. Sem isso, o resto não funciona”
		SAV	P24. “A maior falha é a falta de experiência em situações avançadas, por exemplo, no uso de medicação.”

Abordagem inicial

A atuação de enfermagem à PSC requer “(...) deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos (...)” (OE, 2018, p.19360).

” O importante é que todos saibam como iniciar uma resposta de emergência num ambiente de enfermaria. Isso inclui identificar a situação, ativar a equipa de

emergência, e saber o que fazer nos primeiros minutos até que a equipa chegue” (P20).

A avaliação ABCDE permite uma abordagem baseada em prioridades (Soar et al., 2021).

A identificação das condições potencialmente fatais e o início do tratamento emergente de forma padronizada e sequencial, tem como objetivo evitar a deterioração da condição clínica até à PCR (INEM, 2019). A EEMI reconhece uma importância significativa na abordagem inicial, no entanto, refere dificuldades P14: “mas existem falhas nesse processo inicial”.

Monitorização

“As pessoas não dão o devido valor à monitorização inicial para identificar a desfibrilação.” (P39).

O enfermeiro está presente na monitorização da PSC; o seu conhecimento vasto e eficaz, permite reconhecer os efeitos adversos esperados surgindo assim, como um profissional altamente diferenciado no cuidado à PSC. Através deste conhecimento, existe uma melhor qualidade da assistência e tratamento, atuando na prevenção e recuperação da PSC (Silva, et al., 2019). P1 “muitas vezes não monitorizam com as pás, monitorizam com os elétricos, depois, na altura da passagem para as pás, é que as coisas se tornam mais complicadas. Tem de se mudar as derivações e nota-se essa diferença”.

Nas vítimas de paragem cardíaca, o principal objetivo da monitorização eletrocardiográfica (ECG) é a identificação do ritmo para instituir de imediato o tratamento correto (INEM, 2020). Contudo, a equipa reconhece dificuldades na monitorização como refletido na P6 “A monitorização é, por vezes, insuficiente ou mal-executada”.

Move

Identificando a necessidade de prática metodológica da equipa os elementos da EEMI defendem que “devíamos apostar (...) método de trabalho baseado na utilização da mnemónica do ABCD e do move” (P45).

Intervenções, incluindo, abordagem da via aérea e ventilação, acesso venoso e identificação de causas reversíveis, são comuns a qualquer PCR (Soar et al., 2021), indo de encontro com a EEMI “o ideal seria que o paciente estivesse já com algumas medidas tomadas, como a monitorização do paciente, a administração de oxigénio, a obtenção de acessos venosos, claro.” (P26).

A atuação de enfermagem requer “(...) deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de

vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos (...)" (OE, 2018, p.19360). Na avaliação e monitorização do doente deve-se aplicar a metodologia ABCDE (Airway permeabilização da via aérea; Breathing- ventilação e oxigenação; Circulation- circulação e controlo de hemorragia; Disability- disfunção neurológica; Exposure- exposição). A abordagem ABCDE "é uma avaliação transversal utilizada na avaliação da vítima, procurando identificar lesões e tratá-las de acordo com a prioridade estabelecida pelo ABCDE" (INEM, 2020, p.27). Reconhecendo que se verificam práticas em que "Ter atenção à monitorização, oxigénio e veia, que às vezes nem sempre conseguem" (P44).

Atendendo a que administração de adrenalina aumenta a probabilidade de RCE (apesar de não haver provas seguras de que qualquer outro medicamento ou intervenção avançada sobre a via aérea melhore a sobrevivência das vítimas de PCR à data da alta hospitalar), é necessário assegurar um acesso venoso/intraósseo tão precocemente quanto possível (INEM, 2020) -" é muito importante já estar alguém na via aérea. "(P46).

Algoritmos

Por último, a utilização de algoritmos aprimorados e atualizados, bem como o recurso a meios visuais, surgem como ferramentas que facilitam e relembram a orientação da equipa em cenários de PCR. Esta ideia surge com enfoque pela AHA nas novas guidelines e deve ser considerada na atualização dos algoritmos nos serviços, bem como na utilização e adequação de novas estratégias que permitam o recurso a meios visuais disponíveis durante a PCR (AHA, 2020).

No que concerne a este ponto, observa-se alguma desatualização nos algoritmos o que pode condicionar a qualidade dos cuidados conforme descrito pela EEMI (P19) "*Durante a prestação de cuidados, há momentos em que não estão completamente a par do próximo passo, dificultando a antecipação do que é necessário*".

A cadeia de sobrevivência sumaria uma sequência de atitudes necessárias para a reanimação com sucesso, o que contribui significativamente para a melhoria de resultados na assistência às vítimas de PCR. Estes procedimentos sucedem-se de forma encadeada e interligada, em que cada elo articula o procedimento anterior com o seguinte. Esta articulação eficaz entre os vários elos é vital para que o resultado final possa ser salvar vidas (INEM, 2019). Mas constata-se que "*há atrasos ou incompletude no que deveria ser feito previamente*" (P14).

SBV

A equipa reconhece que “muitas vezes não há um monitor ligado, ou as ventilações e manobras são assíncronas” (P33). Analisando o conteúdo das entrevistas sobressaem dificuldades práticas como “Grande parte das vezes, o suporte básico de vida, nomeadamente as compressões, são mal-executadas.” (P39).

O início de SBV deve ser imediato e a realização da desfibrilhação deve ser precoce, cada minuto de atraso na desfibrilhação tem como consequência a redução da probabilidade de sobrevivência à alta hospitalar em 10-12% (INEM, 2020) como também defende a equipa na P26 “Isso é o que se pretende, quando se deteta uma paragem, que as manobras já estejam a ser feitas.”

“Às vezes acontece-me chegar e efetivamente ainda não se iniciou as manobras porque estão ali atrapalhados na avaliação” (P43). A evidência atual, comprova que o SBV com compressões e ventilações adequadas, associado à desfibrilhação precoce, determina um impacto enorme na taxa de sucesso e recuperação da pessoa em PCR (Olasveengen et al., 2021).

“Eles estão a ambulsar, mas o saco do reservatório não está a encher e ninguém percebeu essa falha ou alguém está em insuflar e não estão a fazer uma boa selagem ou fazem insuflações ao mesmo tempo que há compressões” (P46).

Os conhecimentos e competências em SBV e SAV deterioram-se em curtos intervalos de 6 meses (INEM, 2019). Na P27 estão espelhadas as dificuldades nos conhecimentos “Noto que as pessoas já fizeram o curso e sabem o básico: compressões, ventilação, mas há falhas”. Surge necessidade de treino frequente com recurso à simulação de casos e com a criação de diferentes cenários, permitirá melhorar o desempenho das equipas e a diminuição do erro, tão decisiva para a segurança e para a vida da PSC (INEM, 2019).

SAV

“Na maioria das situações em que chegamos, os doentes não estão com o Desfibrilhador Automático Externo (DAE) ligado. Ou seja, estamos a atrasar um possível choque.” (P28).

Para desenvolver competências nesta área, é necessário mobilizar conhecimentos teórico-práticos de forma recorrente, visando a prestação de cuidados ao doente, recorrendo a equipamento técnico eficaz e capaz de manter as funções vitais (Catalão e Gaspar, 2017). No entanto, *“ainda se observa alguma falta de atualização nos procedimentos.” (P11).*

O curso de SAV é um dos produtos pedagógicos certificados pelo INEM e visa criar uma linguagem e metodologia universais, para o tratamento do doente crítico e

vítima de PCR. Tendo como figura central o algoritmo de SAV, o curso desenrola-se através de palestras teóricas, workshops e bancas práticas, num ambiente que pretende simular um cenário real (INEM, 2020a). Destina-se a médicos e enfermeiros e a obtenção de certificação depende do sucesso na avaliação teórica e prática (INEM, 2020a). Esta é válida por 5 anos, altura em que o profissional deve fazer novo curso de recertificação, a fim de atualizar e reavaliar práticas e conhecimentos (INEM, 2020a).

A EEMI reconhece nos colegas falhas nesse algoritmo, tanto no conhecimento como na execução prática do algoritmo (P2) *“Os colegas não estejam tão treinados em SAV”*.

O enfermeiro deve obter a informação necessária, para que na administração de um fármaco, possa garantir a segurança na sua administração. Acrescenta ainda que a administração de medicação carece de análise e validação, devendo a decisão de administração basear-se em conhecimentos científicos devidamente consolidados, para que na administração de medicação em situações de emergência o enfermeiro possa agir de acordo com os conhecimentos e qualificação que detenha (Parecer n.º 64/2017, 2017). São igualmente reconhecidas dificuldades na preparação de fármacos, como na P2. *“Quando começamos a entrar nas amiodaronas, lá em cima as concentrações de rotina são diferentes... lá em cima também não têm essa perceção”*.

A segurança na medicação é um dos pontos fundamentais para a segurança do doente e para a redução de incidentes (Sales *et al.*, 2021b).

Também neste ponto os colegas realçam diferenças entre serviços como referido na P42. *“a maioria das vezes eles não têm essa facilidade, nem tanto com fármacos. Um por outro sim, mas na maioria das vezes não”*.

Havendo lugar para exceções, com descrição pontual de enfermeiros aptos e eficazes na preparação e administração de fármacos como defende P5. *“Não, em geral, os colegas têm uma boa noção dos fármacos utilizados em situações de paragem. Nunca me apercebi de problemas significativos nesse sentido.”*

Recomendando-se a implementação do método da comunicação em alça fechada, em que o profissional que vai administrar a medicação deve imediatamente a seguir, repetir para o prescritor o que ouviu, diminuído a probabilidade de erro (ISMP, 2017).

No que diz respeito ao doente crítico e aos profissionais (médicos e enfermeiros) que estão envolvidos no seu tratamento, é mandatório que as instituições onde trabalham garantam a formação em SAV (Nuñez *et al.*, 2020), estando até preconizado na lei, como é o caso dos serviços de urgência (Portugal, despacho n.º 10319/2014). *“Em PCR, inicialmente só estavam com ambu depois é que detetamos que já estava em PCR” (P34)*.

“Já no suporte avançado, como leitura de monitores ou interpretação de ritmos, é mais complicado” especialmente os mais novos, demonstram dificuldades. Isso é algo que só se adquire com prática.” (P16).

Foram identificadas lacunas na utilização do monitor/desfibrilhador como descreve a P9 *“Na maioria das situações, chegamos ao local e eles iniciaram suporte básico de vida, mas sem utilizar o desfibrilhador automático. Isso atrasa um possível choque”,* e a P15 *“Isso é mais complicado. Até para nós, que temos mais treino, por vezes é difícil interpretar. Para eles, que têm menos prática, torna-se ainda mais desafiante.”* *“Por vezes precisam de orientação para interpretar corretamente os traçados.” (P9).*

Como já foi mencionado anteriormente, a formação em SAV dos profissionais de saúde é, fortemente recomendada, pois tem um impacto positivo no retorno à circulação espontânea e na sobrevivência do doente vítima de PCR (Lockey *et al.*, 2018). Destacando-se diferenças entre equipas como descreve na P43 *“80% das vezes acho que já está com as pás, sim, já está com monitor com DAE.”*

No que concerne à via aérea identifica-se que *“a equipa (...) não consegue identificar bem a necessidade de ventilação, não é síncrona ou não conseguiram ter via área segura” (P41).*

Os doentes que requerem reanimação têm frequentemente obstrução da via aérea, geralmente como resultado da depressão do estado de consciência, mas, ocasionalmente, como causa cardiorrespiratória primária da paragem (INEM, 2020). Neste ponto a equipa reconhece preocupação, mas ineficácia nas medidas como sugere na P27 *“eles não sabem correlacionar as contagens com as insuflações. Não têm alguém a fazer uma boa selagem da máscara. Acredito que esses sejam os pontos fracos”.*

A avaliação imediata da via aérea, a sua permeabilização e a ventilação são essenciais, não apenas para prevenir lesões hipóxicas cerebrais e de outros órgãos vitais, mas também porque, sem uma reoxigenação adequada, pode ser impossível pôr em funcionamento um miocárdio “parado”. Na base da avaliação da vítima está sempre a metodologia ABC(DE). No entanto *“nem sempre conseguem fazer efetivamente as ventilações adequadas, o ritmo está desajustado” (P34).*

No que concerne à permeabilização da via aérea descrevem práticas positivas, como menciona a P34 *“Normalmente o ambu está, já está montado e ligado à rampa.”*

Identificando assim, possibilidades de melhoria tais como descritas na P42 *“era possível fazer para melhorar (...) se calhar a parte da farmacologia, o algoritmo, a coordenação, fazer o team leader orientar um pouco mais até nós chegarmos”.*

Na situação de PCR intra-hospitalar a divisão entre SBV e SAV é arbitrária, uma vez que a reanimação é um 'continuum' de ações coordenadas, esperando-se que os profissionais iniciem a reanimação, garantindo que todas as PCR são assistidas com segurança e conhecimento (Catalão e Gaspar, 2017).

Discussão Final

A EEMI revelou a dificuldade de detecção mecanismos organizacionais como está implícito na entrevista P33 *“é muito frequente ver que houve negligência dos sinais vitais ou do estado do doente durante as horas ou dias prévios. Isto é muito frequente, encontramos assim, já não dava, foi uma coisa súbita”*, levando conseqüente ao atraso de ativação, como mencionado na P46 *“Normalmente chamam quando já está em paragem e poderiam, por vezes, chamar antes da paragem, quando se percebem que existem sinais e sintomas de que o doente poderá entrar em paragem, evitando a PCR”*.

Analisando os resultados no estudo 1, no que concerne à Competência para a Tomada de Decisão em RCP denotam-se diferenças estatisticamente significativas (U 120.500; $p=0.004$) entre enfermeiros com 1 a 2 anos de experiência profissional no serviço, comparativamente com os enfermeiros com mais de 5 anos de experiência no serviço, com a média do tempo de experiência profissional de 18.93 anos, sendo o período mínimo registado de 5 anos e o máximo foi de 35 anos.

A aquisição de competências já é falada por Benner (2001) no seu trabalho *“De iniciado a perito: excelência e poder na prática de enfermagem”*, que considera que este processo está inerente à prática clínica, adquirido com o tempo e experiência profissional (know how) (Benner, 2001).

Na capacidade de Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR, os resultados da análise inferencial refletem menor dificuldade no enfermeiro detentor de título de mestre em detrimento do enfermeiro licenciado (U 379.000; $p= 0.022$). Também a EEMI deteta diferenças na formação e proficiência, como se destaca na entrevista P 22 *“quando as pessoas estão bem treinadas para realizar uma tarefa, naturalmente se tornam mais organizadas”*.

É de salientar a importância de enfermeiros especializados como veículo primordial para a recuperação destes doentes, evidenciando quais os riscos que uma avaliação precária ou alteração hemodinâmica podem acarretar se não revertidas de forma rápida (Silva, et al., 2019).

A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o EE possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica, que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção. (OE, 2019a). As competências do EE decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, definem-se como competências comuns aquelas que são transversais a todos os especialistas, e em

competências específicas as que correspondem a cada área de especialidade (OE, 2019a).

Ainda no que diz respeito à Competência para a Tomada de Decisão em RCP, observa-se mais dificuldade nos enfermeiros que obtiveram formação em SAV há mais de 5 anos (U 43.500; $p=0.005$), em detrimento daqueles que realizaram formação no espaço temporal de 1 até 5 anos (U 6.000; $p=0.022$). Convergindo estes resultados com o do estudo 2, como revemos na entrevista (P46.) (...)” *depois os conhecimentos não estão em dia o que agrava os cuidados*”, pelo que a formação adquire uma importância extrema nestas situações.

Na análise de conteúdo do estudo 2, a formação surge como uma necessidade inequívoca como revemos na entrevista (P18) “(...) *é importante investir em formação contínua, tanto teórica como prática, para reforçar a preparação dos profissionais para estas situações, que não são tão frequentes nos internamentos.*”. Tal como defende Greif et al. (2020), mencionando que na área da reanimação cardiopulmonar, há evidência de que as melhores práticas são conseguidas com a insistência na formação e treino regulares.

A autoconfiança é um aspeto fundamental da prática de enfermagem. Efetivamente, é descrito como a perceção que cada um tem das suas próprias habilidades, dependendo do contexto e da configuração (Perry, 2011). Para que os sistemas de resposta rápida sejam eficazes, é fundamental que os enfermeiros sejam confiantes nas suas capacidades para ativar a EEMI e manterem-se confortáveis com o seu papel durante a ativação (Pusateri, Prior, & Kiely, 2011).

A autoconfiança dos enfermeiros para atuar em situações de emergência é uma característica que se vai desenvolvendo à medida que vai aumentando a experiência profissional e o conhecimento científico na área da emergência. Deste modo, a interpretação de sinais de deterioração clínica encontra-se mais hábil e, conseqüentemente, a ativação da EEMI é mais oportuna (Alshehri et al., 2015; Massey et al., 2014; Perry, 2011; Seidi, Alhani & Salsali, 2015).

Observando, a perceção própria das competências técnicas e não técnicas para atuar em RCP, no estudo quantitativo, os enfermeiros obterem valor médio mais baixos na questão “*Confia na sua capacidade e perícia técnica para atuar em doentes/vítimas em PCR com segurança*” e na questão “*Sente-se preparado tecnicamente para atuar em PCR*”.

As indicações do INEM são claras quando apontam para a necessidade de treino mais complexo às equipas, incluindo a formação em competências técnicas e não técnicas. O objetivo é assegurar que adquirem competências que lhes permitam uma melhor atuação na abordagem ao doente crítico (INEM, 2019). Essa necessidade foi

evidenciada no estudo 2, na entrevista P20 *“Acredito que todos, em todo o hospital, deveriam ter formação em suporte básico de vida. Seria algo essencial. Para a equipa de enfermagem, formação em suporte avançado de vida seria uma vantagem significativa, especialmente no que diz respeito à gestão de “stress” e à execução correta dos primeiros passos em situações de emergência.”*

Analisando o estudo 1, verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas (U 384.0; $p=0.001$) entre os participantes que detêm a Formação SAV e a Competência para a Tomada de Decisão em RCP; assim como foram detetadas diferenças estatisticamente significativas (U 395.00; $p=0.002$) entre a formação em SAV e a Resposta em Tempo Útil à PCR.

O início imediato de manobras de SBV de qualidade e a desfibrilhação (nos casos recomendados) até entre três e cinco minutos após a PCR pode aumentar a sobrevivência da pessoa em 50-70% (INEM, 2020d). No entanto, a EEMI reconhece *“Por vezes, chegamos e o doente ainda está com o monitor do serviço, e ainda não começaram os passos do algoritmo”* (P19).

Analisando a influência do serviço nos fatores, este é estatisticamente significativo (H 29.134; $p=0.002$) onde ocorre a Atuação em RCP.

Também a EEMI deteta diferenças entre equipas como se destaca na entrevista P26 *“Atualmente, ainda há muitas equipas e elementos de enfermagem que não têm uma atualização regular. Apesar de ser uma formação gratuita e oferecida pelo hospital, nem todos aproveitam. Na urgência, temos cerca de 45 médicos sem atualização. Imaginamos que nas enfermarias isso seja ainda mais frequente. A formação deveria ser obrigatória. Apesar de ser um curso mais focado em primeiros socorros, a realidade é que muitas vezes não temos tempo para corrigir técnicas durante o curso, o que faz toda a diferença. Por isso, defendemos a obrigatoriedade de atualização constante em suporte básico de vida.”*

O ERC recomenda um programa de aprendizagem ao longo do tempo, baseado na certificação e recertificação periódicas da formação em SAV, com a possibilidade de existirem momentos de prática e avaliação real ou simulada (Greif et al., 2020). Sendo algo premente na EEMI como se constata na P26. *“A formação contínua, portanto, é crucial. Deveria ser obrigatória. Por exemplo, a atualização do suporte básico de vida (SBV) deveria ser obrigatória a cada cinco anos, o que ainda não acontece de forma consistente em todas as equipas.”*

Apesar do período referido pelo INEM, o ECR preconiza a atualização do SAV, após um período de cinco anos (Olasveengen et al., 2021). Sendo validado pela P25 *“o conhecimento prático e a perícia são o que realmente fazem a diferença no momento da emergência.”*

As equipas de EEMI permitem uma intervenção rápida como defende o elemento da equipa na entrevista P39” *não poucas vezes tem que se utilizar algum tempo no apaziguar da situação, para as pessoas tomarem as suas funções e as coisas começarem a funcionar normalmente. Leva menos de um ciclo a conseguir isso, mas as pessoas não estão preparadas de início para isso”.*

Face ao exposto anteriormente, consideramos que seria uma mais-valia aplicar um plano de formação prática. Esta ideia foi, de igual modo, sustentada na P10 *“Acho que todos precisamos de mais treino. Talvez até de treino conjunto entre as equipas, para que eles saibam o que esperamos e nós compreendamos as limitações deles. A falta de prática reflete-se nas manobras.”* .

Propomos também que seja elaborado um plano de atuação com funções definidas para cada elemento, tal como está corroborado na P19 *“Durante a prestação de cuidados, há momentos em que não estão completamente a par do próximo passo, dificultando a antecipação do que é necessário”.*

A formação de SAV é reconhecida pela EEMI como determinante *“(…) Quem conseguir, pelo menos, 50% dos enfermeiros ter SAV e conseguir que estivesse pelo menos presente um em cada turno, pelo menos assim, já fica um”* (P34)

O contexto e as condições em que os cuidados de saúde são prestados influenciam a segurança e a eficácia desses cuidados, daí a importância que existe para os resultados em saúde, especialmente no que diz respeito à qualidade e à segurança.

Projeto de melhoria

É possível desenvolver, aperfeiçoar e ampliar o conhecimento em Enfermagem com qualidade, trazendo benefícios tanto para o utente, quanto para o profissional (Teixeira e Figueiredo, 2020). Uma prática de Enfermagem baseada em evidência é aquela que incorpora a melhor evidência científica disponível, combinada com a experiência e os valores e preferências dos utentes. Essa conduta surge da necessidade de integrar os conhecimentos produzidos na prática, proporcionando benefícios em termos de saúde e a otimização dos cuidados (Teixeira e Figueiredo, 2020).

O PNSD 2021-2026 (despacho n.º 9390/2021) reconhece que a qualidade e a segurança de prestação de cuidados de saúde são extremamente importantes visando garantir os direitos do cidadão no sistema de saúde, este plano encontra-se estruturado em cinco pilares (Cultura de segurança, Liderança e governança; Comunicação; Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente; Práticas seguras em ambientes seguros) que suportam 14 objetivos estratégicos.

De acordo com a World Health Organization (WHO), a cultura de segurança numa instituição de saúde corresponde ao conjunto de valores, crenças, normas e competências individuais e de grupo que determinam o compromisso relativamente às questões da segurança do doente. Assim, as instituições e os seus gestores, ao criarem condições que garantem uma cultura centrada na segurança, proporcionam a todos, nomeadamente aos doentes, famílias e profissionais de saúde, confiança e uma maior abertura para debater sobre possíveis fragilidades do sistema e até a ocorrência de eventos indesejáveis, dando resposta a estes desafios de maior complexidade (despacho n.º 9390/2021).

Assim concluída a análise e discussão dos resultados definimos como estratégias de melhoria:

- Introdução de um Sistema de Alerta precoce, de forma a garantir a deteção de deterioração, o mais rápido possível prevenindo a PCR.

As estratégias para melhorar o reconhecimento da deterioração clínica do doente incluem uma vigilância de parâmetros vitais periódica, com recurso à definição de protocolos de monitorização, bem como o aumento da vigilância clínica (Soar *et al.*, 2021). A monitorização é essencial para detetar alterações fisiológicas durante o período de instabilidade, bem como para monitorizar os efeitos das terapêuticas e intervenções médicas instituídas (INEM, 2019).

A PCR intra-hospitalar, geralmente não ocorre com um acontecimento súbito ou inesperado, nem habitualmente é causada por doença cardíaca primária. Estes doentes têm uma deterioração fisiológica lenta e progressiva, com sinais de alerta, envolvendo na grande maioria das vezes hipoxemia e hipotensão (Soar, *et al.*, 2021).

Assim, é importante reconhecer as pessoas em risco de PCR e atuar de imediato (INEM, 2020), ideia esta também defendida pelo ERC que incentiva o uso de sistemas de deteção e alerta precoce em pessoas em deterioração a nível hospitalar, permitindo o tratamento atempado prevenindo a PCR (Olasveengen *et al.*, 2021).

O sucesso da implementação de um sistema de resposta de emergência intra-hospitalar, a qualidade do mesmo e os resultados que produzem, decorre de um processo de efetivação criterioso, em que a ativação da EEMI deve ser feita de forma consciente e meticulosa pelos diferentes profissionais (Queiroz e Nogueira, 2019).

A formação promove o desenvolvimento de competências e incute ao enfermeiro a reflexão sobre as suas práticas capacitando-o a enfrentar os problemas do quotidiano (Benner, 2001).

Dentro das Unidades Hospitalares, o recomendado é que todos os equipamentos e fármacos utilizados na reanimação estejam acondicionados de forma padronizada e, na impossibilidade, o mais idêntico possível, para que a sua utilização seja comum a qualquer profissional de saúde, independentemente do local do hospital em que se encontra, de forma a facilitar a rápida intervenção ao doente em deterioração fisiológica ou em PCR. (DGS, 2011; INEM, 2019; Soar *et al.*, 2021).

- Formação teórico-prática junto da equipa de enfermagem sobre o uso do carro de emergência (estrutura e organização) e do monitor/desfibrilhador (constituição, uso e alarmes), assegurando e uniformizando as condutas de acesso rápido ao carro de emergência; responsabilização da equipa para a sua manutenção e organização; padronização de resposta rápida, pronta e adequada em situação de emergência pela equipa, uniformizando as práticas realizadas de acordo com os protocolos internos da ULS.

Estes carros de emergência podem ser utilizados pela EEMI quando da sua ativação, e em todas as situações em que haja alteração grave dos parâmetros vitais, no entanto, a equipa deve transportar também um monitor/desfibrilhador, material da via aérea, material de acesso endovascular e fármacos de emergência (DGS, 2018).

As estratégias de formação são reconhecidas como sendo determinantes para o aumento de perícia e utilização de equipamentos de emergência, interferindo diretamente na qualidade da RCP (Catalão & Gaspar, 2017).

- Realização de um diagrama de SAV, segundo normas da ERC, para uso como elemento visual no carro de emergência do serviço.

A utilização de algoritmos aprimorados e atualizados, bem como o recurso a meios visuais, surgem como ferramentas que facilitam e relembram a orientação da equipa em cenários de PCR. Esta ideia surge com enfoque pela AHA, nas novas guidelines, e deve ser considerada na atualização dos algoritmos nos serviços, bem como na utilização e adequação de novas estratégias que permitam o recurso a meios visuais disponíveis durante a PCR (AHA 2020; INEM 2020).

- Elaboração de tabela com os fármacos existentes no carro de emergência, possíveis diluições, reconstituições, principais indicações em situação de emergência, interações e reações adversas (tabela validada pelo diretor do serviço do SUP e da equipa da EEMI da ULS).

A identificação incorreta de medicamentos pode resultar da má interpretação da prescrição médica, impressa ou manuscrita, da indicação/pedido oral do medicamento e/ou da seleção errada devido à semelhança entre denominações na lista dos medicamentos ou ao aspeto semelhante em forma, cor e/ou rótulo da embalagem. Essas semelhanças são uma das causas mais referidas na literatura para a ocorrência de erros de medicação (Bryan, *et al.*, 2021).

A avaliação de práticas, atitudes e competências assume uma importância primordial na criação de uma base estrutural para a criação de intervenções personalizadas e orientadas a contextos específicos, com vista à promoção e dinamização da prática baseada em evidência por parte dos enfermeiros (Pereira, 2021).

- Verificação da utilização da metodologia ISBAR para transmissão de cuidados seguros, (auditoria interna e confirmar necessidade formativa).

O EE deve ser detentor de perícia que lhe proporcione ser um elemento facilitador no processo de transição, nunca esquecendo que o seu papel não pode ser de substituição ou de paternalismo, mas que deve assumir ser um papel de cooperação com a PSC, para que esta possa adquirir uma melhor qualidade de vida. Por isso, a transmissão da informação nos processos de transição de cuidados de EE deve estar alicerçada numa comunicação eficaz. Essa transmissão é crucial para a descrição da situação, como também a definição dos cuidados que devem ser prestados à PSC; e isso implica um processo fundamentado num procedimento de apoio à prática segura

de cuidados de enfermagem especializada (Caselhas, 2020).

A transmissão de informação ambígua pode ter efeitos ao nível dos diagnósticos, em eventos adversos, como erros, tratamentos pouco adequados ou ineficazes. Uma comunicação ineficaz pode também ser geradora de conflitos entre os profissionais de saúde (Figueiredo, 2020). A aplicação do ISBAR demonstra ser uma ferramenta de uniformização e regulamentação da comunicação da informação em relação ao doente na passagem de turnos entre serviços distintos. Entende-se assim que os cuidados prestados irão experienciar uma melhoria visível, o que se irá refletir na segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao doente crítico (Caselhas, 2020).

Qualquer erro de transferência pode colocar em risco a segurança do doente (Burgess *et al.*, 2020; Schmidt *et al.*, 2019; Verhoken *et al.*, 2021). A Comissão Europeia considera que as falhas comunicacionais, decorrentes da transferência de comunicação deficitária, são causa de 25 a 40% de todos os eventos adversos notificados (Verhoken *et al.*, 2021).

Melhorar a segurança do doente aquando da prestação de cuidados de saúde é um processo desafiador, mas crucial (Pun *et al.*, 2019).

Na consulta bibliográfica, constatou-se que os estudos realizados com o intuito de avaliar a aplicabilidade da mnemónica ISBAR aferiram que os profissionais que aplicaram esta metodologia experimentaram alguns desafios até dominarem a mnemónica, mas perceberam que a ISBAR permitiu superar lacunas relacionadas com diferentes estilos comunicacionais que podem promover viés da informação, bem como superar limitações relacionadas com posições hierárquicas, na medida que uma estrutura de comunicação padronizada permite achatar a estrutura hierárquica e empoderar profissionais com consequentes canais de comunicação mais eficazes (Ballangrud *et al.*, 2020).

- Formação sobre comunicação e trabalho de equipa, suportado pelas recomendações para utilização de ferramentas de padronização da informação e a transmissão estruturada da informação como é o caso do ERC Guidelines 2021 (Soar, *et al.*, 2021).

O domínio cognitivo do saber-saber e do saber-fazer, da experiência e da prática, são fatores de extrema importância para reduzir o “stress” da decisão e da ação, fatores essenciais para quem trabalha em situações que implicam tomadas de decisão rápidas, eficientes e competentes (Sousa, 2021).

Rezende *et al.* (2021) num estudo concluíram que, as estratégias educacionais inovadoras desempenham um papel crucial na mudança de mentalidade dos profissionais de saúde, nomeadamente na identificação do doente como uma parte

inicial e essencial do cuidado seguro. A evidência científica sobre o efeito da formação em equipa e liderança na melhoria dos resultados dos doentes é muito baixa. No entanto, apoia a recomendação de que a formação em equipa e liderança deve ser incluída como parte dos cursos SAV para os prestadores de cuidados de saúde (Kuzovlev, *et al.*, 2021).

Por ser um dos profissionais de extrema importância na linha de frente na PCR, o enfermeiro é aquele que realiza a primeira avaliação e inicia o procedimento, pelo que a sua participação no processo deve ser sistemática, pautada no planeamento, coordenação e organização dos cuidados de reanimação, devendo manter o equilíbrio emocional, o domínio na tecnociência e as atribuições funcionais, e prestar cuidados diretos, sem esquecer que deve exercer autoridade de acordo com a ética e prática profissional após a ressuscitação (Castanheira, *et al.*, 2020).

O objetivo é assegurar que adquiram as melhores competências que lhes permitam atuar eficazmente e melhorar a sobrevivência dos doentes (INEM, 2019).

Por fim, o treino de atualização, pretende restabelecer as habilidades quando a competência atinge níveis insatisfatórios (Sullivan *et al.*, 2019).

- Definição de papéis conforme recomendado pela ERC 2021.

A atuação passa pelo seguimento cronológico dos elos identificados, reforçando a necessidade de não atrasar a desfibrilhação, sendo por isso fundamental a formação dos profissionais para a sua capacitação e segurança para a execução deste procedimento (AHA, 2020; ERC 2021).

O ERC apoia a tomada de decisão compartilhada e o planeamento de cuidados avançados que integram decisões de ressuscitação com planos de tratamento de atendimento de emergência para aumentar a clareza dos objetivos do tratamento e também evitar a privação inadvertida de outros tratamentos indicados, além da RCP. Esses planos devem ser registrados de maneira consistente (ERC, 2021).

Reconhecendo que a falta de conhecimento das funções dos membros da equipa, incluindo quem está a atuar como líder da equipa, pode levar a erros durante a RCP (Otero-Agra, *et al.* 2021). Uma reunião de equipa no início de cada turno para apresentações e alocação de funções pode apoiar o trabalho em equipa eficaz durante a ressuscitação.

Conclusão

Um dos primeiros propósitos de uma investigação é gerar informação que possa contribuir para uma melhor compreensão do fenômeno em estudo, o que implica necessariamente identificar a investigação anterior relevante com a qual esse fenômeno se relaciona, ou seja, qualquer investigador não parte do zero. Existe um corpo de conhecimento que já foi estabelecido por outros investigadores e, por isso, a literatura publicada constitui um importante recurso para o investigador no processo de planificação, implementação e interpretação dos resultados da investigação que vai iniciar (Coutinho, 2021). Por conseguinte, e de acordo com a mesma autora, a revisão da literatura ou enquadramento teórico consiste na “*identificação, localização e análise de documentos que contêm informação relacionada com o tema de uma investigação específica*” (Coutinho, 2021, p. 59).

A avaliação de práticas, atitudes e competências assume uma importância primordial na criação de uma base estrutural para a criação de intervenções personalizadas e orientadas a contextos específicos, com vista à promoção e dinamização da prática baseada em evidência por parte dos enfermeiros (Pereira, 2021).

Na prática de Enfermagem, salienta-se a importância do pensamento crítico para o julgamento clínico, o qual levará aos diagnósticos de Enfermagem, intervenções e reavaliação do plano de cuidados (Luiz *et al.*, 2020).

Por conseguinte, o EE neste âmbito, deve ser capaz de prestar cuidados de qualidade, com maior competência, aplicando as tecnologias apropriadas às abordagens biopsicossociais e espirituais, visando o cuidar da pessoa de forma holística (Oviés e Calle, 2020).

A identificação de fatores que possam influenciar a segurança do doente possibilita a implementação de melhorias nos cuidados prestados reduzindo a ocorrência de possíveis danos para os doentes. Os enfermeiros, devido à proximidade que têm com os doentes, tornam-se peças fundamentais na implementação de melhorias para a diminuição dos erros e aumento da qualidade dos cuidados prestados (Azevedo *et al.*, 2020).

Segundo Pires e colaboradores (2021), a análise crítico-reflexiva das práticas é determinante para estimular o conhecimento, o pensamento crítico e a tomada de decisão.

O trabalho de Benner é reconhecido como sendo de fácil aplicação na

enfermagem em geral, na prática avançada, nos cuidados críticos e agudos, e na educação em enfermagem, uma vez que parte do desenvolvimento da perícia perceptiva, do julgamento clínico, do conhecimento prático qualificado, comportamento ético e experiência (Alligood, 2013). O Modelo de Desenvolvimento Socioprofissional de Patrícia Benner – De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem, adequa-se não só no enquadramento e reflexão do trabalho desenvolvido em estágio, mas também, no contexto do Projeto de Intervenção, atribuindo ao EE competências de ensino, monitorização e garantia da qualidade, e competência organizacional que lhe permitem, baseado na melhor evidência, intervir na aquisição de competências de outros profissionais. Os pressupostos do modelo de Benner evidenciam a importância do papel do EE como promotor da aprendizagem.

O artigo 6.º do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro, prevê que o EE deverá ser capaz de conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade (regulamento n.º 140/2019, 2019). Assim, e considerando os Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem (OE, 2012), de acordo com o ponto 3.3 sobre Prevenção de Complicações, o enfermeiro deve realizar uma procura permanente com vista à excelência do exercício profissional, prevenindo complicações para a saúde da pessoa, o que se pretende com a realização da RCP imediata e a desfibrilhação precoce, aumentando assim as taxas de possibilidade de sobrevivência. Deve ainda proceder à identificação dos problemas potenciais da pessoa, de forma tão rápida quanto possível, implementando e avaliando as intervenções que possam levar à minimização de efeitos indesejáveis evitando os mesmos (OE, 2012). Considerando ainda o ponto 3.6 dos Padrões referidos, é mencionada a Organização dos Cuidados de Enfermagem, “ *Na procura permanente de excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem*” (OE, 2012, p.18), o que justifica a necessidade de uma política de formação contínua promotora do desenvolvimento de competências profissionais e da qualidade dos cuidados prestados, utilizando metodologias de organização dos cuidados de enfermagem que promovam a qualidade.

Os resultados deste trabalho de investigação permitem-nos refletir acerca das dificuldades dos enfermeiros na RCP intra-hospitalar, pela percepção dum baixo número de enfermeiros detentores de formação atualizada em SAV, devendo-se promover a formação no seio das equipas.

Reconhece-se importância no treino das competências não técnicas, geradoras de proficiência e segurança nos cuidados.

Referente às oportunidades de melhoria, surge o reconhecimento dos sistemas de alerta precoce de forma a permitir uma intervenção mais precoce quando detetada

deterioração do doente evitando a PCR.

Emerge a necessidade de melhoria na articulação e trabalho entre equipas com a promoção de comunicação estruturada, a definição de papéis e o *debriefing* reconhecidos como estratégias potenciadoras de melhoria na articulação entre equipas, validados pela EEMI e sustentados na bibliografia.

Espera-se que os resultados deste estudo com o colmatar do projeto de melhoria, possam contribuir para melhorar os cuidados à PSC, transpondo uma maior segurança na intervenção do enfermeiro enquanto elemento integrante da equipa de RCP. Acreditando com ele melhorar os cuidados prestados e dessa forma contribuir para diminuir possíveis complicações associadas ao evento de PCR intra-hospitalar.

Referências bibliográficas

- ACSS. (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgência*. p. 1-51
- Advanced Trauma Life Support. (2018). *Advanced Trauma Life Support – Student Course Manual* (10ª ed). American College of Surgeons.
- Agency for Clinical Innovation. (2023). *Non-invasive Ventilation Guidelines for Adult Patients with Acute Respiratory Failure: clinical practice guide*. Agency for Clinical Innovation.
- Alhazzani W, Møller MH, Arabi YM, et al. (2020). Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) *Intensive Care Med*. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06022-5>
- Allgood, M. (2013). *Nursing Theory Utilization e Application*. (5ª ed). Missouri: Mosby
- Alshahrani, B., Sim, J., Lecturer, S. e Middleton, R. (2021). Nursing interventions for pressure injury prevention among critically ill patients: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 30 (15-16), 1-18
- Alshehri, B., Ljungberg, A. K., e Rüter, A. (2015). Medical-surgical nurses' experiences of calling a rapid response team in a hospital setting: a literature review. *Middle East Journal of Nursing*, 9(3), 3-23.
- Alves, F. e Sampaio, C. (2020). Monitorização em Unidade de Cuidados Intensivos. In J. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (5/ 74-75). Lidel
- American Heart Association. (2020). Destaques das Diretrizes de RCP e ACE de 2020 da American Heart Association. <https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines>
- Armstrong P, Peckler B, Pilkinton-Ching J, McQuade D, Rogan A. (2021). Effect of simulation training on nurse leadership in a shared leadership model for cardiopulmonary resuscitation in the emergency department. *Emerg Med Australas*, 33, 255-61. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13605>
- António, A. (2019) uso da linha aeterial na vigilância à pessoa em situação crítica, dissertação de mestrado do Instituto Politécnico de Setúbal
- Araujo, N. R., Araújo, R. A., Moretti, M. A., e Chagas, A. C. P. (2022). Nursing training and retraining on cardiopulmonary resuscitation: a theoretical-practical intervention. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56, e20210521. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0521>
- Azevedo, L. R., Sousa, A. S. e Coelho, P. F. (2020). A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham

- em serviço de urgência? -revisão integrativa. *Cadernos de Saúde*, (8) 12, 12–22. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7277>
- Backes DS, Gomes RCC, Rupolo I, Büscher A, Silva MJP, Ferreira CLL. (2022) Leadership in Nursing and Health Care in the Light of Complexity Thinking. *Revista Escola Enfermagem USP*, 56, e20210553. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0553en>
- Ballangrud, R., Aase, K., e Viflad, A. (2020). Longitudinal team training programme in a Norwegian surgical ward: A qualitative study of nurses and physicians experiences with teamwork skills. *BMJ Open*, 10(7), 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035432>
- Bardin, L. - Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, (2019). ISBN 918-972-44-1506 2.
- Batassini, E., Silveira, J., Cardoso, P., Castro, D., Hochegger, T., Vieira, D., e Azzolin, K. (2019). Nursing Activities Score: qual periodicidade ideal para avaliação da carga de trabalho, *Acta Paulista de Enfermagem*.
- Batista, Bruna, Técnicas de recolha de dados em investigação: inquirir por questionário e/ou inquirir por entrevista? (pp. 13-20, 2021) In Reflexões em torno de Metodologias de Investigação recolha de dados. <https://doi.org/10.34624/ka02-fq42>
- Batista, C. (2019). Intervenções de Enfermagem na Redução de Complicações ao Doente com Entubação Endotraqueal (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal). Repositório Científico de Acesso Aberto
- Bellaguarda, M. L., da Silva Knih, N., Canever, B. P., Tholl, A. D., Alvarez, A. G., e da Cunha Teixeira, G. (2020). Simulação realística como ferramenta de ensino na comunicação de situação crítica em cuidados paliativos. *Escola Anna Nery*, 24(3). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0271>
- Bellver Capella V. (2020) Problemas bioteicas en la prestacion de los enfermeiros durante la pandemia del Covid-19, *Index de Enfermeria* 29, (1-2)
- Berge, E., Whiteley, W., Audebert, H., De Marchis, G. M., Fonseca, A. C., Padiglioni, C., de la Ossa, N. P., Strbian, D., Tsivgoulis, G., e Turc, G. (2021). European Stroke Organisation (ESO) guidelines on intravenous thrombolysis for acute ischaemic stroke. *European stroke journal*, 6 (1), I–LXII. <https://doi.org/10.1177/2396987321989865>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., e Daphne Stannard. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care* (2ª ed). Springer Publishing Company.
- Borges, A. M., Schaan, C. W., Amantéa, S. L. e Lukrafka, J. L. (2017). Ventilação

- mecânica não invasiva na bronquiolite viral aguda: estudo de coorte retrospectivo. *Revista Ciência e Saúde*, 10 (4), 232-238.
- BSimple, 2023. Produtos - BSIMPLE (b-simple.pt).
- Bryan, R, Aronson, JK, Williams, A, Jordan, S. The problem of look-alike, sound-alike name errors: Drivers and solutions. *Br J Clin Pharmacol* [Internet]. 2021 fev. 87(2): 386–394. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/bcp.14285>
- Buccione E, Cicolini G, Della Pelle C. (2019). The nurse's perception of the no-technical skills during Cardiopulmonary Resuscitation: a pilot study. *Scenario*, 36, 5-12.
- Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C. et al. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Med Educ* 20 (Suppl 2), 459 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>
- Cabral, F. D., Mendonça, A. P. M., Cabral, K. B., Cabral, R. S. C., Souza, M. C. M. C., Canevari, C. C. J., Jesus, D. C. e Silva, R. C. D. (2020). Intervenção Fisioterapêutica no Paciente com Edema Agudo do Pulmão em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Recifaqui*, 3 (10), 30-41
- Caldeira, P. (2021). Reanimação cardiopulmonar avançada no adulto. In N. Coimbra (Ed.), *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 113 – 118). Lidel.
- Campos A et al. Efeitos da supressão da aspiração endotraqueal na incidência de complicações pulmonares no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev. Pesqui Fisioter.* 2020;10(3):417- 426.
- Cant RP, Porter JE, Cooper SJ, Roberts K, Wilson I, Gartside C. (2016). Improving the non-technical skills of hospital medical emergency teams: The Team Emergency Assessment Measure (TEAM™). *Emerg Med Australas*, 28, 641-6. doi:10.1111/1742-6723.12643.
- Cantante, A. P. da S. R., Fernandes, H. I. V. M., Teixeira, M. J., Frota, M. A., Rolim, K. M. C., e Albuquerque, F. H. S. (2020). Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal. *Ciência e Saúde Coletiva*, 25(1), 261–272. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27682019>
- Caple, C. (2018). Nursing minimum data set. *Cinahl Information Systems*, 13–15. <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecordfrom=exporteid=L35386892%0Ahttp://dx.doi.org/10.1001/jama.288.20.2569%0Ahttp://sfx.library.uu.nl/utrecht?sid=EMBASE&issn=00987484&eid=doi:10.1001%2Fjama.288.20.2569&title=Optimal+diets+for+preventi>
- Caporiccio, J., Louis, K. R., Lewis-O'Connor, A., Son, K. Q., Raymond, N., Garcia-Rodriguez, I. A., Dollar, E., e Gonzalez, L. (2019). Continuing Education for Haitian Nurses: Evidence from Qualitative and Quantitative Inquiry. *Annals of global health*, 85(1), 93. <https://doi.org/10.5334/aogh.2538>

- Caputo, N. D., Strayer, R. J. e Levitan, R. (2020). Early Self-Prone in Awake, Non intubated Patients in the Emergency Department: A Single ED's Experience During the COVID 19 Pandemic. *Academic Emergency Medicine*, 27 (5), 375-378
- Cardoso, R. B., Caldas, C. P., e de Souza, P. A. (2019). Uso da teoria do conforto de Kolcaba na implementação do processo de enfermagem: Revisão integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 8(1). 50bdc68d07f06b442f89db40f39f7b358113.pdf (semanticscholar.org).
- Carvalho, M.C.; Lucas, P.R. The effectiveness of the clinical nurse leader practice— Systematic review. *Millenium* 2020, 2, 57–64. [CrossRef]
- Carqueja, E. (2018). Comunicação. In Nunes, R., Rego, F. e Rego, G. (Eds.), *Enciclopédia Luso-Brasileira de Cuidados Paliativos* (73-81). Coimbra: Almedina.
- Caselhas, Suzete. ISBAR: A comunicação na transferência de doentes do Serviço de Urgência para o Serviço de Observação do Hospital Doutor José Maria Grande. PhD Thesis. (2020).
- Castanheira, J. S., Oliveira, S. G., Rocha, L. P., Neutzling, B. R. S., Candaval, P. M., e Leite, S. S (2020). Assistência na parada cardiorrespiratória: estruturas do cuidado em saúde em uma unidade de internação hospitalar. *Research, Society and Development*, 9(9), 1-17. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7319>.
- Castilho, A., Mota, A., Cometto, M., e Malvarez, S. (2022). Gestão da Segurança do Doente. In P. Parreira, A. Castilho, M. Rocha, M. M. Martins, M. R. Santos e M. L. Souza (Coord.), *Gestão das Organizações de Saúde: Qualidade, Segurança e Desafios para o Séc. XXI*, Volume 3, 121-153).
- Catalão, M. (2005). *Equipa de Reanimação Intra-hospitalar* (Dissertação de Pós-Graduação de Urgência e Emergência). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca
- Catalão, M. e Gaspar, P. (2017). Dificuldades na assistência à paragem cardiorrespiratória intra-hospitalar: a perceção dos profissionais de saúde. *Construindo conhecimento em enfermagem à pessoa em situação crítica*, 9-27. Leiria, Instituto Politécnico de Leiria. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/2878>.
- Centers for Disease Control and Prevention (2023). Urinary Tract Infection (Catheter Associated Urinary Tract Infection [CAUTI] and Non Catheter-Associated Urinary Tract Infection [UTI]) Events. National Healthcare Safety Network, 1–18.
- Chorattas, A. M. A., Papastavrou, E., Charalambous, A. e Kouta, C. (2020). Home-Based Educational Programs for Management of Dyspnea: A Systematic Literature Review. *Home Health Care Management e Practice*, 32 (4), 211-217
- CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – do original

- ICNP Version 2 – Internacional Classification for Nursing Practice. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros – Fevereiro de 2011. Depósito Legal nº 322898/11. ISBN: 978-92-95094-35-2.
- Circular Normativa Nº 07/2010 da Direção Geral da Saúde (2010). Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Direção Geral da Saúde.
- Coimbra, N. e Coimbra, P. (2020). Trauma. In J. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (21/ 255-264). Lidel.
- Conlon, L., Clements, A., e Willis, S. (2019). 12 Major incident preparedness and management. In *Emergency and Trauma Care for Nurses and Paramedics* (3rd ed., pp. 201–242). Elsevier
- Connell, C. J., Plummer, V., Crawford, K., Endacott, R., Foley, P., Griffiths, D. L., Morphet, J. (2020). Practice priorities for acute care nursing: A Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 29 (13-14), 2615-2625
- Conselho Português de Ressuscitação. Suporte Avançado de Vida – Edição 2015 das Recomendações ERC. Tradução para português. 7th ed. Bruxelas: ERC; 2015
- Correia, S. (2020). A abordagem diagnóstica da dor torácica no contexto da emergência pré-hospitalar. *Separata Científica*, 15 (4), 19-25
- Cortez, E. N.; Rocha, F. H., Gontijo, T. L., Otoni, A. (2022). Assistance to patients with Chronic Kidney Disease in primary health care: a systematic literature review. *Research, Society and Development*, 11, (4), e35011427389. DOI: 10.33448/rsd-v11i4.27389. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/27389>. Acesso em: 18 feb. 2025.
- Costa-Dias, M. J., Magalhães, G., e Correia, A. (2021). Prevenção de quedas no adulto. In F. Barroso, L. Sales e S. Ramos (Coords.), *Guia Prático para a segurança do doente* (pp. 275-287). Lidel.
- Costa, P. (2021). Abordagem Sistematizada do Doente Crítico. In N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (8/53). Editora Lidel
- Costa, P. Martins. C e Encarnação p. (2022) Perceção dos enfermeiros acerca da transição de cuidados num serviço de urgência. *New trends in qualitative research*, 13, 4-12. <https://hdl.handle.net/1822/80942>
- Coutinho, C. P. (2021). Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática (5.ª ed.). Coimbra: Edições Almedina, S. A
- (CRASH-3): um estudo randomizado, controlado por placebo, *The Lancet*, Volume 394, Edição 10210, 1713 - 1723 Efeitos do ácido tranexâmico na morte, incapacidade, eventos vasculares oclusivos e outras morbidades em pacientes com traumatismo cranioencefálico agudo
- Culleré, J. G. (2019). Protocolo de tratamiento del ictus isquémico en fase aguda.

- Medicine - Programa de Formación <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.01.007>
Médica Continuada Acreditado.
- Delgado, S. A. (2020). Managing Pain in Critically Ill Adults: A Holistic Approach. *The American Journal of Nursing*, 120 (5), 34-42.
- Dillon, P., Moriarty, H. e Lipschik, G. (junho de 2018). Using simulation with interprofessional team training to improve RRT/code performance. *Journal of Interprofessional Education e Practice*, 11, pp. 67-72. doi:10.1016/j.xjep.2018.01.002
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Direção-Geral da Saúde, DGS (Nota a 11/05/2018) (Comissão Executiva Calouste Gulbenkian, 2018).
- Direção-Geral da Saúde. (2010). A Direcção-Geral de Saúde. Circular Normativa No 07/DQS/DQCO,1–26.; Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Direcção Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Circular Normativa: Nº 15/DQS/DQCO; Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI)
- Direção-Geral da Saúde – Orientação nº. 08/2011 - Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde. [em linha]. Lisboa. (março de 2011), p. 1-11.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma nº001/2017 de 08 de fevereiro. Departamento da Qualidade na Saúde. Direcção Geral da Saúde, 1-8.
- Direção-Geral da Saúde (2022a). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a segurança dos doentes 2021-2026. Direcção-Geral da Saúde. <http://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>
- Diretriz da Organização Europeia de AVC e da Sociedade Europeia de Terapia Neurológica Minimamente Invasiva sobre o manejo agudo da oclusão da artéria basilar. *Jornal Europeu de AVC*. 2024; 9(4):835-884. DOI:10.1177/23969873241257223
- Ditzel, R.M. Jr, Anderson, J.L., Eisenhart, W.J., Rankin, C.J., DeFeo, D.R., Oak, S., e Siegler, J. (2020). A review of transfusion- and trauma-induced hypocalcemia: Is it time to change the lethal triad to the lethal diamond? *J Trauma Acute Care Surg*; 88(3), 434-439. doi: 10.1097/TA.0000000000002570.
- D’Orazio, A., Dragonetti, A., Campagnola, G., Garza, C., Bert, F. e Frigerio, S. (2018). Patient Compliance to Non-Invasive Ventilation in Sub-Intensive Care Unit: An

- Observational Study. *Critical Care Nursing Journal*, 11 (1), 1-11
- Doucet, C. L., e Rhéaume, A. N. N. (2020). Impact of an inter-hospital transfer online module on critical care nurses' preparedness for transfers. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 31(2), 29–36.
- Ehlers, P., Seidel, M., Schacher, S., Pin, M., Fimmers, R., Kogej, M., e Gräff, I. (2021). Prospective observational multisite study of handover in the emergency department: Theory versus practice. *Western Journal of Emergency Medicine*, 22(2), 401–409. <https://doi.org/10.5811/WESTJEM.2020.9.47836>
- Einav S., Shleifer A., Kark J., Landesberg G., Matot I. (2006).- "Performance of Department Staff in the Window Between Discovery of Collapse to Cardiac Arrest Team Arrival".
- Entidade Reguladora da Saúde. (2021). Direitos e Deveres dos Utentes nos Serviços de Saúde. Entidade Reguladora da Saúde.
- Ergan, B., Nasilowski, J. e Winck, J. C. (2018). "How should we monitor patients with acute respiratory failure treated with noninvasive ventilation". *European Respiratory Review*, 27, 1-17.
- Erikson, E. J., Edelman, D. A., Brewster, F. M., Marshall, S., Turner, M., Vineet Sarode, e Brewster, D. (2023). The use of checklists in the intensive care unit: a scoping review. *Critical Care*, 27(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04758-2>
- ESSV. (2024). Guia Orientador de Estágios do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica
- ESSV. (2024). Guia orientador de trabalhos escritos. Centro de Documentação e Informação
- European Resuscitation Council, (2021). European Resuscitation Council Guide lines. <https://www.cprguidelines.eu/>
- Feijó, L. (2020). O Doente Neurocrítico. In. J. A. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp.209-220). Lidel
- Ferreira, F. e Barreira, E. (2020). Vivências do cuidar informal à pessoa com dispneia no domicílio. *Revista Onco News*, 13 (40), 6-10.
- Fernandes, S. M. G., Branco, M. e Rodrigues, P. A. R. (2019). The critically ill person submitted to noninvasive ventilation in na Emergency department. *Revista de Enfermagem de Referência*, 4 (22), 13-22
- Figueiredo, Ana Rita; Potra, Teresa Santos; Lucas, Pedro Bernardes. Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde: uma Revisão Scoping. *CIAIQ2019*, 2: 279-288.(2019)
- Filho, C., Santos, E., Silva, R., e Nogueira, L. (2015). Fatores que comprometem a qualidade da ressuscitação cardiopulmonar em unidades de internação:

- percepção do enfermeiro. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 49(6), 908-914.
- Fior, A., Leão, R., Freire, R., Quaresma, F., Mariano, M., Barreto, P., Pires, P., Filipe, E., Sousa, L., Rodrigues, J., Silva, S., Sá, T., Caldeira, V. e Salvado, V. (2015). *Manual de Curso Ventilação Não Invasiva no Doente Agudo. Ideias Médicas a Crescer*
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação. Lusodidacta.*
- Freire, V., Araújo, E. e Araújo, E. (2019). Liderança do enfermeiro nos serviços de urgência e emergência: revisão integrativa. *Brazilian Journal of health Review*, 2 (2), 2029-2041.
- Frias, A. C. M. F., e Paiva-Santos, F. M.. (2023). Concepções de enfermeiros sobre a comunicação na reunião de passagem de turno. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(2), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RVI22110>
- Fry, M., e MacGregor, C. (2014). Confidence and impact on clinical decision-making and behaviour in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 17(3), 91-97
- Fumagalli, I. H. T., Sudré, G. A., e Matumoto, S. (2021). Práticas colaborativas interprofissionais em cuidados de saúde primários: Um protocolo de scoping review. *Revista De Enfermagem Referência*, 5(6), 1–6. <https://doi.org/10.12707/RV20130>.
- Gaietto, K. J., e Brooks, M. V. (2019). The shortage of expert nephrology nurses and patient quality care indicators: A quantitative cross-sectional study.
- Gabr, A. (junho de 2019). The importance of nontechnical skills in leading cardiopulmonary resuscitation teams. *The journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 49(2), pp. 112-116. doi:10.4997/JRCPE.2019.205
- George, F. *Preparação e Condução de Auditorias da Qualidade e Segurança da Prestação de Cuidados de Saúde*. Lisboa. 2017. Disponível em: http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023323_1.pdf.
- Ghiggi, K., Almeida, G. e Audino, L. (2021). Ventilação mecânica. *Revista de Ciências da Saúde*, 32 (1) 173- 182.
- Gil, V., Domínguez-Rodríguez, A., Masip, J., Peacock, W. F. e Miró, Ó. (2019). Morphine Use in the Treatment of Acute Cardiogenic Pulmonary Edema and Its Effects on Patient Outcome: A Systematic Review. *Current Heart Failure Reports*, 16 (4), 81-88.
- Gilmartin, M.J.; Nokes, K. A Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders®: Results of a Pilot Study. *Nurs. Econ.* 2015, 33, 133–143. Available online: <https://cpb-us-e2.wpmucdn.com/faculty.sites.uci.edu/dist/d/469/files/2016/01/77.pdf> (accessed

- on 5 January 2018). [PubMed]
- Gomes, D. (2019). Comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica e família: Intervenção de enfermagem especializada (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Aberto da Universidade de Lisboa
- Gonçalves, Laís. Barreto de. Brito et al. O Uso das Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação como Recurso Educacional no Ensino de Enfermagem. em Foco, v10, e939. 2020. Disponível em: Vista do The O Uso das Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação como Recurso Educacional no Ensino de Enfermagem (cecierj.edu.br). Acesso em: 14 março. 2021.
- Governo de Portugal. (n.d.). Consentimento Informado., from <https://eportugal.gov.pt/cidadãos/cuidador-informal/consentimento-informado>
- Gräsner, J. T., Herlitz, J., Tjelmeland, I. B. M., Wnent, J., Masterson, S., Lilja, G., Bein, B., Böttiger, B. W., Rosell-Ortiz, F., Nolan, J. P., Bossaert, L., e Perkins, G. D. (2021). **European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe.** *Resuscitation*, 161, 61–79. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.007>
- Greif, R., Bhanji, F., Bigham, B. L., Bray, J., Breckwoldt, J., Cheng, A., Duff, J. P., Gilfoyle, E., Hsieh, M. J., Iwami, T., Lauridsen, K. G., Lockey, A. S., Ma, M. H., Monsieurs, K. G., Okamoto, D., Pellegrino, J. L., Yeung, J., Finn, J. C., Baldi, E., Beck, S., Zace, D. (2020). Education, Implementation, and Teams: 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Resuscitation*, 156, A188–A239. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.09.014>
- Greif, R., Lockey, A., Breckwoldt, J., Carmona, F., Conaghan, P., Kuzovlev, A., Pflanzl Knizacek, L., Sari, F., Shammet, S., Scapigliati, A., Turner, N., Yeung, J., e Monsieurs, K. G. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Education for resuscitation. *Resuscitation*, 161, 388–407. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.016>
- Griffiths, P., Maruotti, A., Recio Saucedo, A., Redfern, O. C., Ball, J. E., Briggs, J... Smith, G. B. (2019). Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study. *BMJ quality e safety*, 28(8), pp. 609–617.
- Grupo de Emergência Médica. (2018). *Manual dos Carros de Emergência*. Documento acessível no Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila de Conde, Portugal.
- Grupo de Trabalho Serviços de Urgência. (2019). Relatório do Grupo de Trabalho Serviços de Urgência. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO->
- Han, E. R., Yeo, S., Kim, M. J., Lee, Y. H., Park, K. H., & Roh, H. (2019). Medical

- education trends for future physicians in the era of advanced technology and artificial intelligence: an integrative review. *BMC medical education*, 19(1), 460. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1891-5>
- Healthcare Quality Improvement Partnership. Best practice in clinical audit. 2020. Disponível em: https://www.hqip.org.uk/wp-content/uploads/2020/05/FINAL_Best-Practice-in-Clinical-Audit-2020.pdf
- Hirakawa, A., Hatakeyama, T., Kobayashi, D., Nishiyama, C., Kada, A., Kiguchi, T. & Iwami, T. (2018). Real-time feedback, debriefing, and retraining system of cardiopulmonary resuscitation for out-of-hospital cardiac arrests: a study protocol for a cluster parallel-group randomized controlled trial. *Trials*, 19(510), pp. 1-9. doi:10.1186/s13063-018-2852-8
- Hur, Y., e Kang, Y. (2022). Nurses' experiences of communicating with patients with aphasia. *Nursing Open*, 9, 714–720. doi: 10.1002/nop2.1124
- Hurford, R., Sekhar, A., Hughes, T. A. T., e Muir, K. W. (2020). Diagnosis and management of acute ischaemic stroke. *Practical Neurology*. <https://doi.org/10.1136/practneurol-2020-002557>
- International Council of Nurses, ICNP (2019). Browser CIPE, from <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- International Council of Nurses. (2019). Core Competencies in Disaster Nursing Version 2.0 (ICN, Ed.; 1st ed.). https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster_Comp-Report_WEB.pdf
- Instituto Nacional de emergência nacional, INEM (2012). Situação de Exceção (Manual TAS). In M. Oliveira, L. Meira, M. Valente, R. Catarino, S. Cunha, B. Brito, e B. Borges (Eds.), Inem (1ª Edição). INEM. <http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), Departamento de Formação em Emergência Médica (DFEM). (2020). Manual de Suporte Avançado de Vida (versão 2.0, 1ª ed.). INEM. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), Departamento de Formação em Emergência Médica (DFEM). (2020). Manual de Suporte Avançado de Vida: Formador (versão 1.0, 1ª ed.). INEM
- Instituto Nacional de emergência nacional, INEM (2024), Manual de Técnicas de Trauma do DFEM, 2024.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2020). Causas de morte em Portugal. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INEexpgid=ine_pesquisaefrm_accas
- Institute for Safe Medication Practices. Despite Technology, Verbal Orders Persist, Read

- Back Is Not Widespread, and Errors Continue [Internet]. ISMP: 2017 mai [citado 2013 set]. Disponível em: <https://www.ismp.org/resources/despite-technology-verbal-orders-persist-read-back-not-widespread-and-errors-continue>
- Institute for Safe Medication Practices. ISMP List of High-Alert Medications in community/Ambulatory Care Settings [Internet]. Plymouth Meeting: ISMP; 2021
- Junior, J. N. A., Brandão, I. B., Francisco E. C., Almeida, S. L. R., Dias, P. O., Pereira, F. M., Ferreira, F. S., Andrade, T. S., Costa, M. M., Jordão, R. T. S., Meis, J. F., Colombo, A. L., e Candida auris Brazilian Study Group. (2021). Axillary Digital Thermometers uplifted a multidrug-susceptible *Candida auris* outbreak among COVID-19 patients in Brazil. *Mycoses*, 64(9): 1062-1072. <https://doi.org/10.1111/myc.13320>
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. (2022). KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int*, 102(4S): S1–S123
- Kim, S., Ahn, K. e Jeong, S. (fevereiro de 2018). The effect of team-based CPR on outcomes in out of hospital cardiac arrest patients: A meta-analysis. *The American Journal of Emergency Medicine*, 36(2), pp. 248-252. doi:10.1016/j.ajem.2017.07.089
- Koerich, Magda Santos; MACHADO, Rosani Ramos e COSTA, Eliani. “Ética e Bioética: para dar início à reflexão”. In *Texto contexto - enferm.* [online]. 2005, vol.14, n.1, pp. 106-110. ISSN
- Koota, E., Kääriäinen, M., e Melender, H. L. (2018). Educational interventions promoting evidence-based practice among emergency nurses: A systematic review. *International emergency nursing*, 41, 51–58. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.06.004>
- Kuzovlev, A., Monsieurs, K. G., Gilfoyle, E., Finn, J., Greif, R., & Education Implementation and Teams Task Force of the International Liaison Committee on Resuscitation (2021). The effect of team and leadership training of advanced life support providers on patient outcomes: A systematic review. *Resuscitation*, 160, 126–139. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.01.020>
- Lavonas, [et. al.] – Destaques das Diretrizes de RCP e ACE de 2020 da American Heart Association - Edição em português por H.P. Guimarães, MD, PhD, FAHA (2020). p. 1-32.
- Leal, J. S. (2019). Protocolo de diagnóstico y atención del ictus en urgencias. *Medicine - Programa de Formación* <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.01.006> Médica Continuada Acreditado.
- Leão, M., Lima, G. e Araújo, A. (2022). Cuidados de enfermagem aos pacientes

- submetidos à cinecoronariografia e o papel do enfermeiro na retirada do introdutor vascular. *Research, Society and Development*, 11 (8) 8-9.
- Lebre, A., Resendes, A., Paiva, A., Barbosa, C., Pereira, C., Gaspar, F., Silva, G., Oliveira, I., Eiras, M., Valente, M., Gaspar, M., Nunes, M., Arriaga, M., Sousa, P., Pacheco, P., Costa, S., Ramos, S. e Fonseca, V. (2022). Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Direção Geral da Saúde.
- Lera, M., Taxtsoglou, K., Iliadis, C., Frantzana, A., e Kourkouta, L. (2020). Nurses' Attitudes Toward Lifelong Learning via New Technologies. *Asian/Pacific Island nursing journal*, 5(2), 89–102. <https://doi.org/10.31372/20200502.1088>
- Lima, K.M., Maia, A.H., e Nascimento, I.C. (2019). Comunicação de más notícias em cuidados paliativos na oncopediatria. *Revista Bioética*.
- Lima, V., Silva, M., Carvalho, I., Carneiro, C., Morais, A., Torres, G. e Pinto, A. (2020). A utilização do fluxo assistencial pelo enfermeiro ao paciente com dor torácica: Facilidades e dificuldades. *Rev Bras Enferm*, 74 (2), e20190849. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167 2019-0849>.
- Li MY et al (2020) Expressão do gene ACE2 do receptor celular SARS- Cov-2 em uma ampla variedade de tecidos humanos
- Lockey, A., Lin, Y., e Cheng, A. (2018). Impact of adult advanced cardiac life support course participation on patient outcomes-A systematic review and meta analysis. *Resuscitation*, 129, 48–54. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2018.05.034>
- Loft, M., Volck, C., e Jensen, L. (2022). Communicative and Supportive Strategies: A Qualitative Study Investigating Nursing Staff's Communicative Practice With Patients With Aphasia in Stroke care. *Global Qualitative Nursing Research*, 9, 1-15. doi:10.1177/23333936221110805
- Lok CE, Huber TS, Lee T, et al; KDOQI Vascular Access Guideline Work Group. KDOQI clinical practice guideline for vascular access: 2019 update. *Am J Kidney Dis*. 2020;75(4)(suppl 2):S1-S164.
- Lopez-Garzon, M., Postigo-Martin, P., González-Santos, Á., Arroyo-Morales, M., Achalandabaso Ochoa, A., Fernández-Pérez, A. M., e Cantarero-Villanueva, I. (2022). Colorectal cancer pain up on diagnosis and after treatment: a cross-sectional comparison with healthy matched controls. *Supportive Care in Cancer*, 30(4), 3573-3584.
- Luiz, F. S., Vasconcellos, L. J. de, Barbosa, A. C. S., Paiva, A. do C. P. C., Santos, K. B. dos, Sanhudo, N. F., e Carbogim, F. da C. (2020). Papel do pensamento crítico na tomada de decisão pelo enfermeiro: Revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 38, e1763. <https://doi.org/10.25248/reas.e1763.2020>.

- Machado, A., G., F. (2019). Fatores relacionados com a aplicação de feixes de intervenção por enfermeiros de uma unidade de cuidados intensivos portuguesa (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, Braga.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (6.^a ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber
- Martins JC, Baptista RC, Coutinho VR, Mazzo A, Rodrigues MA, Mendes IA. Self-confidence for emergency intervention: adaptation and cultural validation of the Self-confidence Scale in nursing students. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014; 22(4):554-61. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3128.2451>
- Mascarenhas, J. A. F. e Nascimento, C. A. F. (2022). A gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma: Uma revisão integrativa da literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 5 (1), 617-624.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., e Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory-middle-range and situation-specific theories in nursing and practice*. Springer Publishing Company. https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situati_on_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf.
- Mendes, F., e Miguel, P. (2020). Ventilação Mecânica. In: J. A. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp.138-150). Lidel.
- Mentzelopoulos, S., Couper, K., Voorde, P., Druwé. P., Blom. M., Perkins, G., Lulic, I., Djakow, J., Raffay, V., Lilja, G., Bossaert, L. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end of life decisions. *Resuscitation*, 161, 408-432. doi: 10.1016/j.resuscitation.2021.02.017.
- Merino, M.; Silva, P.; Carvalho, M.; Pelloso, S., Baldissera, V. & Higarashi, I. (2018 jan-dez). Teorias de enfermagem na formação e na prática profissional: percepção de pós-graduandos de enfermagem. *Rene*. 19(3363), DOI: 10.15253/2175 6783.2018193363
- Miranda DR, Rijk A, Schaufeli W. (1996) Simplified Therapeutic Intevention Scoring System: the TISS-28 items - Results from a multicenter study. *CritCareMed*; 24(1): 64-73. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8565541>
- Miranda, I. (2020). *As Vivências dos Enfermeiros na Catástrofe dos Incêndios Florestais de Pedrogão Grande*. Instituto Politécnico de

http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2433/1/Isabel_Miranda.pdf do Viana

- Miranda, M. da S., Nascimento, F. A. A. do, Lima, V. N. de O., Albuquerque, F. J. de, Silva, A. L. G. da, Sales, A. de A., Costa, L. M. O., e Barbosa, N. S. (2023). Communication and safe and effective nursing care in surgical center and intensive care: integrative review. *Health Sciences Journal*, 13(2), 42-51, from <https://doi.org/10.21876/rcshci.v13i2.1393>
- Mohazzab, A., Zadeh, M. K., Dehesh, P., Abdolvand, N., Rahimi, Z., e Rahmani, S. (2022). Investigation of risk factors for tunneled hemodialysis catheters dysfunction: competing risk analysis of a tertiary center data. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12882-022-02927-z>
- Monteiro, J., e Dixe, M. (2020). Relatório de Estágio: Abordagem Especializada ao Doente Crítico [Master's thesis, Instituto Politécnico de Leiria, Repositório Institucional de Informação Científica do Instituto Politécnico de Leiria]. [https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/5748/1/Relatório Estágio Final Joana Monteiro.pdf](https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/5748/1/Relatório%20Estágio%20Final%20Joana%20Monteiro.pdf)
- Monte, R. (2020). Sedação e Analgesia no Doente Crítico. In. J. A. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp.108-115). Lidel
- Morgado, J. C. (2013). O Estudo de Caso na Investigação em Educação (4.a ed.). De Facto Editores.
- Moraes, C., Paula, G., Silva, J., e Rodrigues, M. (2016). Desafios enfrentados pela equipe de enfermagem na reanimação cardiorrespiratória em uma unidade de emergência hospitalar. *Revista Eletrônica Estácio Saúde*, 5(1), 90-99. <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/index>
- Mota, M., Cunha, M., Santos, M. R., Duarte, J., Rocha, A. R., Rodrigues, A., Gonçalves, C., Ribeiro, R., Sobreira, S., e Pereira, S. (2020). Gestão da dor na prática de enfermagem no serviço de urgência. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.29.00257> Millenium, 2, 269-279.
- Moura, A., Hayashida, K., Bernardes, A., Zanetti, A., e Gabriel, C. (2019). Liderança carismática entre os profissionais de Enfermagem: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(1), 328–335. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034
- Moura, Filipa Alexandra Ribeiro dos Santos. Comunicação: segurança no cuidar. PhD Thesis. (2019)
- National kidney foundation – NKF (2019). Clinical Practice Guideline for Vascular
- Nascimento T et al. Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma

revisão narrativa da literature, 81232021262.40802020

- Neto, J. M. R., Casadei, C. e Finger, M. A. (2020). Insuficiência Cardíaca Aguda. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 30 (2), 147-157.
- Noh, Y., e Lee, I. (2020). Effects of a stepwise handovers ISBARQ programme among nursing college students. *Nursing Open*, 7(5), 1551–1559. <https://doi.org/10.1002/nop2.537>
- Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem. *Percursos*. Setúbal: Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (17), 3–9.
- Nunes, L. (2020). Aspetos Éticos na investigação de Enfermagem. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal NURSE'IN - Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas, Departamento de Enfermagem Campus do IPS. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1>
- Nunes, M. (2022). Intervenções de Enfermagem à Pessoa Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva (Tese de Mestrado, Universidade de Évora). Repositório Científico de Acesso Aberto
- Nunes, R., Filho, R., Rodrigues, L., Araújo, B. e Feijó, D. (2019). Monitorização da Profundidade Anestésica e bis. *Revista Potiguar de Anestesiologia*, 6, 12-12.
- Nuñez, D., Gouveia, J., Almeida e Sousa, J.P., Paiva, J.A., Bento, L., Moreira, P., e Araújo, R. (2020). Atualização da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação: Medicina Intensiva. Serviço Nacional de Saúde (SNS).
- Ogliari, A., Piazzetta, G. e Filho, C. (2021). Punção arterial. *Vitalle- Revista de Ciências da Saúde*, 33 (1) 126-127
- Olasveengen, T.M. et al, European Resuscitation Council Guidelines 2021: Basic Life Support, Resuscitation, Volume 161,2021, Pages 98-114, ISSN 0300-9572, <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.009>.
(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300957221000629>)
- Oliveira, A. B. de. Silva, L. T. O.; Souza, C. S. e. The nurse's performance in cases of cardiorespiratory arrest: an integrative literature review, 2022,
- Oliveira, I. J., Ferreira, P. L., e Couto, G. R.. (2023). Projeto de melhoria contínua no cuidado à pessoa com disfagia para promover a implementação de evidências. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(2, Supl. 1), 1–9. <https://doi.org/10.12707/RVI22010>
- Oliveira da Silva, S.; Maia, V.; Haveroth, J.; Tommasetti, R. Papel da Auditoria: uma visão a partir do Twitter. *Revista Catarinense da Ciência Contábil*, 2021, 20. Disponível em: <http://revista.crcsc.org.br>
- Ordem dos enfermeiros. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros

- Ordem dos enfermeiros (2015). REPE – ESTATUTO Ordem dos Enfermeiros: Portugal, Lei n.º 8/2024, DR n.º 14/2024, Série I de 2024-01-19; Artigo 6.º-A Responsabilidade e autonomia; Código Deontológico de Enfermagem
- Ordem dos enfermeiros Colégio da Especialidade de Enfermagem de Médico Cirúrgica. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico cirúrgica: - na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Lisboa: OE https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade_emc_rev.pdf
- Ordem dos enfermeiros., Parecer Conjunto Nº 01/2017 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica, (2017). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8246/parecerconjuntoce_mceemc_01
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). Parecer do conselho de enfermagem n.º 07/2020, p. 2.
- Ordem dos enfermeiros (2022). Regulamento nº 613/2022 de 8 de julho de 2022: Regulamento que define o ato do enfermeiro, acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26674/regulamento-ato-do-enfermeiro.pdf>
- Ordem dos enfermeiros, Nota Informativa n.º 2/2017 do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros - Transporte da Pessoa em Situação Crítica - Parecer N.º 09 / 2017. [em linha]. (março de 2017)
- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). (2005). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.
- Otero-Agra, M., Varela-Casal, C., Castillo-Pereiro, N., Casillas-Cabana, M., San Román-Mata, S., Barcala-Furelos, R., e Rodríguez-Núñez, A. (2021). Podemos treinar a cadeia de sobrevivência enquanto jogamos? Validação da ferramenta «Rescube». *Anales de Pediatría (Edição em Inglês)*, 94(4), 213-222.
- Orton, M. L., Nilsen, P., Nelson Follin, N., e Dannapfel, P. (2021). Is It Possible for Registered Nurses and Physicians to Combine Research and Clinical Work to Facilitate Evidence Based Practice?. *Worldviews on evidence-based nursing*, 18(1), 15–22. <https://doi.org/10.1111/wvn.12481>
- Ovies, Á. A., e La Calle, G. H. (2020). Humanizar los cuidados reduce la mortalidad en el enfermo crítico. *Medicina intensiva*, 44(2), 122-124.
- Pacheco, L. S. P et al (2020). O processo de comunicação eficaz do enfermeiro com o paciente em cuidados paliativos. *Rev Research, Society and Development*, 9 (8).

p 1-15.

- Paiva, I. C., Amaral, A. F., e Moreira, I. M. (2021). Cuidados de enfermagem omissos: percepção de enfermeiros de um hospital de oncologia português. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), e20075. <https://doi.org/10.12707/RV20075>
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nobrega, J., Vaz, J., e Coutinho, P. (2017). *Medicina Intensiva: Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência*. Ministério da Saúde - República Portuguesa.
- Parecer nº 64/2017 do Conselho Jurisdicional. Ordem dos Enfermeiros. (2017). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer%2064_2017_DisponibilizacaoIndicacaoMedicacao.pdf.
- Pareek, M., Parmar, V., Badheka, J. e Lodh, N. (maio de 2018). Study of the impact of training of registered nurses in cardiopulmonary resuscitation in a tertiary care centre on patient mortality. *Indian Journal of Anaesthesia*, 62(5), pp. 381-384. doi:10.4103/ija.IJA_17_18
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P. e Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. *Int J Environ Res Public Health*, 18(4), 2088.
- Peltonen V, Peltonen LM, Salanterä S, Hoppu S, Elomaa J, Pappila T, et al. An observational study of technical and non-technical skills in advanced life support in the clinical setting. *Resuscitation*. 2020;153:162-8. doi:10.1016/j.resuscitation.2020.06.010.
- Peixoto, Paulo (2020). "Modelo de consentimento informado", *Fontes de Informação Sociológica – Ética e Deontologia na Sociologia*. Acedido em janeiro de 2020, retirado de http://www4.fe.uc.pt/modelo_de_consentimento_informado.pdf
- Perboni, J. S., Silva, R. C. da, e Oliveira, S. G. (2019). A humanização do cuidado na emergência na perspectiva de enfermeiros: enfoque no paciente politraumatizado. *Interações (Campo Grande)*, 959–972. <https://doi.org/10.20435/inter.v0i0.1949>
- Pereira, R. (2020). Prevenção e Controlo de Infeção. Em J. A. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 162-174). Lidel.
- Pereira, R. P. G. (2021). Eficácia clínica e prática baseada em evidências: Avaliação de atitudes, competências e práticas. In M. Júnior. *Teoria e Prática de Enfermagem: da atenção básica à alta complexidade* (pp.15-35). Editora Científica. https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/72449/1/Cap%C3%83%C2%ADtulo_EC_PBE_publicado.pdf.
- Perry, P. (2011). Concept Analysis: Confidence/Self-confidence. In *Nursing forum* (Vol. 46, No. 4, pp. 218-230). Blackwell Publishing Inc.

- Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS (6.ª ed.)* Lisboa: Edições Silabo, Lda.
- Pinheiro, P. A., e Madureira, A. (2020). Técnicas de Substituição Renal nas Unidades de Cuidados Intensivos. Em J. A. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 176-185). LIDEL.
- Pinho, A. (2020). *Enfermagem Em Cuidados Intensivos*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Pinno, P., Taschetto, C., Freitas, E., Nunes, L., Menezes, J., Petry, K., e Camponogara, S. (2020). Carga de trabalho numa unidade de internamento hospitalar de acordo com o Nursing Activities Score. *Revista de Enfermagem Referência*. Recuperado https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rretarget=publicationDetailsepesquisa=eid_artigo=3748eid_revista=55eid_edicao=239.
- Pinto, A. C. P., e Neves da Mota, L. A. (2023). Instrumentos de prática baseada na evidência para enfermeiros validados para Portugal: protocolo de scoping review. *RevSALUS - Revista Científica Internacional Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 5(1). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>
- Pires, R., Santos, M. R., Pereira, F. e Pires, M. (2021). Estratégias de Supervisão Clínica: Análise Crítico-reflexiva das práticas. *Millenium*, 2 (14), 47-55.
- Ponce, P. (2015). Lesão Renal Aguda – Avaliação e Terapêutica. In P. Ponce e J. J. Mendes (Coord.), *Manual de Medicina Intensiva* (pp.255-2639. Lisboa: Edições Lidel.
- Polit, D. F., e Beck, C. T. (2019). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem (9ª ed.)*. Artmed Editora.
- Ponce, P. (2018). *Manual de Urgências e Emergências*. 2ª edição, Lisboa LIDEL, ISBN 978 972-757-861-0
- Portugal, Decreto-Lei n.º 104/98, Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto, de 21 de abril, Diário da República n.º 93/1998, Série I-A de 1998-04-21, páginas 1739 – 1757
- Portugal, Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, artigo 16 ao 21, pág. 4150-4151, Série I de 2018-08-16, requisitos para atribuição de título de Mestre
- Portugal, Despacho n.º 18459/2006; [Diário da República n.º 176/2006, Série II de 2006-09-12](#), Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência (p.18611)
- Portugal, Despacho n.º 10319/2014, determina os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade

e define o processo de monitorização e avaliação., Diário da República n.º 153/2014, Série II de 2014-08 11, páginas 20673 – 20678

Portugal, Despacho n.º 1400-A/2015 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2015). Diário da República. II série, nº 28, 3882-4.

Portugal, Despacho n.º 5613/2015, Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, que consta do anexo ao presente despacho, Diário da República n.º 102/2015, Série II de 2015-05-27, páginas 13550 – 13553

Portugal, Despacho n.º 9639/2018 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2018). Diário da República. II série, nº 198, 27533. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>

Portugal, Despacho n.º 9390/2021: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, Diário da República, 2.a série — Nº 187 — 24 de setembro de 2021 96 (2021). <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Portugal, Despacho n.º 11543/2023 (2023, novembro 3). Instituto Politécnico de Viseu. Diário da República, 2 (219), <https://files.diariodarepublica.pt/gratuitos/2s/2023/11/2S219A0000S00.pdf>

Portugal, Despacho Normativo n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde (2014). Diário da República: 2ª Série. nº 153.

Portugal, Lei n.º 27/2006, Lei de Bases da Proteção Civil. Diário da República, 1 (126), pp. 4696-4706. <https://dre.pt/application/conteudo/537862>

Portugal, Lei n.º 156/2015 da Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da OE- Capítulo VI, Deontologia profissional. Diário da República, 1.ª série, nº 181. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf

Portugal, Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, Diário da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04, páginas 55 – 66

Portugal, Lei n.º 8/2024, DR n.º 14/2024, Série I de 2024-01-19; Artigo 6.º-A Responsabilidade e autonomia; Código Deontológico de Enfermagem

Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Unidades de AVC: Recomendações para o seu desenvolvimento. DGS, 2001.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2003, Dor como 5º sinal vital. Circular normativa Nº 09/DGCG Data: 14/06/2003

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral Saúde. (2015). Norma n.º 002/20015 Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e referênciação.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2017). Norma 001/2017:

comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Lisboa: Direção-geral de Saúde. Fevereiro, 2017 Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2017) Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. (2017). https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (2019). Norma n.º 020/2014 de 09/12/2019 da DGS. Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Direção-Geral da Saúde, p. 1-20. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (2019a). Norma clínica N.º 007/2019. Higiene das mãos nas unidades de saúde

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. Despacho nº 9390/2021. (2021) (setembro 24). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 - 2026 (PNSD 2021 -2026). Diário da República 2(187) pp.96-103

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2022). Norma n.º 019/2015 (atualizada a 29/08/2022): “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical - Portal das Normas Clínicas (min-saude.pt).

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2022). Norma n.º 022/2015 (atualizada a 29/08/2022): “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com o Cateter Venoso Central. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central - Portal das Normas Clínicas (min-saude.pt).

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2022) Norma N.º 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico. DGS https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2022). Norma n.º 021/2015 (atualizada a 17/11/2022): “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação - Portal das Normas Clínicas (min-saude.pt).

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Norma nº 008/2023 de

- 19/12/2023 da Direção Geral da Saúde, Medicamentos de Alta Vigilância Portugal, Ministério da Saúde., (Orientação n.º 008/2011) Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde
- Portugal, Ordem dos Enfermeiros. (18 de fevereiro de 2011) Regulamento n.º 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/3477011> Regulamento n.º 124/2011, 18 de fevereiro de 2011.
- Portugal, Ordem dos Enfermeiros. (2011) Regulamento n.º 124/2011. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica Pub. L. No. Diário da República: II Série, Nº 35 (2011).
- Portugal, Ordem dos Enfermeiros. (10 de março de 2015) Regulamento n.º 101/2015. Regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor. Diário da República, 2(48), pp.5948-5952. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/101-2015-66699805>
- Portugal, Ordem dos Enfermeiros. (26 de junho de 2015). Regulamento n.º 361/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª Série, n.º 123, p. 17240 17243.; 19362.
- Portugal, Ordem dos Enfermeiros. (16 de julho de 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. Diário da República, 2 (135), pp. 19359 19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Portugal, Ordem dos Enfermeiros. (2019) Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da Republica, 2ª série – Nº 26 – 6 de fevereiro <https://dre.pt/application/file/a/119189160>
- Portugal, Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República: 2ª Série, n.º 184, 128-155.
- Portugal, Ordem dos Enfermeiros (2022). Regulamento n.º 613/2022 de 8 de julho de 2022: Regulamento que define o ato do enfermeiro, from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26674/regulamento-ato-do-enfermeiro.pdf>

Portugal, Regulamento n.º 533/2014, Diário da República n.º 233/2014, Série II de 2014-12-02, de 2 de dezembro, páginas 30247 – 30254, Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem

Priberam. Auditoria. 2021. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/auditoria>

Prudente, Mauro Godoy. Bioética: Conceitos Fundamentais. Porto Alegre: Ed. do Autor, 2000

Pun, J., Chan, E., Man, M., Eggins, S., e Slade, D. (2019). Pre- and post evaluations of the effects of the Connect, Ask, Respond and Empathise (CARE) protocol on nursing handover: A case study of a bilingual hospital in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 28(15–16), 3001–3011. <https://doi.org/10.1111/jocn.14871>

Purwadi, H., Breden, K., McCloud, C., e Pranata, S. (2021). The SALT and START Triage Systems for Classifying Patient Acuity Level: A Systematic Review. In *Nurse Media Journal of Nursing* (Vol. 11, Issue 3, pp. 413–427). Diponegoro University- Department of Nursing, Faculty of Medicine. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v11i3.37008>

Pusateri, M. E., Prior, M. M., e Kiely, S. C. (2011). Original Research: The Role of the Non-ICU Staff Nurse on a Medical Emergency Team: Perceptions and Understanding. *AJN The American Journal of Nursing*, 111(5), 22-29.

Queiroz, A.S.; Nogueira, L.S. - Nurses perception of the quality of the Rapid Response Team. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 72. (2019), p.238-245

Quinteiro, C. (2021). Pressão de insuflação do balão do controlo do cuff do tubo endotraqueal: Conhecimentos dos enfermeiros (Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu). Repositório Científico de Acesso Aberto.

Rabello CM, Pozzebon BR, Santos KPP, Glass MCW, Cruz TH, Eberhardt, T. D. Conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da parada cardiorrespiratória. *Brazilian journal of development*, 2022. Acesso Em:: 11/02/2023. Disponível em: <https://sojs.brazilianjournals.com.br/sojsindex.phpBRJDArticleview44483pdf>.

Rahmani F, Salmasi S, Rezaeifar P. Prone Position Effects in the Treatment of Covid-19 Patients. *Caspian J Intern Med*. 2020 Fall;11(Suppl 1):580-582. doi: 10.22088/cjim.11.0.580.

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), 1-7.
- Reis, J. e Silva, C. (2021). Implementation of Standard Operating Procedure: care in arterial catheterization in intensive care. *Research Society and Development* (10) 2-3
- Rezende, H., Melleiro, M. M., Marques, P. A. O. e Barker, T. H. (2021). Interventions to reduce patient identification errors in the hospital setting: A systematic review. *The Open Nursing Journal*, 15(1), 109–121. <https://doi.org/10.2174/1874434602115010109>.
- Ribeiro, K.R., Soares, T.A., Borges, M.M., Abreu, E.P., Santos, A.R., e Gonçalves, F.A. (2020). Fatores associados a síndrome coronariana aguda e sua prevalência entre os gêneros: revisão integrativa.
- Riggs, M., Franklin, R., e Saylany, L. (2019). Associations between cardiopulmonary resuscitation (CPR) knowledge, self-efficacy, training history and willingness to perform CPR and CPR psychomotor skills: A systematic review. *Resuscitation*, 138, 259–272. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.03.019>
- Rocha, C. C. p., e Branco, (2022). caracterização do fluxo ativação da equipa de emergência médica intra-hospitalar. *Servir*, 2(03), e27555. <https://doi.org/10.48492/servir0203.27555>
- Rocha, E., Passos, H. (2020). Nutrição artificial. In. J. A. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp.151-160). Lidel. Rossaint et al. *Critical Care*, 2023, The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: sixth edition, <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04327>
- Roh YS, Issenberg SB, Chung HS, Kim SS. Development and Psychometric Evaluation of the Resuscitation Self-efficacy Scale for Nurses. *J Korean Acad Nurs*. 2012;42(7):1079-1086.
- Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. Em *Revista Medica Clínica Las Condes*, 30(2), 120–125. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.03.005>
- Sá, F. L. F. R. G. e Henriques, H. M. da S. R. (2021). Estratégias de comunicação com a família da pessoa em situação crítica: Revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (26), 109-123. <https://doi.org/10.19131/rpasm.313>.
- Sales, L., Barroso, F., e Ramos, S. (2021a). Identificação inequívoca do doente. In F. Barroso, L. Sales e S. Ramos (Coords.), *Guia Prático para a segurança do doente* (pp. 209 216). Lidel.

- Salomé, G. e Lobo, G. (2022). Decúbito de Prona. In G. Salomé, G. Lobo, S. Silva e J. Neto, Decúbito de Prona - Prevenindo Lesão por Pressão (2 /17-26). Bagai
- Sampieri, R.; Collado, C.; Lucio, P. - Metodologia de pesquisa. 5ª ed. São Paulo: McGraw-Hill, (2013). ISBN ISBN 978-85-65848-36-7.
- Sanjuan, E., Pancorbo, O., Santana, K., Miñarro, O., Sala, V., Muchada, M., Boned, S., Juega, J. M., Pagola, J., García-Tornel, Á., Requena, M., Rodríguez-Villatoro, N., Rodríguez Luna, D., Deck, M., Ribo, M., Molina, C. A., Meler, P., Romero, V., Dalmases, G., Rodríguez-Samaniego, M. T., ... Rubiera, M. (2020). Management of acute stroke. Specific nursing care and treatments in the stroke unit. Manejo del ictus agudo. Tratamientos y cuidados específicos de enfermería en la Unidad de Ictus. *Neurologia*, S0213-4853(20)30291-7. Advance <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.07.025> online publication.
- Santana, A. V. B. de, Santana, K. N. M., Souza, M. S. de, e Santos, S. O. F. (2023). Assistência de enfermagem: Os desafios enfrentados no processo da sedação. *Research, Society and Development*, 12 (4), e19012441133. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i4.411133>.
- Santos, E. S. e Timerman, A. (2018). Chest Pain in the Emergency Room: Who is left and who can be released? *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 28 (4), 394-402.
- Santos L., Lima, J., Garcia, F., Monteiro, F., Silva, N. e Silva, J. (2019). Orientações metodológicas para a elaboração de trabalhos de investigação. *Cadernos do IUM*, 2 (8), pp. 1-175. https://www.ium.pt/s/wp-content/uploads/20190821_CAD-08_Miolo_WEB-1.pdf
- Santos, Reginaçdo Passoni., Carvalho, Ariana Rodrigues., Alves, Sidnei Roberto., Lordani, Tarcisio Vitor., Vattimo, Maria, Fatima., Peres, Luis Alberto (2021) Intradialytic complications in patients with acute kidney injury. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO0168345>
- Scarton, J., Claro, L., Paula, S., Perim, L., Ventura, J. e Medeiros, S. (2020). Formação permanente: contribuições para a prática pedagógica do enfermeiro. *Research, Society and Development*. Silva, D. M., e Silva, E. M. (11 de 2004). O Ensino Clínico na formação em Enfermagem. (I. P. Viseu, Ed.) de Millenium: Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CleDETS)
- Schmidt, T., Kocher, D., Mahendran, P., e Denecke, K. (2019). Dynamic pocket card for implementing ISBAR in shift handover communication. *Studies in Health Technology and Informatics*, 267, 224–229. <https://doi.org/10.3233/SHTI190831>

- Seyfi, S., Armi, P. e Mouodi, S. (2019). New modalities for non-invasive positive pressure ventilation: A review article. *Caspian Journal Interna Medicine*, 10 (1), 1-6.
- Shi, J., Zhou, C., Pan, W., Sun, H., Liu, S., Feng, W., Wang, W., Cheng, Z., Wang, Y., Zheng, Z., e OPTIMAL Study Group (2022). Effect of High- vs Low-Dose Tranexamic Acid Infusion on Need for Red Blood Cell Transfusion and Adverse Events in Patients Undergoing Cardiac Surgery: The OPTIMAL Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 328(4), 336–347. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.10725>
- Siarkowski, M., Lin, K., Li, S. S., Al Sultan, A., Ganshorn, H., Kamal, N., Hill, M., e Lang, E. (2020). Meta-analysis of interventions to reduce door to needle times in acute ischaemic stroke patients. In *BMJ Open Quality*. <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2020-000915>
- Silva, Eloyne Tavares, et al. Fatores que influenciam a segurança do paciente em serviços de urgência e emergência: revisão integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem* (2019)
- Silva, J. F. T., Martins, A. S. S., Cardoso, M. Q., Carvalho, M. S., Brito, J. S., Rocha, S. M. A., Júnior, V. O. L., Lima, E. A. P., Santos, I. R. S., Tomaz, S. C., Santos, R. L., Filho, M. A. R., Costa, J. B., Machado, B. A. S. e Bomfim, V. V. B. S. (2021a) Assistência de enfermagem a paciente vítima de traumatismo cranioencefálico. *Research, Society and Development*, 10 (9), 1-8.
- Sinnenberg, L. e Givertz, M. M. (2020). Acute heart failure. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 30 (2), 104-112
- Soar, J., Bottiger, B., Carli, P., Couper, K., Deakin, C., e e Therese Djarv, T. et al. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. *Resuscitation*, 161, 115 -151. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>
- Sobreiro, J. (2017) Perfil das competências do enfermeiro no Transporte Inter-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica (Dissertação da Escola Superior de Saude do IPEleiria
- Sociedade Europeia de Cardiologia (2021). Recomendações para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca e crónica. Sociedade Europeia de Cardiologia
- Sonneborn, O., e Williams, A. (2020). How does the 2020 revised definition of pain impact nursing practice? *Journal of Perioperative Nursing* <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1104> *Nursing*, 33(4), 25–2
- Sousa, L. M. e Santos, M. V. F. (2021). Application of the Glasgow coma scale: a bibliometric analysis of publications in the field of Nursing. *Research, Society and Development*, 10 (14), 1-15.
- Sousa, J., Meneses, D., Alves, D., Machado, L., Príncipe, F., e Mota, L. (2019). Teor da informação partilhada entre enfermeiros durante a passagem de turno no serviço

- de urgência. *Revista de Enfermagem Referência*, serIV(21), 151–158. <https://doi.org/10.12707/RIV19014>
- Specchia, M. L., Cozzolino, M. R., Carini, E., Pilla, A., Galletti, C., Ricciardi, W. e Damiani, G. (2021). Estilos de Liderança e Satisfação Profissional do Enfermeiro. Resultados de uma Revisão Sistemática. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (4), 1-15.
- Strbova, P., Mackova, S., Miksova, Z., e Urbanek, K. (2015). Medication Errors in Intravenous Drug Preparation and Administration: A Brief Review. *Journal of Nursing e Care*, 04(05). 1-5.
- Stump, G. S., Husman, J., e Brem, S. K. (2012). The Nursing Student Self Efficacy Scale: Development using item response theory. *Nursing Research Surgeons*, A. C. of. (2018). *Advanced Trauma Life Support Student Course Manual (Tenth Edit, Vol. 48, Issue 5)*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.1993.tb07025.x>.
- Sullivan, A., Elshenawy, S., Ades, A. e Sawyer, T. (2019). Acquiring and Maintaining Technical Skills Using Simulation: Maintenance, Booster, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31723493/>
- Szczeklik, W., [et. al.] - Attitudes of healthcare professionals towards the introduction of rapid response teams in Poland: a survey study after 6 months of a pilot program in 25 hospitals. *Polish Archives of Internal Medicine*. Vol.129, N. ° 12 (2019), p.949-955.
- Teixeira, A. C., e Figueiredo, M. C. B. (2020). Investigação e prática baseada na evidência. In J. Pinho (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos*, (pp. 8-20). Lidel.
- Toews, A., Martin, D., e Chernomas, W. (2021). Clinical debriefing: A concept analysis. *J Clin Nurs*, 30, 1491-1501. <https://doi.org/10.1111/jocn.15636>
- Thorne, C. J., Kimani, P. K., Hampshire, S., Begum-Ali, S., Perkins, G. D., e Advanced Life Support Subcommittee of the Resuscitation Council UK (2020). Feedback in advanced life support: A quality improvement initiative. *Resuscitation*, 155, 189–198. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.07.032>
- Timsit, J.-F., Rupp, M., Bouza, E., Chopra, V., Kärpänen, T., Laupland, K., . . . Zingg, W. (2018). State of the art review on optimal practices to prevent, recognize, and manage complications associated with intravascular devices <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00134-018-5212-y>
- Toews, A. J., Martin, D. E., e Chernomas, W. M. (2021). Clinical debriefing: A concept analysis. *Journal of clinical nursing*, 30(11-12), 1491–1501. <https://doi.org/10.1111/jocn.15636>
- Tronchin et al, 2022, PROCESSOS DE MELHORIA CONTÍNUA DE QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

- ULSVDL; Plano Hospitalar de Emergência Externa, P.H.E.E, janeiro de 2019, Boletim interno, nd).
- ULSVDL, janeiro de 2020, operacionalização da via verde, Boletim interno, nd
- Verholen, N., Vogt, L., Klasen, M., Schmidt, M., Beckers, S., Marx, G., e Sopka, S. (2021). Do digital handover checklists influence the clinical outcome parameters of intensive care unit patients? A Randomized controlled pilot study. *Frontiers in Medicine*, 8, 1–9. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.661343>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento* (3º ed.) Edições Sílabo. ISBN: 978 989-561-097-6
- Warner, J. J., Harrington, R. A., Sacco, R. L., e Elkind, M. S. V. (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke. In *Stroke*. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.119.027708>
- Wooten, R., Kothari, D., Pryor, R., e Bearman, G. (2022). Preventing Hemodialysis Catheter Related Bloodstream Infections: Barriers, Controversies, and Best Practices. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11908-022-00773-6>
- World Health Organization. Third Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm. Strategic Framework [Internet] Geneva: WHO, 2018, Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>.
- World Health Organization. Medication safety in high-risk situations [Internet]. Geneva: WHO 2019 48p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325131>
- World Health Organization. (2020, September 20). World Patient Safety Day 20. Acedido em: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2020>
- World Health Organization. (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2022). WHO European Regional Obesity Report 2022. World Health Organization. Regional Office for Europe

Apêndices

Apêndice 1

CONSENTIMENTO LIVRE, INFORMADO E ESCLARECIDO (CLIE)

Eu, Susana Filipa de Almeida Marques enfermeira em funções no serviço de internamento de Cirurgia a realizar o curso de mestrado em médico-cirúrgica na pessoa em situação crítica sou investigadora principal do estudo **(Perceção das dificuldades de reanimação intra-hospitalar: visão dos enfermeiros de internamento vs. dos profissionais da equipa de emergência)** pretendendo identificar as dificuldades sentidas aquando duma reanimação em contexto de internamento, realizando depois um paralelismo com a perceção dos elementos da equipa de emergência interna que apoiam as equipas de internamento para assim delinear um projeto de melhoria inserido na dissertação de mestrado Venho pedir que comigo colabore, pois sem a sua participação não será possível concretizar com êxito este projeto.

O que solicito é o preenchimento da escala abaixo apresentada que se baseia na Escala de Perceção de Dificuldades na Assistência à PCR Intra-Hospitalar – EPDAPI, validada em Portugal em 2017 sendo que não existem para o participante, quaisquer riscos, inconvenientes, ou eventualmente contrapartidas ou apoios que amenizem encargos, como despesas causadas pela participação). Este trabalho envolve-me como investigadora principal e a enf. Teresa Lopes, professora doutorada em funções de orientação pedagógica da dissertação e ambas não teremos quaisquer benefícios financeiros ou outros, diretos ou indiretos, reais ou potenciais, presumíveis para além dos científicos / académicos.

A sua confidencialidade está garantida pela conversão dos seus dados em numeração sendo que apenas o investigador e o seu orientador terão acesso aos seus dados pessoais os quais em todo o caso não serão divulgados, pois serão utilizados sob codificação e serão destruídos após conclusão do curso de Mestrado em fevereiro de 2025.

A participação que solicito é voluntária, isto é, não se sinta obrigado a participar, e pode decidir não participar desde o primeiro momento ou noutra qualquer, sem que daí advenham quaisquer prejuízos para si em qualquer perspetiva. Uma vez que a sua decisão de participar é voluntária, livre e informada pelo presente documento, mas também esclarecida em tudo o que tiver dúvidas, qualquer pergunta, dúvida ou informação adicional de que necessite para a sua decisão poderá ser-me colocada ou transmitida através do email pv4115@essv.ipv.pt ou pelo contato telefónico 966285627)

(assinatura do investigador)

Ao assinar este documento confirmo que (quando trabalho da equipa de investigação) transmiti toda a informação nela contida, e expliquei e dei resposta a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante.

Viseu, _____, de _____, _____

(assinatura do participante)

Ao assinar esta declaração assumo que irei colaborar livremente, que li e compreendi a informação e os esclarecimentos que me foram dados, e a meu contento, acerca da minha participação, e tive tempo suficiente para me decidir e neles ponderar. Aceito participar nas tarefas que me são solicitadas, sabendo que nada me impede de mudar de posição, sendo que poderei manifestar o desejo de não colaborar, sem que tal implique quaisquer perdas de direitos ou acarrete prejuízos pessoais.

Categorização sociodemográfica:

Idade	Inferior a 30 anos	Entre 30 a 39 anos	Entre 40 a 49 anos	Superior a 50 anos
-------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

Tempo de exercício profissional _____	Tempo de exercício neste serviço de internamento _____	Sexo	Feminino Masculino
--	---	------	-----------------------

Formação em SBV	S N	Formação em SAV	S N
Tempo decorrido desde última formação de SBV		Tempo decorrido desde última formação de SBV	

Categoria profissional	Licenciatura:	Mestrado:	Doutoramento:	Outro:
------------------------	---------------	-----------	---------------	--------

Legenda:

- 5: muito frequentemente
- 4: frequentemente
- 3: ocasionalmente
- 2: raramente
- 1: nunca

Perceção dos enfermeiros no serviço de Internamento:

	5	4	3	2	1
1. No seu serviço, um doente em PCR é assistido em menos de 5min com SBV?					
2. No seu serviço, um doente em PCR é assistido em menos de 5min com SAV?					
3. No seu serviço, consegue monitorizar um doente em 90 segundos?					
4. No seu serviço, tem disponível equipamento para RCP a menos de 4 minutos do local da PCR?					
5. No seu serviço está disponível para uso imediato um carro de emergência?					
6. No seu serviço, todos os doentes em risco de PCR estão monitorizados					
7. Em caso de necessidade, existem monitores de sinais vitais em numero suficiente, em relação ao numero de doente					
8. Todos os profissionais tomam conhecimento simultaneamente de que um evento de PCR está a ocorrer (ex. uso da campainha com alarme sonoro através da palavra Paragem em projeção de voz					
9. Quando solicitada a ajuda diferenciada para o serviço de apoio referenciado é sempre o profissional de saúde destacado para a assistência que atende o telefone					
10. Depois de solicitada a ajuda diferenciada esta chega ao local do evento de PCR em menos de 4 minutos					
11. A ajuda diferenciada está familiarizada com as guidelines do SBV e do SAV em vigor					
12. Ajuda diferenciada providencia a instalação do doente de PCR após RCP no serviço de UCI ou UMDC ou S.U					
13. O n. de extensão telefónica para a qual devem ligar para solicitar a ajuda diferenciada está disponível e rapidamente acessível					
14. Para solicitar a ajuda diferenciada, existe apenas um nº de extensão telefónica, em linha direta e única, para o efeito					

15. Tem dificuldade em manusear o monitor desfibrilhador com segurança					
16. Habitualmente utiliza o monitor desfibrilhador					
17. Em RCP, não tem dúvidas nos algoritmos de SAV					
18. Conhece os fármacos de reanimação					
19. Utiliza regularmente os fármacos de reanimação					
20. Nos últimos 12 meses, iniciou manobras de RCP em pelo menos 1 doente					
21. Conhece todos os materiais do carro de emergência					
22. Manuseia, sem dificuldade todos os manterias do carro de emergência					
23. Conhece o sistema de assistência à PCR instituído a nível hospitalar					
24. Conhece a escala de Glasgow					
25. Consegue perceber sempre se a respiração de um doente está a ser eficaz					
26. Avalia sempre a qualidade do pulso periférico num doente não reativo a estímulos externos					
27. Reconhece com facilidade um doente emergente					
28. Ao monitorizar o doente reconhece com facilidade os traçados cardíacos emergentes					
29. Num sítio inesperado (ex. escadas, elevador) se for chamado para ajudar num evento de PCR normalmente assume a Liderança da Situação					
30. Quando colabora na assistência a um doente em PCR executa os procedimentos com nervosismo					
31. Sente-se preparado emocionalmente para atuar em PCR					
32. Sente-se preparado tecnicamente para atuar em PCR					
33. Confia na sua capacidade e perícia técnica para atuar em doentes em PCR com segurança					

Foi pedido autorização de utilização de escala ao autor inicial Pedro Gaspar

Apêndice 2

Analise descritiva da Aplicação do Questionário liker da Escala de Percepção de Dificuldades na Assistência à PCR Intra-Hospitalar – EPDAPI

Questionário Liker da Escala de Percepção de Dificuldades na Assistência à PCR Intra-Hospitalar – EPDAPI	n (%)
Questão 1 <i>No seu Serviço, um doente em PCR é assistido em menos de 5 minutos com SBV</i>	74
Raramente	1 (1.4 %)
Ocasionalmente	1 (1.4 %)
Frequentemente	15 (20.3 %)
Muito frequentemente	57 (77.0 %)
Questão 2 <i>No seu Serviço, um doente em PCR é assistido em menos de 5 minutos com SAV</i>	
Ocasionalmente	17 (23.0%)
Frequentemente	27 (36.5%)
Muito frequentemente	30 (40.5%)
Questão 3 <i>No seu Serviço, consegue Monitorizar um doente/vítima em 90 segundos</i>	
Raramente	2 (2.7%)
Ocasionalmente	9 (12.2%)
Frequentemente	30 (40.5%)
Muito frequentemente	33 (44.6%)
Questão 6 <i>No seu Serviço, tem disponível equipamento para RCP a menos de 4 minutos do local da PCR.</i>	
Raramente	1 (1.4%)
Frequentemente	9 (12.2%)
Muito frequentemente	64 (86.5%)
Questão 7 <i>No seu serviço está disponível, para uso imediato, um carro de</i>	

<i>emergência.</i>	
Raramente	1 (1.4%)
Frequentemente	2 (2.7%)
Muito frequentemente	71 (95.9%)
Questão 9 <i>No seu serviço, todos os doentes em risco de PCR estão monitorizados.</i>	
Nunca	2 (2.7%)
Raramente	6 (8.1%)
Ocasionalmente	20 (27%)
Frequentemente	22 (29.7%)
Muito frequentemente	24 (32.4%)
Questão 13 <i>Em caso de necessidade, existem monitores de sinais vitais em número suficiente, em relação ao número de doentes/vítimas.</i>	
Nunca	5 (6.8%)
Raramente	15 (20.3%)
Ocasionalmente	13 (17.6%)
Frequentemente	18 (24.3%)
Muito frequentemente	23 (31.1%)
Questão 14 <i>Todos os profissionais tomam conhecimento, simultaneamente, de que um evento de PCR está a ocorrer (ex. uso de campanha com alarme sonoro; uso de palavra código “Paragem” em projeção de voz).</i>	
Nunca	4 (5.4%)
Raramente	7 (9.5%)
Ocasionalmente	8 (10.8%)
Frequentemente	23 (31.1%)
Muito frequentemente	32 (43.2%)
Questão 16 <i>Quando solicita a ajuda diferenciada, para o serviço de apoio referenciado (ex. S.Urgência), é sempre o profissional de saúde destacado para a assistência que atende o telefone.</i>	
Nunca	2 (2.7%)

Raramente	4 (5.4%)
Ocasionalmente	9 (12.2%)
Frequentemente	22 (29.7%)
Muito frequentemente	37 (50.0%)
Questão 18 <i>Depois de solicitada a ajuda diferenciada, esta chega ao local do evento de PCR, em menos de 4 minutos.</i>	
Raramente	1 (1.4%)
Ocasionalmente	10 (13.5%)
Frequentemente	34 (45.9%)
Muito frequentemente	29 (39.2%)
Questão 19 <i>A ajuda diferenciada está familiarizada com as guidelines do SBV e do SAV em vigor.</i>	
Ocasionalmente	1 (1.4%)
Frequentemente	15 (20.3%)
Muito frequentemente	58 (78.4%)
Questão 21 <i>A ajuda diferenciada providencia a instalação do doente/vítima de PCR, após RCP, em serviço de UCI ou S.Urgência.</i>	
Nunca	2 (2.7%)
Raramente	5 (6.8%)
Ocasionalmente	15 (20.3%)
Frequentemente	27 (36.5%)
Muito frequentemente	25 (33.8%)
Questão 25 <i>O nº da extensão telefónica para a qual devem ligar para solicitar a ajuda diferenciada está disponível e rapidamente acessível.</i>	
Ocasionalmente	1 (1.4%)
Frequentemente	12 (16.2%)
Muito frequentemente	61 (82.4%)
Questão 26 <i>Para solicitar a ajuda diferenciada, existe apenas um nº de extensão telefónica, em linha direta e única, para o efeito.</i>	
Nunca	1 (1.4%)

Raramente	2 (2.7%)
Ocasionalmente	1 (1.4%)
Frequentemente	7 (9.5%)
Muito frequentemente	63 (85.1%)
Questão 27 <i>Tem dificuldades em manusear o Monitor Desfibrilhador com segurança.</i>	
Nunca	8 (10.8%)
Raramente	19 (25.7%)
Ocasionalmente	33 (44.6%)
Frequentemente	11 (14.9%)
Muito frequentemente	3 (4.1%)
Questão 28 <i>Habitualmente utiliza o Monitor Desfibrilhador.</i>	
Nunca	5 (6.8%)
Raramente	39 (52.7%)
Ocasionalmente	19 (25.7%)
Frequentemente	7 (9.5%)
Muito frequentemente	4 (5.4%)
Questão 30 <i>Em RCP, não tem dúvidas nos algoritmos de SAV.</i>	
Nunca	8 (10.8%)
Raramente	14 (18.9%)
Ocasionalmente	36 (48.6%)
Frequentemente	13 (17.6%)
Muito frequentemente	3 (4.1%)
Questão 31 <i>Conhece os fármacos de reanimação.</i>	
Nunca	1 (1.4%)
Raramente	3 (4.1%)
Ocasionalmente	17 (23.0%)
Frequentemente	32 (43.2%)
Muito frequentemente	21 (28.4%)
Questão 32 <i>Utiliza regularmente os fármacos de reanimação.</i>	

Nunca	1 (1.4%)
Raramente	35 (47.3%)
Ocasionalmente	24 (32.4%)
Frequentemente	10 (13.5%)
Muito frequentemente	4 (5.4%)
Questão 33 <i>Nos últimos 12 meses, iniciou manobras de RCP, em pelo menos um doente.</i>	
Nunca	23 (31.1%)
Raramente	19 (25.7%)
Ocasionalmente	9 (12.2%)
Frequentemente	4 (5.4%)
Muito frequentemente	19 (25.7%)
Questão 34 <i>Conhece todos os materiais do carro de emergência.</i>	
Raramente	1 (1.4%)
Ocasionalmente	12 (16.2%)
Frequentemente	28 (37.8%)
Muito frequentemente	33 (44.6%)
Questão 35 <i>Manuseia, sem dificuldade, todos os materiais do carro de emergência.</i>	
Raramente	5 (6.8%)
Ocasionalmente	29 (39.2%)
Frequentemente	25 (33.8%)
Muito frequentemente	15 (20.3%)
Questão 36 <i>Conhece o sistema de assistência à PCR instituído a nível hospitalar (telefonar ao serviço de apoio)</i>	
Nunca	1 (1.4%)
Raramente	2 (2.7%)
Ocasionalmente	5 (6.8%)
Frequentemente	32 (43.2%)
Muito frequentemente	34 (45.9%)
Questão 37	

Conhece a Escala de Coma de Glasgow.	
Ocasionalmente	1 (1.4%)
Frequentemente	5 (6.8%)
Muito frequentemente	68 (91.9%)
Questão 39 Consegue perceber sempre se a respiração de um doente/vítima está a ser eficaz.	
Ocasionalmente	5 (6.8%)
Frequentemente	41 (55.4%)
Muito frequentemente	28 (37.8%)
Questão 40 Avalia sempre a qualidade do pulso periférico, num doente/vítima não reativo a estímulos externos.	
Raramente	5 (6.8%)
Ocasionalmente	14 (18.9%)
Frequentemente	33 (44.6%)
Muito frequentemente	22 (29.7%)
Questão 41 Reconhece com facilidade um doente/vítima emergente.	
Ocasionalmente	2 (2.7%)
Frequentemente	42 (56.8%)
Muito frequentemente	30 (40.5%)
Questão 42 Ao monitorizar o doente/vítima, reconhece com facilidade os traçados cardíacos emergentes.	
Nunca	1 (1.4%)
Raramente	6 (8.1%)
Ocasionalmente	31 (41.9%)
Frequentemente	23 (31.1%)
Muito frequentemente	13 (17.6%)
Questão 43 Num sítio inesperado (ex. elevador, escadas), se for chamado para ajudar num evento de PCR, normalmente toma a Liderança da Situação.	
Nunca	6 (8.1%)
Raramente	26 (35.1%)

Ocasionalmente	26 (35.1%)
Frequentemente	14 (18.9%)
Muito frequentemente	2 (2.7%)
Questão 45 <i>Quando colabora na assistência a um doente/ Vítima em PCR executa os procedimentos com nervosismo.</i>	
Nunca	1 (1.4%)
Raramente	15 (20.3%)
Ocasionalmente	31 (41.9%)
Frequentemente	23 (31.1%)
Muito frequentemente	4 (5.4%)
Questão 47 <i>Sente-se preparado emocionalmente para atuar em PCR.</i>	
Raramente	9 (12.2%)
Ocasionalmente	17 (23.0%)
Frequentemente	30 (40.5%)
Muito frequentemente	18 (24.3%)
Questão 48 <i>Sente-se preparado tecnicamente para atuar em PCR.</i>	
Raramente	6 (8.1%)
Ocasionalmente	17 (23.0%)
Frequentemente	45 (60.8%)
Muito frequentemente	6 (8.1%)
Questão 49 <i>Confia na sua capacidade e perícia técnica para atuar em doentes/vítimas em PCR com segurança.</i>	
Nunca	1 (1.4%)
Raramente	5 (6.8%)
Ocasionalmente	19 (25.7%)
Frequentemente	41 (55.4%)
Muito frequentemente	8 (10.8%)

Apêndice 3

CONSENTIMENTO LIVRE, INFORMADO E ESCLARECIDO (CLIE)

Eu, Susana Filipa de Almeida Marques enfermeira em funções no serviço de internamento de Cirurgia a realizar o curso de mestrado em médico-cirúrgica na pessoa em situação crítica sou investigadora principal do estudo **(Perceção das dificuldades de reanimação intra-hospitalar: visão dos enfermeiros de internamento vs. dos profissionais da equipa de emergência)** pretendendo identificar as dificuldades sentidas aquando duma reanimação em contexto de internamento, realizando depois um paralelismo com a perceção dos elementos da equipa de emergência interna que apoiam as equipas de internamento para assim delinear um projeto de melhoria ou () inserido na dissertação de mestrado Venho pedir que comigo colabore, pois sem a sua participação não será possível concretizar com êxito este projeto.

O que solicito é a participação numa entrevista criada por mim tendo em conta o estudo bibliográfico prévio sobre o tema, sendo que não existem para o participante, quaisquer riscos, inconvenientes, ou eventualmente contrapartidas ou apoios que amenizem encargos, como despesas causadas pela participação). Este trabalho envolve-me como investigador principal e a enf. Teresa Lopes, professora doutorada em funções de orientação pedagógica da dissertação e ambas não teremos quaisquer benefícios financeiros ou outros, diretos ou indiretos, reais ou potenciais, presumíveis para além dos científicos / académicos)

O processo de recolha de informação passa pela gravação em formato audio, que depois será transcrita e enviado texto para validação do conteúdo ao orientador e imediatamente destruído registo áudio, garantindo assim a sua confidencialidade.

A participação que solicito é voluntária, isto é, não se sinta obrigado a participar, e pode decidir não participar desde o primeiro momento ou noutra qualquer, sem que daí advenham quaisquer prejuízos para si em qualquer perspetiva. Uma vez que a sua decisão de participar é voluntária, livre e informada pelo presente documento, mas também esclarecida em tudo o que tiver dúvidas, qualquer pergunta, dúvida ou informação adicional de que necessite para a sua decisão poderá ser-me colocada ou transmitida através do email pv4115@essv.ipv.pt ou pelo contato telefónico (966285627).

(assinatura do investigador)

Ao assinar este documento confirmo que (quando trabalho da equipa de investigação) transmiti toda a informação nela contida, e expliquei e dei resposta a todas

as questões e dúvidas apresentadas pelo participante.

Viseu, _____, de _____, _____

(assinatura do participante)

Ao assinar esta declaração assumo que irei colaborar livremente, que li e compreendi a informação e os esclarecimentos que me foram dados, e a meu contento, acerca da minha participação, e tive tempo suficiente para me decidir e neles ponderar. Aceito participar nas tarefas que me são solicitadas, sabendo que nada me impede de mudar de posição, sendo que poderei manifestar o desejo de não colaborar, sem que tal implique quaisquer perdas de direitos ou acarrete prejuízos pessoais.

Perceção dos profissionais de Saúde da equipa de Emergência:

Idade:	Inferior a 30 anos	Entre 30 a 39 anos	Entre 40 a 49 anos	Superior a 50 anos
Sexo		Feminino	Masculino	
Categoria profissional	Licenciatura:	Doutoramento:	Mestrado:	Outra:
Tempo de exercício profissional	Tempo de exercício neste serviço de internamento		Formação em SBV	Formação em SAV
			S	N
			S	N
Tempo decorrido desde última formação de SBV				
Tempo decorrido desde última formação de SAV				

Guião orientador de entrevista sobre perceção de dificuldades na abordagem do doente crítico.

	Sim	não
No serviço de ativação		
O doente em PCR foi assistido imediatamente?		
O doente foi monitorizado em 90 seg?		
O doente estava monitorizado com desfibrilhador?		
O doente estava a receber SBV de qualidade		
O carro de emergência estava disponível para uso imediato?		
O ambu estava montado e pronto a utilizar		
A equipa estava familiarizada com as guidelines de SBV e SAV em vigor?		
A equipa estava segura no manuseio do desfibrilhador?		
A equipa conhece todos os materiais do carro?		
A equipa conhece os fármacos, doses e diluições a utilizar em reanimação?		
A equipa reconhece traçados cardíacos emergentes?		
A equipa conhece a escala de Gasgow?		
A equipa avalia VOSP em PCR?		
A equipa percebe se a respiração do doente está a ser eficaz		
Quando solicitada colaboração da equipa de internamento ela parece coordenada?		
Quando solicitada colaboração da equipa de internamento ela aparenta nervosismo?		

Referências bibliográficas:

- Agency for Healthcare Research Quality. Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety. U.S. Department of Health and Human Services, 2009. Available online: <http://teamstepps.ahrq.gov/index.htm> (accessed on 11 June 2021).
- Andersen PO, Jensen MK, Lippert A, Østergaard D. Identifying non-technical skills and barriers for improvement of teamwork in cardiac arrest teams. *Resuscitation*. 2010; 81:695-702. doi: 10.1016/j.resuscitation.2010.01.024.
- Australian Resuscitation Council. Guideline 11.1 Introduction to and Principles of In-hospital Resuscitation Melbourne: Australian Resuscitation Council, New Zealand Resuscitation Council. 2017
- Armstrong P, Peckler B, Pilkinton-Ching J, McQuade D, Rogan A. Effect of simulation training on nurse leadership in a shared leadership model for cardiopulmonary resuscitation in the emergency department. *Emerg Med Australas*. 2021; 33:255-61. doi: 10.1111/1742-6723.13605.
- Bhanji F, Donoghue AJ, Wolff MS, *et al*. Parte 14: Educação: 2015 American Heart Association Educação: 2015 Atualização das diretrizes da American Heart Association para ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência. *Circulação*. 2015; 132(suppl 2):S561–73.
- Cant RP, Porter JE, Cooper SJ, Roberts K, Wilson I, Gartside C. Improving the non-technical skills of hospital medical emergency teams: The Team Emergency Assessment Measure (TEAM™). *Emerg Med Australas*. 2016;28:641-6. doi:10.1111/1742-6723.12643
- Carvalho M.C., Lucas P.R. The effectiveness of the clinical nurse leader practice— Systematic review. *Millenium*. 2020;2:57–64. doi: 10.29352/mill0211.06.00274.
- Cheskes S, Schmicker RH, Christenson J, *et al*. Pausa perigo: preditor independente de sobrevida de parada cardíaca chocável extra-hospitalar. *Circulação*. 2011; 124(1):58–66.
- Conselho Português de Ressuscitação. Suporte Avançado de Vida – Edição 2015 das Recomendações ERC. Tradução para português. 7th ed. Bruxelas: ERC; 2015.
- Comitê de Tratamento da Parada Cardíaca: Situação Atual e Direções Futuras; Conselho de Política de Ciências da Saúde; Instituto de Medicina. (2015). In: Graham R, McCoy MA, Schultz AM. (Eds.), *Estratégias para melhorar a sobrevida da parada cardíaca: um tempo para agir* (primeira página do capítulo-última página). Washington, DC: Imprensa das Academias Nacionais; (EUA).
- Crowley CP, Saliccioli JD, Kim EY. Associação entre desvios da diretriz do SAVC e

- desfechos de parada cardíaca intra-hospitalar. *Ressuscitação*. 2020; 153:65–70.
- Cummins RO, Thies W, Paraskos J, *et al*. Incentivando a desfibrilação precoce: a American Heart Association e os desfibriladores externos automáticos. *Ann Emerg Med*. 1990; 19(11):1245–8.
- Dainty KN, Racz E, Morrison LJ, Brooks SC. Implementation of a post-arrest care team: understanding the nuances of a team-based intervention. *Implement Sci*. 2016;11(1):112
- Delamaire M., Lafortune G. *Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries*. OECD Publishing; Paris, France: 2010. OECD Health Working Papers
- Direcção-Geral da Saúde Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa. Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI) 2010;1- 11.
- Flowerdew, L.; Brown, R.; Vincent, C.; Woloshynowych, M. Development and validation of a tool to assess emergency physicians' non-technical skills. *Ann. Emerg. Med*. 2012, 59, 376–385. [CrossRef]
- Gabr AK. The importance of nontechnical skills in leading cardiopulmonary resuscitation teams. *J R Coll Physicians Edinb*. 2019; 49:112-6. doi:10.4997/JRCPE.2019.205.
- Gilmartin, M. J., e Nokes, K. (2015). A self-efficacy scale for clinical nurse leaders®: Results of a pilot study. *Nursing Economics*, 33(3), 133-143.
- Gilmartin M.J. Variations in clinical nurse leaders' confidence with performing the core role functions. *J. Prof. Nurs*. 2014; **30:307–316**. doi: 10.1016/j.profnurs.2013.11.002.
- Gordon, M.; Darbyshire, D.; Baker, P. Non-technical skills training to enhance patient safety: A systematic review. *Med. Educ*. 2012, 46, 1042–1054. [CrossRef]
- Guetterman TC, Kellenberg JE, Krein SL, *et al*. Nursing roles for in hospital cardiac arrest response: higher versus lower performing hospitals. *BMJ Qual Saf*. 2019;28(11):916-924.
- Gray J., Grove S., Sutherland S. *Burns and Grove's the Practice of Nursing Research*. 8th ed. Elsevier/Saunders; St. Louis, MO, USA: 2017.
- Hunt EA, Duval-Arnould JM, Nelson-McMillan KL, *et al*. As habilidades de ressuscitação do residente pediátrico melhoram após o treinamento de "prática deliberada de ciclo rápido". *Ressuscitação*. 2014; 85(7):945–51
- Kim, S.S.; Kim, B.J. Outcomes of in-hospital cardiopulmonary resuscitation according to the in-hospital Utstein style in a general hospital. *Clin. Nurs. Res*. 2006, 11, 177–192
- Krage R, Zwaan L, Tjon Soei Len L, Kolenbrander MW, van Groeningen D, Loer SA, *et*

- al.* Relationship between non-technical skills and technical performance during cardiopulmonary resuscitation: does stress have an influence? *Emerg Med J.* 2017;34: 728-33. doi:10.1136/emered-2016-205754.
- Ley SJ. Standards for resuscitation after cardiac surgery. *Crit Care Nurse.* 2015;35(2):30-37. quiz 8
- Lippert, E (2013). Educação como ensino padronizado ou treinamento individual ou ambos *Reanimação*, 1171–1172, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2013.06.006>
- Lucas P., Jesus E., Almeida S., Araújo B. Validation of the Psychometric Properties of the Practice Environment Scale of Nursing Work Index in Primary Health Care in Portugal. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2021; **18:6422**. doi: 10.3390/ijerph18126422.
- Nolan JP, Soar J, Cariou A, *et al.* European resuscitation council and European Society of Intensive Care Medicine Guidelines for post resuscitation care 2015: section 5 of the European resuscitation council guidelines for resuscitation 2015. *Resuscitation.* 2015;95: 202-222
- Marsch, S.C.; Tschan, F.; Semmer, N.; Spsychiger, M.; Breuer, M.; Hunziker, P.R. Performance of first responders in simulated cardiac arrests. *Crit Care Med.* 2005, 33, 963–967. [CrossRef] [PubMed]
- Martins Catalão, Maria e Gaspar, Pedro. (2017). DIFICULDADES NA ASSISTÊNCIA À PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA INTRA-HOSPITALAR: A PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.
- Mitchell, L.; Flin, R. Non-technical skills of the operating theatre scrub nurse: Literature review. *J. Adv. Nurs.* 2008, 63, 15–24. [CrossRef]
- Milonas A, Hutchinson A, Charlesworth D, Doric A, Green J, Considine J. Post resuscitation management of cardiac arrest patients in the critical care environment: a retrospective audit of compliance with evidence based guidelines. *Aust Crit Care.* 2017; 30(6):299-305
- Peltonen LM, Peltonen V, Salanterä S, Tommila M. Development of an instrument for the evaluation of advanced life support performance. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2017;61: 1215-31. doi:10.1111/aas.12960
- Peltonen V, Peltonen LM, Salanterä S, Hoppu S, Elomaa J, Pappila T, *et al.* An observational study of technical and non-technical skills in advanced life support in the clinical setting. *Resuscitation.* 2020; 153:162-8. doi: 10.1016/j.resuscitation.2020.06.010.
- Robinson PS, Shall E, Rakhit R. Cardiac arrest leadership: in need of resuscitation? *Postgrad Med J.* 2016; 92:715-20. doi:10.1136/postgradmedj-2015-133738.

- W. Kaye, M.E. Mancini. (1986). Uso do Mega Code para avaliar o desempenho de líderes de equipe durante suporte avançado de vida em cardiologia. *Cuidados Médicos*, 14, 99-104.
- W. Kaye, M.E. Mancini (1998). Ensinando ressuscitação de adultos nos Estados Unidos – hora de repensar. *Reanimação*, 37, 177-187.

Anexos

Anexo n.º 1



Implementação da Nursing Activities Score, NAS

Serviço Medicina Intensiva ULS Viseu, Dão Lafões

Autores:

E CMEMC PSC Susana Marques n. 4115 ESSV

Enf^a Ana Teixeira n.4335

Enf^o António Cardoso n.4508

Colaboradores:

Enf^a Ana Suzete Cardoso-8053

Enf^a Marta Machado- 6739

Enf^a Daniel Lopes – 8650

Enf^a Isabel Oliveira- 6085

Enf^a Nuno Marques -6218

Viseu, setembro de 2024



Implementação da NAS

Serviço Medicina Intensiva ULS Viseu, Dão Lafões

Viseu, setembro de 2024

“Não considere nenhuma prática como imutável. Mude e esteja pronto a mudar novamente. Não aceite verdade eterna. Experimente” B. F. Skinner.

Resumo:

Enquadramento Teórico: O desenvolvimento de sistemas de monitorização e mensuração da carga de trabalho é necessário, de forma a documentar a qualidade dos serviços de saúde prestados, aumentar a satisfação profissional dos enfermeiros e reduzir o stress e o burnout que são vividos com frequência (Fasoi *et al.*, 2020).

No entanto, muitos sistemas de avaliação da carga de trabalho continuam a não considerar os inúmeros fatores que lhe são inerentes e que impactam na enfermagem de hoje (Swiger *et al.*, 2016).

Considerando que o NAS está fundamentado, sobretudo, em atividades específicas da equipa de enfermagem da UCI, constatou-se uma melhor adequação deste para estimar a necessidade de recursos humanos, em relação ao TISS 28 sendo por isso visto como um instrumento promissor no cálculo da carga de trabalho de enfermagem em SMI (Ducci, Zanei, e Whitaker, 2008, p. 678:679).

Metodologia: Este projeto consiste na aplicação de um instrumento de avaliação da carga de trabalho de enfermagem, o NAS, com recomendação Classe A, por um período experimental, de 30 dias de forma a realizar estudo comparativo com os dados do TISS-28 e assim aferir se é a melhor ferramenta para o SMI da ULSVDL.

Palavras-chave: Recursos humanos em enfermagem, carga de trabalho, Nursing Activities Score

Sumário:	Pág.
Lista de tabelas	7
Abreviaturas	8
Pensamento	4
Resumo	5
Introdução:	9
Parte I	13
Enquadramento Teórico: Instrumento de Avaliação de carga de trabalho de enfermagem em UCIP:	
Therapeutic Intervention Scoring System, TISS	13
TISS, (1974)	
TISS 76 (1983)1	14
TISS, 28 (1996)	
Nursing Activities Score, NAS, (2003)	18
Parte II	23
Projeto de implementação:	
Metodologia:	25
Análise dos dados e Tratamento Estatístico	
Conclusão	26
Referências bibliográficas:	27

Lista de Tabela	Pág.
Tabela 1: Escala TISS- 28	17
Tabela 2: Escala Nursing Activities Score NAS	20
Tabela 3: Dados de Setembro	
Tabela 4: Dados de Outubro	

Lista de Quadros:

Quadro 1: Análise Descritiva dos dados obtidos em setembro

Quadro 2: Análise Descritiva dos dados obtidos em outubro

Quadro 3: Análise Descritiva dos dados afetas de enfermagem obtidos em setembro

Quadro 4: Análise Descritiva dos dados afetas de enfermagem obtidos em outubro

Quadro 5: Análise correlacional de Pearson, dos dados de setembro

Quadro 6: Análise correlacional de Pearson, dos dados de outubro

Abreviaturas:

Serviço Medicina Intensiva (SMI)

Unidade Cuidados Intensivos (UCI)

Therapeutic Intervention Scoring System (TISS)

Nursing Activities Score(NAS)

Unidade Local Saúde Viseu Dão Lafões (ULSVDL)

Introdução:

Ao Serviço Medicina Intensiva (SMI) é reconhecido um ambiente onde a maior intensidade de cuidados é realizada dentro de uma unidade hospitalar, sendo o local onde são praticados procedimentos complexos a pessoas em situações críticas (Afonso, 2018).

Kralijc *et al.*, (2017) citando Cerra, mencionam que os custos gerais do SMI são aproximadamente 30% do orçamento de um hospital e dessa percentagem, os recursos humanos, frequentemente, representam uma fatia maior que o despendido com os equipamentos, pelo que se torna ainda mais premente a adequação dos profissionais nestes serviços, nomeadamente dos enfermeiros.

A literatura demonstra que há uma relação entre os níveis de dotações de enfermeiros e os resultados dos doentes, sendo que uma inadequada dotação de enfermeiros é muitas vezes relacionada com um espectro de resultados adversos.

Na crescente preocupação pela mensuração da carga de trabalho dos enfermeiros no SMI, têm sido realizados vários estudos na premissa de que uma equipa de enfermagem adequada em número e com qualificação educacional em enfermagem garante a qualidade do atendimento, segurança do doente e redução de custos (Romano *et al.*, 2019).

A carga de trabalho em Enfermagem pode ser concebida como a quantidade de tempo, esforço físico e cognitivo exigidos aos profissionais para realizarem as atividades de cuidado direto, indireto e aquelas não associadas ao doente. Esta abordagem amplia o conceito de tempo dedicado às necessidades do doente incluindo as várias ações desempenhadas pela equipa no ambiente de prática e desenvolvimento profissional (Cucolo e Perroca, 2019).

O desenvolvimento de sistemas de monitorização e mensuração da carga de trabalho é necessário de forma a documentar a qualidade dos serviços de saúde prestados, aumentar a satisfação profissional dos enfermeiros e reduzir o stress e o burnout que são vividos com frequência (Fasoi *et al.*, 2020).

Os índices que quantificam a carga de trabalho dos profissionais de enfermagem no SMI possibilitam a avaliação adequada da complexidade do doente, fundamentando informação vital para a previsão e a provisão de recursos materiais e humanos, nomeadamente, o tempo necessário à prestação de cuidados de enfermagem, o número de enfermeiros necessários por turno, bem como os recursos materiais necessários à prestação de cuidados de excelência nos SMI (Dias, Matta, e Nunes,

2006, p. 276)

A carga de trabalho dos enfermeiros em ambiente de SMI de adultos é geralmente medida por meio da classificação do doente ou de sistemas de gestão da carga de trabalho, que se baseiam em diferentes fatores para determinar a quantidade de trabalho a realizar com cada doente (Swiger *et al.*, 2016).

No entanto, muitos sistemas de avaliação da carga de trabalho continuam a não considerar os inúmeros fatores que lhe são inerentes e que impactam na enfermagem de hoje (Swiger *et al.*, 2016).

Nas recomendações da British Association of Critical Care Nurses, o rácio profissional de enfermagem/doente indicado, em caso de doentes inconscientes e sob ventilação mecânica é de um/um, sendo que a proporção em qualquer área de cuidados intensivos não deve ser superior a um enfermeiro para dois doentes.

Da mesma forma, a European Society of Intensive Care Medicine sugere que, num SMI, o rácio profissional de enfermagem/doente de um/um é essencial, sendo que a carga de trabalho de um enfermeiro não deve exceder 40 - 50 pontos Therapeutic Intervention Scoring System (TISS). (Ducci, Zanei, e Whitaker, 2008, p. 679).

Para Queijo e Padilha, citados por Pinno (2020), é necessária e indispensável a utilização de indicadores de cuidados, de forma a garantir a qualidade do serviço de enfermagem prestado e também a adequação de pessoal nas unidades hospitalares.

Os mesmos autores entendem que a avaliação da carga de trabalho de enfermagem é importante para a instituição de saúde, considerando que uma dimensão inadequada do pessoal implica um aumento dos custos para a instituição e, da mesma forma, uma equipa reduzida gera deficiência na qualidade dos cuidados prestados.

Segundo a norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2014), relativamente à dotação de pessoal para de SMI, recomenda-se que no mínimo deverá existir um enfermeiro por cada duas camas.

E a Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos classifica o SMI em três níveis de cuidados e é ainda hoje, adotada pela Direção Geral de Saúde em Portugal. Para determinar o número de enfermeiros deve atender-se à norma para o cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem (2014) em relação aos rácios enfermeiro/doente:

□ Nível I, com uma relação de 1/3;

□ Nível II, com uma relação de 1/1,6;

□ Nível III, com uma relação 1/1 (Diário da República, 2014, p. 30254).

A avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros iniciou-se na década de 70, com a implementação de um sistema de pontuação de intervenção terapêutica, o TISS original, que sofreu várias alterações ao longo dos anos, com a última atualização em TISS-28 (Afonso, 2018), descrito por Cullen (1974), com o objetivo de introduzir na prática clínica a quantificação da carga de trabalho de enfermagem em Medicina Intensiva relacionando-o com a gravidade de doença (Miranda, 1997).

O TISS, no início muito focado na gravidade da doença, incluía 57 atividades terapêuticas que um enfermeiro poderia realizar ao longo de 24 horas. Em 1983, foi expandido para incluir 76 atividades e, em 1996, era simplificado para 28 atividades divididas em 7 grupos. Foi criticado por ser de demoroso preenchimento e ser excessivamente dependente da gravidade da doença.

Ao longo do tempo este instrumento foi atualizado, adaptado a populações específicas e simplificado, mas a sua filosofia original manteve-se inalterada, sendo que, a maior gravidade do utente está relacionada com um maior número de intervenções terapêuticas e, conseqüentemente, uma maior carga de trabalho.

O TISS-28 é um sistema de medida de gravidade da doença crítica e da carga de trabalho de enfermagem em unidades de cuidados intensivos e tem como base a quantificação das intervenções terapêuticas, segundo a complexidade, invasividade e tempo despendido pela enfermagem para a realização de determinados procedimentos na pessoa em estado crítico (Padilha et al, 2005).

Este instrumento de gestão é composto por sete categorias de intervenções às quais são atribuídas pontuações consoante o tempo necessário a disponibilizar. Cada ponto equivale a 10,6 minutos de um turno de 8 horas.

No início do século XXI, a equipa da atualização que originou o TISS-28, refletindo sobre a natureza multifatorial da carga de trabalho de enfermagem, sentiu necessidade de o reformular, visando ajustar o índice de modo a avaliar mais fielmente a carga de trabalho, uma vez que mensurava apenas cerca de 43,3% de intervenções terapêuticas em comparação com o então criado, Nursing Activities Score (NAS), que pontua cerca de 80,8% da carga de trabalho de enfermagem, no SMI (Miranda, Nap, Rijk, Schaufeli, e Lapichino, 2003, p. 374). (Afonso, 2018).

Parte I

Enquadramento Teórico:

Instrumento de Avaliação de carga de trabalho de enfermagem em UCIP:

Therapeutic Intervention Scoring System TISS TISS, (1974)

O TISS foi originalmente idealizado por Cullen e colaboradores, do Massachusetts General Hospital, de Boston, com o propósito de determinar a adequada utilização dos serviços de cuidados intensivos; fornecendo informação sobre os rácios de pessoal de enfermagem e, permitindo analisar o custo dos SMI em comparação aos outros serviços. E, ainda, validar um instrumento (quantitativo) de classificação clínica de doentes críticos, conhecido como classes de Cullen, que permitisse mensurar a gravidade e o prognóstico dos doentes e assim calcular a correspondente carga de trabalho de enfermagem em SMI (Cullen, Civetta, Briggs, e Ferrara, 1974, p. 57).

Este instrumento começou por ter 57 intervenções terapêuticas, sendo as mesmas agrupadas segundo um sistema de pontuação, ou seja, 14 intervenções em que cada uma confere um ponto, seis intervenções em que cada uma atribui dois pontos, 21 intervenções que conferem três pontos/cada e 16 intervenções que atribuem quatro pontos/cada, classificando o tempo e o esforço necessário para o desempenho das atividades de enfermagem.

Cullen e seus colaboradores deram assim origem à primeira classificação de doentes em SMI estratificando-os em quatro Classes:

Classe I – Doentes com pontuação até nove pontos (não necessitando de internamento em UCI);

Classe II – Doentes com pontuação de 10 a 19 pontos (com indicação para internamento em UCI);

Classe III – Doentes com pontuação de 20 a 39 pontos (Doentes cuja instabilidade exige internamento em UCI);

Classe IV – Doentes com pontuação superior a 40 pontos, apresentando instabilidade hemodinâmica (Cullen, Civetta, Briggs, e Ferrara, 1974); (Tranquilliti e Padilha, 2007, p. 144); (Queijo e Padilha, 2009, p. 1010).

TISS 76 (1983)

O instrumento de medida TISS foi repensado por Keene e Cullen, passando a constar 76 itens de intervenções terapêuticas, que quantificavam a complexidade, grau de invasividade e tempo dispensado pelo enfermeiro e pelo médico, para realizar determinado procedimento. Este instrumento de medida determina que cada enfermeiro pode fazer por dia entre 40/50 pontos TISS, permitindo através da relação enfermeiro/doente calcular o número de enfermeiros necessários para a prestação de

cuidados, possibilitando uma adequada gestão/avaliação dos recursos de enfermagem disponíveis. Para além de considerar imensas intervenções terapêuticas, os autores sentiram necessidade de as reformular, retirando algumas por dúvidas conceptuais, sendo consideradas obsoletas (Keene e Cullen, 1983); (Guccione, Morena, Pezzi, e Iapichino, 2004).

Therapeutic Intervention Scoring System, TISS, 28 (1996)

Miranda e colaboradores do University Hospital of Groningen – Holanda, em articulação com os membros do grupo TISS, reformularam e simplificaram o TISS 76, dando origem a um instrumento com 28 itens.

O Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28) é um índice que permite relacionar intervalos de gravidade do quadro do doente crítico com sua sobrevivência. E, recentemente, também tem sido usado para avaliar a carga de trabalho realizada pela equipa de enfermagem (Padilha et al, 2007). É baseado na premissa de que, independentemente do diagnóstico, quanto mais procedimentos e intervenções, o doente recebe, maior a gravidade da doença e, conseqüentemente, maior tempo despendido pela enfermagem para tal atendimento (Miranda, 1997).

Este instrumento permite uma pontuação entre um e 78 pontos, esgotando, o enfermeiro, todo o seu tempo dedicado à prestação de cuidados, ao atingir 46 pontos, equivalendo cada ponto a 10,6 minutos em tempo dedicado de um enfermeiro na assistência a um doente crítico num turno de trabalho.

O TISS-28 tem-se destacado como um sistema que classifica a gravidade do paciente, quantificando as intervenções terapêuticas de procedimentos médicos e de enfermagem utilizados. Não é usado como prognóstico de sobrevivência, no entanto tem-se observado, na prática clínica diária, a associação entre o óbito e a pontuação elevada do score TISS. Para além disso, é um score que avalia a carga de trabalho da equipa de enfermagem e, desse modo, é instrumento de grande valia na prática clínica. Além de ser uma ferramenta de gestão em enfermagem, é aceite internacionalmente e deste modo confere credibilidade às discussões administrativas junto da direção do hospital sobre o número de pessoal necessário para prestar uma boa assistência e cuidados seguros ao doente em Cuidados Intensivos (Guimarães et al, 2010).

O instrumento é constituído por 7 categorias (Atividades Básicas, Suporte Ventilatório, Cardiovascular, Renal, Neurológico, Metabólico e Intervenções Específicas) e respetivos itens, que no conjunto perfazem um total de 28. A pontuação obtida através deste instrumento, veio permitir estimar as intervenções mediante a

gravidade apresentada pelos doentes, assim como avaliar e dimensionar a carga de trabalho de enfermagem no SMI (Padilha et al, 2005).

Cada item do TISS-28 é pontuado tendo em conta a tabela (Tabela 1) abaixo.

Assim, a sua execução é diária e da responsabilidade do enfermeiro que tem o utente a seu cargo, sendo efetuada no turno da manhã, com base nos cuidados e procedimentos efetuados nas últimas 24 horas.

Este procedimento poderá variar de unidade para unidade (Padilha et al, 2005). Os 28 itens são analisados diariamente, permitindo a obtenção de um perfil evolutivo do doente crítico, por meio da pontuação e da classificação da gravidade. Não é usado para efetuar prognósticos de sobrevida, mas pode auxiliar na avaliação evolutiva do agravamento clínico do doente (Elias et al, 2006).

A soma da pontuação das camas (Score TISS-28), da capacidade instalada no SMI, permite estabelecer um índice, que é obtido através da razão entre a soma dos pontos das várias camas do SMI, por 46. O denominador representa os pontos atribuídos a um enfermeiro com experiência e formação adequada, que corresponde a 46 pontos por turno de 8 horas. Assim: $N^{\circ} \text{enfermeiros} = (\text{Soma da pontuação das camas do SMI}) / 46$, permitindo estabelecer as necessidades do serviço em recursos de enfermagem (Dias, 2010).

De acordo com Moreno, R (2000b), um enfermeiro experiente, no seu turno de 8 horas, desenvolve cerca de 46 pontos. A divisão entre a pontuação total dos doentes internados em SMI e o valor tido como razoável para um enfermeiro experiente, permite estimar o número de enfermeiros necessários na unidade (Dias, 2010).

Em Portugal, o TISS-28 é um instrumento amplamente disponível, validado e aplicado em SMI portuguesas, tal como em todo o mundo, e que transforma as atividades de enfermagem em tempo de trabalho (Severino, R. et al 2010).

A Direção Geral de Saúde usa o TISS-28 como critério de valorização da avaliação da qualidade de serviços de cuidados intensivos, daí a sua elevada importância como instrumento de gestão dos recursos de enfermagem (DGS, 2003).

Pinto e Pires (2009) referem ainda que este instrumento permite estimar a gravidade da doença, tendo algum valor prognóstico de mortalidade e através do somatório dos pontos atribuídos às intervenções terapêuticas é possível estratificar os doentes pelas classes de Cullen, ajudando a compreender o grau de vigilância necessário e a necessidade de internamento num SMI.

Queijo, A. F. (2002) classifica-o como um método de avaliação da carga de trabalho fiável, pois considera a especificidade de cada doente em relação à gravidade e permite uma comparação de carga de trabalho entre cada doente ou grupo de

doentes; e tem uma fácil e rápida aplicabilidade, necessitando de poucos recursos para a sua implementação.

Mas tal como os restantes, este método de avaliação da carga de trabalho também tem limitações. Segundo Severino, R. et al (2010), embora a carga de trabalho de enfermagem, e o tipo e frequência das intervenções estejam relacionadas com a gravidade da doença crítica, muitas das atividades de enfermagem não estão necessariamente relacionadas com esta gravidade.

Este autor refere ainda que os enfermeiros despendem apenas 43,3% do seu tempo a desempenhar as intervenções contempladas pelo TISS-28, ficando assim uma grande percentagem de trabalho de enfermagem por contabilizar.

As variáveis do contexto (comunicação, acondicionamento de materiais, entre outras) também não são contempladas; demonstra pouca sensibilidade para atividades de enfermagem autónomas e não é sensível a picos de carga de trabalho. Contudo, é um método de avaliação da carga de trabalho fiável, pois considera a especificidade de cada doente em relação à gravidade e permite uma comparação de carga de trabalho entre cada doente ou grupo de doentes; e tem uma fácil e rápida aplicabilidade, necessitando de poucos recursos para a sua implementação (Queijo, A.F., 2002).

Tabela 1: Escala TISS- 28

Tiss-28	Pontos Classificáveis
Atividades básicas	
Monitorização básica - Sinais vitais horários, cálculo e registo do balanço hídrico.	5
Análises - testes bioquímicos ou microbiológicos, incluindo gasometrias.	1
Medicação única - Qualquer tipo de medicamento administrado EV ou por SNG	2
Medicação múltipla EV- mais de um fármaco, em bólus ou perfusão contínua	3
Mudança roupa simples - Cuidados e prevenção de decúbito e mudança diária de pensos	1
Mudança roupa complexa - Pensos frequentes e/ou cuidados importantes a feridas.	1
Drenagens - Qualquer tipo de drenagens exceto sonda nasogástrica	3
Suporte respiratório	
Ventilação artificial - Qualquer forma de ventilação mecânica/assistida, com ou sem PEEP, com ou sem relaxantes musculares.	5
Suporte ventilatório - Respiração espontânea por tubo endotraqueal ou traqueostomia com suplementação de oxigénio.	2
Cuidados de via aérea - Tubo endotraqueal ou traqueostomia.	1
Medidas suporte função pulmonar- Fisioterapia respiratória, espirometria incentiva, terapêutica inalatória, aspiração endotraqueal sem tubo traqueal ou traqueostomia	1
Suporte cardiovascular	
Fármaco vasoativo único - Qualquer fármaco vasoativo em perfusão contínua EV	3
Fármacos vasoativos múltiplos - Mais de um fármaco vasoativo em perfusão contínua EV independentemente do tipo ou da dose	4
Substituição de volume - Substituição EV de grande quantidade de perdas de fluidos (>3l/m ² /dia aproximadamente>4.5L/dia), independentemente do tipo de fluido administrado.	4
Linha arterial periférica	5
Monitorização hemodinâmica - Cateter de Swan-Ganz, com ou sem medição do débito cardíaco	8
Cateter venoso central	2
Ressuscitação cardiorrespiratória - Nas 24 horas precedentes	3
Suporte renal	
Técnicas dialíticas	3
Monitorização débito urinário - Através de cateter urinário	2
Diurese forçada - Diurese ativa (por exemplo furosemida) associado com sobrecarga hídrica	3
Suporte neurológico	
Monitorização da Pressão intracraniana	4
Suporte metabólico	
Tratamento alcalose/acidose metabólica complicada	4
Alimentação parentérica	3
Alimentação por SNG	2
Intervenções específicas	
Intervenção específica única na UCI- Tal como entubação endotraqueal, pacemaker, cardioversão, endoscopias, cirurgia de urgência nas 24 horas precedentes, lavagem gástrica	3
Intervenção específica múltiplas UCI- Mais de uma das precedentes	5
Intervenções específicas fora da UCI- Procedimentos diagnósticos ou cirurgia	5

Nursing Activities Score, NAS, (2003):

De acordo com duas revisões recentes da literatura, o Nursing Activities Score (NAS) é o sistema mais eficaz para avaliar a carga de trabalho de enfermagem em UCI's, e tem sido utilizado em todo o mundo (Greaves *et al.*, 2018, Hoogendoorn *et al.*, 2020).

A NAS apresenta-se como um interessante e valioso instrumento de classificação de doentes, que visa mensurar a real carga de trabalho de enfermagem e o tempo de assistência de enfermagem requerido pela pessoa em situação crítica internada no SMI (Pereira *et al.*, 2020).

Na validação do instrumento NAS, realizada por Miranda e colaboradores, a primeira etapa incluiu a descrição do conjunto de atividades de enfermagem relacionadas às condições clínicas dos doentes em SMI, tendo sido realizada por 25 profissionais (15 médicos e 10 enfermeiros), de 15 países. Na segunda etapa, um painel de especialistas composto por 8 profissionais preparou a seleção e descrição da lista dos itens, onde foram identificadas cinco atividades específicas de enfermagem: monitorização e controlo, procedimentos de higiene, mobilização e posicionamento, suporte e cuidados aos familiares e doentes e atividades administrativas e de gestão.

Assim, a lista das atividades de enfermagem, combinada com os itens do TISS-28 resultou, com alguns agrupamentos, em 30 itens (Queijo e Padilha, 2009; Macedo, 2017).

Os mesmos autores partilham que no passo seguinte, a validação do instrumento foi realizada numa amostra de 99 SMI's, de 15 países (Portugal incluído). Durante uma semana, dois tipos de dados foram colhidos: registo diário dos 30 itens do instrumento numa amostra de 2.041 doentes admitidos no SMI, tendo por base as informações das últimas 24 horas e registo das atividades realizadas individualmente pelos enfermeiros, em 30 momentos específicos do dia, que resultaram em 127.951 registos.

Como resultado dos estudos psicométricos realizados, a NAS apresenta-se dividida em sete categorias: atividades básicas, suporte ventilatório, cardíaco, renal, neurológico, metabólico e intervenções específicas; e 23 itens com pontuação representativa das necessidades assistenciais, cuja pontuação varia de um mínimo de 1,2 a um máximo de 32,0 pontos. Cada ponto da NAS corresponde a 14,4 minutos de trabalho nas 24 horas.

Os enfermeiros identificam, então, os itens correspondentes às necessidades de cada doente e o somatório dos pontos reflete o tempo despendido (em percentagem, mas passível de conversão em minutos) pela equipa de Enfermagem (Cucolo e

Perroca, 2019).

Assim, se a pontuação for 100, interpreta-se que o doente requereu 100% do tempo de um enfermeiro no seu cuidado nas últimas 24 horas (Conishi e Gaidzinski, 2006). Pontuações acima dos 100% indicam a necessidade de mais de um profissional de enfermagem para prestar cuidados aquele doente (Coelho *et al.*, 2017).

Com a nova estrutura, o NAS contempla 80,8% das atividades de enfermagem, superando a abrangência de 43,3% do TISS-28, descrevendo, aproximadamente, duas vezes mais o tempo despendido pela enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica, quando comparado com o TISS-28.

O score total obtido representa a percentagem de tempo gasto por enfermeiro, por turno, podendo alcançar um máximo de 176,8 pontos (Miranda *et al.*, 2003; Queijo e Padilha, 2009; Leite *et al.*, 2012). Cada ponto da NAS corresponde a 14,4 minutos de trabalho nas 24 horas e não contabiliza o tempo despendido em atividades não relacionadas à enfermagem, como atividades pessoais (pausas ou higienização das mãos sensivelmente 11,2% do tempo de trabalho), atividades não diretamente relacionadas ao doente ou não incluídas nas intervenções de saúde, tais como questões de organização, supervisão de alunos ou fornecimento de materiais (aproximadamente, 6,3% do período de trabalho), e atividades que não se enquadram nas categorias anteriores (2,1% do tempo de trabalho). O somatório do tempo disponível para as atividades acima descritas é estimado para corresponder a 1 hora e 34,08 minutos em cada turno de 8 horas.

De acordo com a última revisão de literatura de Carrasco *et al.* (2024) o NAS foi a única ferramenta a demonstrar uma recomendação Classe A (o instrumento de melhor desempenho). Sendo assim classificado como o melhor sistema de pontuação atualmente disponível para avaliar a complexidade do cuidado da carga de trabalho de enfermagem na UCI.

Além disso, é o sistema de pontuação com maior número de validações e propriedades psicométricas analisadas. De fato, o NAS é uma das ferramentas de carga de trabalho de enfermagem mais utilizadas e tem sido estudado por sua confiabilidade, tradução e validade nos sistemas internacionais de saúde (Bruyneel *et al.*, 2018, Bruyneel *et al.*, 2019, Greaves *et al.*, 2018, Lucchini *et al.*, 2014, Padilha *et al.*, 2015, Rivera *et al.*, 2022, Ross *et al.*, 2023, Stafseth *et al.*, 2018).

Em Portugal, cumprindo o objetivo de mensurar a carga de trabalho de enfermagem das últimas 24 horas, a NAS, permite auxiliar gestores / responsáveis pelo planeamento das necessidades de recursos humanos para turnos subsequentes, facilitando também, a distribuição de doentes pelos profissionais que irão iniciar o seu turno, melhorando o equilíbrio na distribuição da carga de trabalho e aumentando a

qualidade dos cuidados prestados (Macedo, 2016).

Tabela 2: Escala NAS, Nursing activities score

NURSING ACTIVITIES SCORE		
(Adaptado à População Portuguesa)		
CUIDADOS BÁSICOS		Pontuação
1 Controlo e monitorização		
1 a	Sinais vitais horários, cálculo e registo do balanço hídrico.	4,5
1 b	Presença à cabeceira e observação contínua ou atividade durante 2 horas ou mais em qualquer turno, por razões de segurança, gravidade ou terapêutica, tais como: ventilação mecânica não invasiva, procedimentos relacionados com desmame, agitação, desorientação, decúbito ventral, procedimentos relacionados com a doação de órgãos, preparação e administração de fluidos ou medicação, colaboração em procedimentos específicos.	12,1
1 c	Presença à cabeceira e atividade durante 4 horas ou mais, em qualquer turno por razões de segurança, gravidade ou terapêutica tais como os exemplos anteriormente mencionados (1b).	19,6
2 Colheitas laboratoriais para bioquímica e microbiologia		4,3
3 Medicação, com exceção de fármacos vasoativos		5,6
4 Procedimentos de higiene		
4 a	Execução de procedimentos de higiene tais como: pensos de feridas e cateteres intravasculares, mudança de roupa da cama, higiene do doente em caso de incontinência, vômito, queimaduras, feridas exsudativas, tratamento de feridas cirúrgicas complexas com necessidade de irrigação e procedimentos especiais (ex: doentes em isolamento, prevenção de infeções cruzadas associadas aos cuidados de saúde, desinfeção de unidades infetadas, higiene dos profissionais de saúde).	4,1
4 b	A execução dos procedimentos de higiene foi superior a 2 horas em qualquer turno.	16,5
4 c	A execução dos procedimentos de higiene foi superior a 4 horas em qualquer turno.	20,0
5 Cuidados prestados a drenos: todos (exceto sonda gástrica)		1,8
6 Mobilização e posicionamentos, incluindo procedimentos tais como: alternância de decúbitos, mobilização do doente, levante para o cadeirão, mobilização do doente em equipa (ex: doentes sem mobilidade, com tração, em decúbito ventral)		
6 a	Execução do(s) procedimento(s) até três vezes em 24 horas.	5,5
6 b	Execução do(s) procedimento(s) mais do que três vezes em 24 horas, ou com dois enfermeiros, independentemente da frequência.	12,4
6 c	Execução do(s) procedimento(s) com três ou mais enfermeiros, independentemente da frequência.	17,0
7 Apoio e cuidados aos familiares e doentes, incluindo procedimentos tais como: telefonemas, entrevistas, aconselhamento. O apoio e o cuidar, quer dos familiares quer dos doentes, permite que os enfermeiros continuem a desempenhar outras atividades (ex.: comunicar com os doentes durante os procedimentos de higiene, comunicar com os familiares enquanto se observa o doente à cabeceira)		
7 a	Apoio e cuidado aos familiares e doentes que exijam dedicação exclusiva até 1 hora em qualquer turno, seja para explicar o estado clínico, lidar com a dor e apoio emocional e com circunstâncias familiares difíceis.	4,0
7 b	Apoio e cuidado aos familiares e doentes que exijam dedicação exclusiva até 3 horas ou mais em qualquer turno, seja por situações de morte ou situações exigentes (ex: presença de vários familiares, problemas de comunicação, familiares conflituosos).	32,0
8 Atividades administrativas e de gestão		
8 a	Execução de tarefas habituais tais como: processamento de dados clínicos, pedidos de exames, transmissão de ocorrências (ex: passagem de turno).	4,2
8 b	Execução de tarefas administrativas e de gestão que exijam dedicação total até 2 horas em qualquer turno, tais como: atividades de investigação, utilização de protocolos, procedimentos de admissão e alta de doentes.	23,2

8 c	Execução de tarefas administrativas e de gestão que exijam dedicação total até 4 horas ou mais em qualquer turno, tais como: situações de morte ou doação de órgãos, coordenação com profissionais de saúde de outras especialidades.	30,0
SUPORTE VENTILATÓRIO		
9	Suporte ventilatório: qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem pressão expiratória final positiva (PEEP), com ou sem a utilização de relaxantes musculares; respiração espontânea com ou sem PEEP, com ou sem tubo endotraqueal e oxigenioterapia por qualquer método	1,4
10	Cuidados a vias aéreas artificiais: tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia	1,8
11	Técnicas para melhorar a função pulmonar: cinesioterapia respiratória, espirometria, aerosolterapia, aspiração endotraqueal	4,4
SUPORTE CARDIOVASCULAR		
12	Terapêutica vasoativa, independentemente do tipo ou dose	1,2
13	Reposição endovenosa de grande perda de fluidos. Administração de fluidos superior a 3L/m ² /dia, independentemente do tipo de fluido administrado	2,5
14	Monitorização da pressão na aurícula esquerda: cateter da artéria pulmonar, com ou sem avaliação do débito cardíaco	1,7
15	Reanimação cardiopulmonar nas últimas 24 horas (excluindo murro precordial)	7,1
SUPORTE RENAL		
16	Técnicas de hemofiltração, técnicas dialíticas	7,7
17	Avaliação do débito urinário (ex: por cateter vesical)	7,0
SUPORTE NEUROLÓGICO		
18	Avaliação da pressão intracraniana	1,6
SUPORTE METABÓLICO		
19	Tratamento de acidose/alcalose metabólica complicada	1,3
20	Nutrição parentérica	2,8
21	Nutrição entérica por sonda gástrica ou outra via gastrointestinal (ex: jejunostomia)	1,3
INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS		
22	Intervenções específicas na unidade de cuidados intensivos: entubação endotraqueal, colocação de pacemaker, cardioversão, endoscopias, cirurgia de urgência nas últimas 24 horas, lavagem gástrica; excluem-se intervenções habituais sem consequências diretas para o estado clínico do doente: radiografias, ecografias, eletrocardiograma, inserção ou realização de pensos a cateteres venosos ou arteriais	2,8
23	Intervenções específicas realizadas fora da unidade de cuidados intensivos: procedimentos cirúrgicos ou de diagnóstico	1,9

Em relação aos itens 1, 4, 6, 7 e 8, apenas um subitem (a, b, c) pode ser registrado. As ponderações representam a percentagem de tempo dedicado por um enfermeiro na atividade mencionada no item, se executada.

Parte II

**Projeto de
implementação:**

Questão de Investigação:

A NAS reflete melhor os cuidados de enfermagem no SMI da ULSVDL?

Desenho de Investigação:

População	Intervenção	Comparação	Resultados
Enfermeiros do SMI ULSVDL	Medição de carga de trabalho usando NAS	com a escala atualmente em uso TISS 28	

Metodologia:

Desenvolvemos o projeto procurando responder à questão de investigação: A Nursing Activities Score (NAS) é uma escala mais adequada para a avaliação da Carga de Trabalho dos Enfermeiros no SMI da ULSVDL?

Na UCI, onde a exigência de tratamento intensivo, englobando a qualidade e segurança dos cuidados, pressupõe custos extremamente elevados, destaca-se o Nursing Activities Score como um instrumento que possibilita a avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros, revelando o tempo investido nas atividades de Enfermagem inerentes aos cuidados prestados, independentemente do grau de gravidade da doença diagnosticada à pessoa em situação crítica (Macedo et al 2016; 69)

Para este projeto optou-se pela utilização da escala NAS por ser a escala de avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros em SMI, que se encontra validada para a população portuguesa. vista como a herdeira natural do TISS 28, sendo atualmente a mais utilizada nos SMI's em Portugal, e em grande parte dos países europeus, por se tratar de um instrumento de fácil aplicabilidade, objetivo e dos poucos que mensura cuidados de enfermagem (diretos e indiretos) e não intervenções terapêuticas. (Macedo 2016).

Assim iremos aplicar diariamente ambas as escalas de avaliação de carga laboral, a TISS 28 e a NAS de forma a podermos validar a NAS como o melhor instrumento de mensuração da carga de trabalho de trabalho a aplicar no serviço e a que melhor traduz os cuidados de enfermagem.

Como estratégia para melhorar a adesão e a utilização da escala será fornecida documentação pertinente sobre o projeto por correio eletrónico aos elementos da equipa de enfermagem responsável pela implementação do projeto, e será realizado um estudo comparativo durante 30 dias de forma a evidenciar com dados objetivos da unidade a utilidade da mesma, de forma a motivar a equipa à mudança.

Iremos posteriormente proceder à segunda fase do projeto, que consistirá na formação de todos os elementos da equipa de enfermagem, para seguidamente procedermos á implementação da escala no SMI.

Análise dos dados e Tratamento Estatístico

Os objetivos finais deste estudo são determinar o tempo despendido em cuidados de enfermagem, de acordo com a especificidade e complexidade do estado de saúde de cada utente internado na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos a cada 24 horas, durante o período de aplicação do instrumento; e comparar os resultados obtidos na aplicação do NAS, no que concerne à dotação ideal de recursos humanos em enfermagem com os recursos humanos de enfermagem efetivos, durante o período de aplicação do instrumento.

A carga de trabalho dos enfermeiros diz respeito à quantidade de tempo, esforço físico e cognitivo exigidos aos profissionais para realizarem as atividades de prestação de cuidados aos doentes (Cucolo e Perroca, 2019).

Para concretizar os objetivos estabelecidos, solicitou-se à equipa de coordenação da UCI que procedesse à aplicação diária do NAS a cada utente internado no serviço. A aplicação do instrumento foi retrospectiva, ou seja, nas 24 horas seguintes à prestação de cuidados ao doente e baseou-se nos registos de enfermagem, nas informações obtidas pelos profissionais durante a passagem de turno e, em caso de dúvida, na abordagem dos profissionais envolvidos na prestação direta dos cuidados de enfermagem.

Amostra:

A amostra em estudo integrou todos os doentes internados no SMI da ULSVDL, durante o período da colheita de dados, totalizando 122 avaliações / 12 camas.

Crítérios de Inclusão:

O estudo decorreu entre 01 de setembro e 30 de outubro de 2024. Neste período a escala NAS foi aplicada diariamente aos doentes legíveis, no final do turno da manhã, a cada 24 horas, apresentando como critérios de inclusão, tendo em conta que se trata dum SMI que cuida do doente adulto, com idade igual ou superior a 18 anos, com tempo de internamento superior a 24 horas. Não foram considerados para o estudo todos os doentes que apresentavam avaliações TISS-28 indevidamente preenchidos.

Instrumentos de recolha de dados:

Na qualidade de instrumentos de medida necessários à validação do NAS, consideramos o TISS 28, como instrumento antecessor *gold standard*, num mesmo momento de aplicação, necessário à aferição da validade de critério (concorrente);

Para o tratamento estatístico procedeu-se à codificação e inserção na base de dados a partir do software estatístico SPSS3, versão 23, recorrendo à estatística

descritiva (frequências absolutas, média \pm desvio padrão) e à estatística inferencial, recorrendo à estatística paramétrica (correlação de Pearson,) tendo em conta as características dos grupos, adotando um intervalo de confiança de 95%.

Procedimentos:

A segunda fase do estudo metodológico resumiu-se à construção do instrumento de colheita de dados, criando uma tabela onde introduzíamos o valor total do TISS-28 avaliado no sistema de registos de cuidados de enfermagem e o valor de minutos afetos ao valor TISS e em paralelo o valor NAS e da mesma forma o valor de minutos afetos ao valor NAS, de forma a fazer uma análise correlacional entre ambas.

Com o intuito de facilitar o processo foi pedido à gestora local da B-Simple a introdução da escala NAS no programa do serviço. Solicitou-se igualmente a devida autorização ao conselho de administração, após aprovação da comissão de ética para proceder à colheita de dados. Paralelamente, a diretora clínica da UCI e a enfermeira gestora validaram a pertinência do estudo, dando parecer positivo para a implementação do estudo de investigação em causa.

Depois da recolha de dados realizou-se o estudo metodológico, o qual diz respeito à análise das suas propriedades psicométricas, nomeadamente a confiabilidade, avaliada pela sua consistência interna e validade de critério (concorrente).

A validação consiste em analisar se um instrumento de avaliação é capaz de medir ou avaliar aquilo a que se propõe medir/avaliar. Existem 3 tipos de validade, a de conteúdo, prática ou de critério (validade concorrente ou preditiva) e a validade de constructo ou construção (validade convergente):

A **validade de conteúdo** inclui também a validade aparente do teste, permite verificar se o teste constitui uma amostra representativa, ou seja, se nos indica a validade aparente do instrumento, a coerência aparente entre o que se quer medir e o que mede o instrumento de medida escolhido; esta validação foi conseguida por Rui Macedo em 2016 e não será alvo de mensuração no nosso estudo.

A **validade prática** ou de critério consiste no grau de eficácia do instrumento (NAS) em medir elementos relacionados com um critério de interesse (carga de trabalho dos enfermeiros em UCI). A diferença fundamental entre os dois tipos baseia-se no tempo que medeia entre a colheita da informação pelo instrumento a ser validado e a colheita da informação sobre o critério. Se estas colheitas forem (mais ou menos) simultâneas, a validação será do tipo concorrente (em causa no estudo), esta utiliza outro instrumento que mede o mesmo fenómeno e é considerado gold standard (TISS 28); caso os dados sobre o critério sejam colhidos após a colheita da informação sobre o teste, fala-se em validade preditiva.

Tabela 3: Dados de Setembro:

Numeração	TISS-28	carga de trabalho pela TISS	NAS	carga de trabalho pela NAS
1	45	477	75.2	1082.88
2	47	498.2	62.8	904.52
1	32	339.2	52.8	760.32
2	28	296.8	55	734.4
3	36	381.6	55.5	799.2
4	30	318	52.4	754.56
5	42	445.2	66.4	956.16
6	36	381.6	58	835.2
7	38	402.8	58	835.2
8	32	339.2	52.4	754.56
9	28	296.8	55	792
10	43	455.8	55.9	804.96
11	46	487.6	63.7	917.28
12	23	243.8	49.3	709.92
13	42	445.2	60.8	875.52
14	27	286.2	57	820.8
15	37	392.2	58.7	845.28
16	31	328.6	52.8	760.32
17	32	339.2	52.7	758.88
18	35	371	59.9	862.56
19	33	349.8	58	835.2
20	41	434.6	68.5	986.4
21	34	360.4	60.5	871.2
22	32	339.2	61.6	887.04
23	46	487.6	118.7	1709.28
24	41	434.6	57.1	822.24
25	38	402.8	55.6	800.64
26	30	318	48.4	696.96
27	32	339.2	66.3	954.72
28	34	360.4	56.8	817.92
29	40	424	65.7	946.08
30	41	434.6	87.6	1261.44

31	31	328.6	55.5	799.2
32	52	551.2	70.5	1015.2
33	31	328.6	64.4	927.36
34	32	339.2	56.7	816.48

Tabela 4: Dados de Outubro:

Numeração	Soma de TISS-28	carga de trabalho de enfermagem TISS	Soma de NAS	carga de trabalho de enfermagem NAS
1	30	318	50.6	728.64
2	38	402.8	69.9	1006.56
3	29	307.4	64.4	927.92
4	29	307.4	50.5	727.2
5	34	360.4	56.8	817.92
6	25	265	49.3	709.92
7	25	265	56.8	817.92
8	34	360.4	58	835.2
9	34	360.4	58	835.2
10	27	286.2	49.3	709.92
11	37	392.2	86	1238.4
12	29	307.4	64.7	970.56
13	31	328.6	52.8	760.32
14	31	328.6	52.8	760.32
15	39	413.4	60.8	875.52
16	33	349.8	59.6	858.24
17	32	339.2	50.9	732.96
18	25	265	55	792
19	31	328.6	55	792
20	38	402.8	60.8	875.52
21	20	212	54.8	789.12
22	28	296.8	56.8	817.9
23	35	371	56.8	817.92
24	24	254.4	61.3	882.7
25	33	349.8	57.7	830.88
26	30	318	56.8	817.9

27	31	328.6	56.8	817.9
28	22	233.2	53.7	773.28
29	39	413.4	66.7	960.48
30	30	318	58.2	838.08
31	32	339.9	73.2	1054.08
32	27	286.2	55	792
33	25	265	61.3	882.72
34	24	254.4	55	792
35	27	286.2	61.3	882.72
36	24	254.4	55	792
37	40	424	85.4	1229.76
38	17	180.2	67.1	966.24
39	22	233.2	65.3	940.32
40	25	265	55	792
41	33	349.8	81.4	1172.16
42	27	286.2	55	792
43	31	328.6	54.9	790.56
44	27	286.2	48.4	711.36
45	35	371	69	993.6
46	26	275.6	55	792
47	26	275.6	57	820.8
48	25	265	53.7	773.28
49	25	265	64.4	927.36
50	31	328.6	82.1	1182.24
51	27	307.4	82.1	1182.24
52	36	381.6	71	1022.4
53	28	296.8	55.5	799.2
54	34	360.4	63.6	911.52
55	26	275.6	57.3	825.12
56	30	318	125.6	1808.64
57	38	402.8	70.4	1013.76
58	32	339.2	125.6	1808.64
59	34	360.4	93.3	1343.52
60	25	265	53.7	773.28
61	36	381.6	66.3	954.72

62	47	498.2	89.8	1293.12
63	32	339.2	56.7	816.48
64	27	286.2	59	849.6
65	29	307.4	53.7	773.28
66	37	392.2	53.7	773.28
67	43	454.8	58.4	840.96
68	32	339.2	54	777.6
69	21	222.6	66.9	936.36
70	35	371	55.9	804.96
71	24	254.4	67.3	969.12
72	44	466.4	61.1	879.84
73	35	371	64.2	924.48
74	31	328.6	56.7	816.48
75	31	328.6	69.1	995.04
76	35	371	60.8	875.52
77	36	381.6	58	835.2
78	37	392.2	73.2	1054.08
79	28	296.8	49.6	714.24
80	41	434.6	72.7	1046.88
81	31	328.6	52.4	754.56
82	37	392.2	82.6	1189.4
83	34	360.4	61.6	887.04
84	23	243.8	52,3	753.12
85	37	392.2	65.6	944.64
86	31	328.6	54	777.6

Quadro 1: Análise Descritiva dos dados obtidos em setembro

		TISS	NAS
N	Válido	36	36
	Omisso	0	0
Média		36.06	61.3667
Mediana		34.50	58.0000
Erro Desvio		6.585	12.39249
Mínimo		23	48.40
Máximo		52	118.70

Quadro 2: Análise Descritiva dos dados obtidos em outubro

		TISS	NAS
N	Válido	86	86
	Omisso	0	0
Média		30.88	62.9430
Mediana		31.00	58.0000
Erro Desvio		5.730	13.77603
Mínimo		17	48.40
Máximo		47	125.60

Quadro 3: Análise Descritiva dos dados afetas de enfermagem obtidos em setembro

		tempo_afeto_TISS	tempo_afeto_NAS
N	Válido	36	36
	Omisso	0	0
Média		382.1889	882.0856
Mediana		365.7000	835.2000
Erro Desvio		69.80585	179.55283
Mínimo		243.80	696.96
Máximo		551.20	1709.28

Quadro 4: Análise Descritiva dos dados afetas de enfermagem obtidos em outubro

		tempo_afeto_TISS	tempo_afeto_NAS
N	Válido	86	86
	Omisso	0	0
Média		327,6105	906,1651
Mediana		328,6000	835,2000
Erro Desvio		60,58912	198,53075
Mínimo		180,20	696,96

Máximo	498,20	1808,64
--------	--------	---------

Quadro 5: Análise correlacional de Pearson, dos dados de Setembro

		TISS	NAS
TISS	Correlação de Pearson	de 1	,563**
	Sig. (2 extremidades)		<,001
	N	36	36
NAS	Correlação de Pearson	,563**	1
	Sig. (2 extremidades)	<,001	
	N	36	36

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Quadro 6: Análise correlacional de Pearson, dos dados de Outubro

		TISS	NAS
TISS	Correlação de Pearson	de 1	,294**
	Sig. (2 extremidades)		,006
	N	86	86
NAS	Correlação de Pearson	,294**	1
	Sig. (2 extremidades)	,006	
	N	86	86

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Discussão:

Lima, Tsukamoto, e Fugulin (2008), referem que a soma das pontuações obtidas com a avaliação retrospectiva de cada doente, face a cada item do instrumento representa a quantidade de tempo que o profissional de enfermagem despendeu no cuidado ao doente nas últimas vinte e quatro horas. Sempre que a pontuação do NAS atinge um valor de 100% significa que é necessária a dedicação exclusiva de um profissional de enfermagem por turno para a assistência a esse doente. Refletindo a totalidade de tempo afeto aos cuidados. em que cada ponto reflete 14,4 minutos perfazendo 1440 min/dia.

Na análise retrospectiva de setembro (Quadro 1) verificámos que a pontuação média NAS foi de 61,3667 pontos, com variação entre um mínimo de 48,4 pontos e o máximo de 118,70 pontos. Em outubro (Quadro 2) o valor médio foi de 62,9430 pontos com o valor mínimo apurado de 48,40 pontos e máximo de 125,60 pontos, aproximando-se do valor máximo possível obtido pela escala de 176,8 pontos (Queijo 2002).

Não contabilizando 19,2 % das atividades de enfermagem não refletidas na NAS, onde se incluem as necessidades humanas básicas do profissional de saúde, os valores obtidos levam a querer que a unidade deverá reger-se pela indicação da DGS de rácio enfermeiro/ doente num SMI nível III de 1/1, pontualmente no limite superior no rácio 1/1,6 não devendo ser regra 1/2 (Diário da República, 2014, p. 30254).

O cálculo de tempo minutos afetos a escala /doente veio corroborar a conclusão anterior, uma vez que em média o consumo de cuidados de enfermagem por doente correspondeu a 882,0856 minutos/dia em setembro e de 906,1651 minutos/dia em outubro. Explanando aqui a complexidade dos doentes admitidos no SMI pela quantificação de necessidades revistas na escala e a distribuição enfermeiro/doente. Verificamos assim, que esta será uma ferramenta que permitirá uma distribuição mais equitativa salvaguardando a segurança dos cuidados ao doente, sobretudo porque o instrumento permite a obtenção de informações retrospectivas sobre a carga de trabalho de enfermagem, na medida em que é aplicado a cada doente uma vez por dia (Severino *et al.*, 2010). Segundo Queijo e Padilha (2009, p. 1010) sabe-se que uma equipa reduzida tende a determinar a queda da eficácia/qualidade dos cuidados, não garantindo a segurança dos doentes, prolongando o internamento, aumentando os custos do tratamento dos doentes.

vários estudos vieram salientar que em doentes mais graves, com uma necessária carga de trabalho aumentada em termos de tempo dedicado, um número adequado de enfermeiros pode diminuir o aparecimento de infeções associadas aos cuidados de saúde, pneumonias associadas à ventilação, quantidade de lesões cutâneas, tempo de

ventilação mecânica, tempo de internamento, risco de mortalidade e garantir a segurança do doente, assim como o burnout, insatisfação profissional e diminuição de lesões músculo esqueléticas nos profissionais de saúde (Severino, Saiote, Martinez, Deodato, e Nunes, 2010, p. 7) (Panunto e Guirardello, 2012, p. 97); (Monge, *et al.*, 2013); (Valls-Matarín, Salamero-Amarós, Roldán-Gil, e Quintana-Riera, 2015).

Analisando a validade concorrente entre o instrumento de medida NAS e o seu antecessor o gold standard TISS 28, foi demonstrada através da correlação de Pearson, apresentando-se positiva, moderada e estatisticamente significativa ($r=,563^{**}$; $p<,001$). Valor muito próximo do aferido pelo estudo de Macedo 2016 com correlação de Pearson positiva e estatisticamente significativa ($r= ,678$; $p= ,000$).

Assim, inferimos a resposta à questão “Existe correlação entre o (antecessor gold standard) TISS 28 e a carga de trabalho dos enfermeiros em UCI, mensurada pelo NAS, prevendo validade concorrente?” como afirmativa.

Validando a escala NAS como ferramenta a utilizar no SMI. Refletindo 80,8% das atividades de enfermagem afetadas em detrimento das 43,3% revistas no seu antecessor.

Conclusão:

Considerando que o NAS está fundamentado, sobretudo, em atividades específicas da equipa de enfermagem da UCI, constatou-se uma melhor adequação deste para estimar a necessidade de recursos humanos, em relação ao TISS 28 sendo por isso visto como um instrumento promissor no cálculo da carga de trabalho de enfermagem em SMI (Ducci, Zanei, e Whitaker, 2008, p. 678:679). Contempla a prestação de cuidados diretos ao doente e família, como por exemplo procedimentos de higiene, mobilização e posicionamentos, apoio e cuidados aos familiares e doentes, inclui ainda a prestação de cuidados indiretos, ao nível das atividades administrativas e de gestão. Não está dependente da gravidade do doente, visto que a sua construção e validação foram baseadas nas atividades de enfermagem autónomas e interdependentes.

Hoogendoorn *et al.* (2020) realizaram uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de identificar os sistemas de pontuação existentes de mensuração da carga de trabalho dos enfermeiros em SMI, bem como avaliar sua validade e confiabilidade para quantificar o tempo de trabalho de enfermagem necessário. Em termos gerais, o NAS é o sistema mais utilizado para mensurar a carga de trabalho de enfermagem em contexto de SMI e o que apresentou o melhor desempenho, sendo o único sistema com boa validade de conteúdo, em que 81% do tempo total despendido pelos enfermeiros poderia realmente ser explicado.

Em consonância, utilizar este instrumento na avaliação da carga de trabalho de Enfermagem promove a prática de cuidados seguros acompanhada da redução de custos para a instituição (Cyrino et al 2018). Permite, simultaneamente, auxiliar no planeamento de necessidades de recursos humanos para turnos subsequentes, facilitando a distribuição de doentes pelos profissionais que iniciam o seu turno de prática clínica, reduzindo a discrepância e aumentando a qualidade dos cuidados prestados (Macedo 2017).

Referências bibliográficas:

- Afonso, E. (2018). Nursing workload in the intensive care unit – Can it be measured. *Intensive e Critical Care Nursing*: Elsevier. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0964339718302192? via%3Dihub>.
- Arnaud Bruyneel, Alberto Lucchini, Marga E. Hoogendoorn, (2024) The challenge of assessing workload in intensive care units, *Intensive and Critical Care Nursing*, Volume 84, 103722, ISSN09643397, <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103722>.
- Coelho, F., Watanabell, M., FonsecaIII, C., Padilha, K., e Vattimo, M. (2017). Nursing Activities Score and Acute Kidney Injury. *Revista Brasileira de Enfermagem*. <https://www.scielo.br/j/reben/a/CvtYVN9cfbxbgBWSFZGQrPwc/abstract/?lang=en>
- Conishi, R., e Gaidzinski, R. (2006). Nursing Activities Score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Wc65jSygNvHtQZ6hvDSJdDr/abstract/? lang=pt>.
- Cucolo, D. e Perroca, M. (2019). A dimensão qualitativa da carga de trabalho em enfermagem: uma proposta de mensuração. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/yKTCjVyVT4pXTf5ymz7vj6F/? lang=pt>
- Cyrino CMS, Dell'Acqua MCQ, Castro MCN, Oliveira EM, Deodato S, Almeida PMV. (2018); Nursing Activities Score nos sítios assistenciais em Unidade de Terapia Intensiva. *Esc Anna Nery*. 22(1)
- Cristina Reguera-Carrasco, Sergio Barrientos-Trigo, (2024) Instruments to measure complexity of care based on nursing workload in intensive care units: A systematic review, *Intensive and Critical Care Nursing*, Volume 84,103672, ISSN 0964-3397, <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103672>.
- Cullen, D. J., Civetta, J. M., Briggs, B. A., e Ferrara, L. C. (1974). Therapeutic intervention scoring system: a method for quantitative comparison of patient care. *Critical Care Medicine*, vol. 2, nº 2, pp. 57-60.
- Diário da República, 2. s. (2014). Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 533/2014. Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem
- Dias, A. T., Matta, P. d., e Nunes, W. A. (2006). Índices de Gravidade em Unidades de Terapia Intensiva Adulto: Avaliação Clínica e Trabalho da Enfermagem. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, vol. 18, nº 3, pp. 276-281.
- Dias (2010) - Escalonamento de equipas de enfermagem de acordo com a previsão das necessidades de serviço; Tese de Mestrado em Decisão Económica e

- Empresarial; Instituto superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa. Maio, Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/2874>
- Ducci AJ, Zanei SSV, Whitaker IY. (2008) Carga de trabalho de enfermagem para quantificar proporção profissional de enfermagem/paciente em UTI cardiológica. *Rev Esc Enferm USP*. 42(4): 673-80.
- Elias ACGP, Matsuo T, Cardoso LTQ, Grion CMC. (2006) - Aplicação do sistema de pontuação de intervenções terapêuticas (TISS 28) em unidade de terapia intensiva para avaliação da gravidade do paciente. *Rev Latino-am Enfermagem*; 14(3):324- 29. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a04.pdf>
- Fasoi, G., Patsiou, E., Stavropoulou, A., Kaba, E., Papageorgiou, D., Toyllia, G., Goula, A. e Kelesi, M. (2020). Assessment of Nursing Workload as a Mortality Predictor in Intensive Care Units (ICU) Using the Nursing Activities Score (NAS) Scale. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Recuperado de <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/1/79/htm>.
- Fortis A, Mathas C, Laskou M, *et al.* (2004) - Therapeutic Intervention Scoring System-28 as a tool of post ICU outcome prognosis and prevention. *Minerva Anesthesiol.*;70(1- 2):71-81. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14765047>
- Kraljic S, Zuvic M, Desa K, Blagaic A, Sotosek V, Antoncic D, *et al.* (2017) Evaluation of nurses' workload in intensive care unit of a tertiary care university hospital in relation to the patients' severity of illness: A prospective study. *Int J Nurs Stud.*; 76:100-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.004>
- Greaves, J., Goodall, D., Berry, A., Shrestha, S., Richardson, A., Pearson, P., (2018). Nursing workloads and activity in critical care: A review of the evidence. *Intensive Crit. Care Nurs*. 48, 10–20. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.06.002>.
- Guccione, A., Morena, A., Pezzi, A., e Iapichino, G. (2004). I Carichi di lavoro infermieristico. *Minerva Anestesiologica*, vol. 70, nº5, pp. 411-416.
- Hoogendoorn, M.E., Margadant, C.C., Brinkman, S., Haringman, J.J., Spijkstra, J.J., de Keizer, N.F., (2020). Workload scoring systems in Intensive Care and their ability to quantify the need for nursing time: A systematic literature review. *Int. J. Nurs. Stud.* 101, 103408 <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103408>.
- Hoogendoorn, M.E., Brinkman, S., Spijkstra, J.J., Bosman, R.J., Margadant, C.C., Haringman, J., de Keizer, N.F., (2021). The objective nursing workload and perceived nursing workload in Intensive Care Units: Analysis of association. *Int. J. Nurs. Stud.* 114, 103852 <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103852>.
- Lima, M. K. F., Tsukamoto, R., Fugulin, F. M. T. (2008). Aplicação do Nursing Activities Score em pacientes de alta dependência de enfermagem. *Texto e Contexto*,17

(4), 638-46. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/03.pdf>

Macedo APMC, Mendes CMFS, Candeias ALS, Sousa MPR, Hoffmeister LV, Lage MIGS. (2016) Validação do Nursing Activities Score em unidades de cuidados intensivos portuguesas. *Rev Bras Enferm.*; 69(5): 881-87.

Macedo, R., Dias, a. M., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P., Macedo, M. (2021). Nursing Activities Score: Adaptação transcultural e validação para a população portuguesa. *Servir*, 2(1), 19-30. <https://doi.org/10.48492/servir0201.23763>

Ministério da Saúde (2003) Direção de Serviços de Planeamento. Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direção-Geral da Saúde;

Miranda DR, Rijk A, Schaufeli W. (1996) Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: the TISS-28 items - Results from a multicenter study. *CritCareMed*; 24(1): 64-73. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8565541>

Miranda, D. R., Nap, R., Rijk, A. d., Schaufeli, W., e Lapichino, G. (2003). Nursing Activities Score. *Critical Care Medicine*, Vol 31, nº2, pp. 374-382

Moreno, R. (2000a). Avaliação da carga de trabalho de enfermagem. In R. Moreno, *Gestão e organização em medicina Intensiva* (pp. 111-123). Lisboa: Permayner Portugal.

Moreno, R. (2000). A avaliação da carga de trabalho de enfermagem como instrumento de gestão: <http://www.uninet.edu/cimc2000/mesas/mr3/Moreno/moreno2.htm>

NIH. (1983). Consensus development conference on critical care. *Critical Care Medicine*, 11(6), 466-469.

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 743/ 2019 de 25 de setembro de 2019 - Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem/ Ordem dos Enfermeiros Regulamento nº 743/2019, *Diário da República*, nº 184, 2ª série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

Padilha, K. G., Sousa, R. M., Garcia, P. C., Bento, S. T., Finardi, E. M., e Hatarashi, R. H. (2009). Nursing workload and staff allocation in an intensive care unit: A pilot study according to Nursing Activities Score (NAS). *Intensive and Critical Care Nursing*, nº26, pp. 108-113

Padilha KG, Sousa RMC, Kimura M, *et al.* (2007) Nursing workload in intensive care units: A study using the Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28). *IntensiveCritCareNurs.*; 23(3):162-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17329107>

Padilha, K.; Sousa, R.; Miyadahira, A.; Cruz, D.; Vattimo, M.F.; Kimura, M.; Grossi, S.; Silva, M.C.; Cruz, V.; Duccl, A (2005). – Therapeutic intervention scoring

- system28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Nº 39 (2) p 229-233; <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000200014>
- Padilha, K., Sousa, R., Queijo, A., Mendes, A., e Miranda, D. (2008). Nursing Activities Score in the intensive care unit: Analysis of the related factors. Intensive and Critical Care Nursing: Elsevier: 10.1016/j.iccn.2007.09.004.
- Pereira, B., Pereira, S., Mesquita, A., Bridi, A., Paula, V., e Souza, K. (2020). Application of the Nursing Activities Score (NAS) in an Intensive Care Unit (ICU). Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental. <https://www.eer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7052/pdf>.
- Pinno, P., Taschetto, C., Freitas, E., Nunes, L., Menezes, J., Petry, K., e Camponogara, S. (2020). Carga de trabalho numa unidade de internamento hospitalar de acordo com o Nursing Activities Score. Revista de Enfermagem Referência. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rretarget=publicationDetailsepesquisa=eid_artigo=3748eid_revista=55eid_edicao=239.
- Queijo, A. F. (2002). Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Nursing Activities Score (N.A.S.). Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-12112003-220346>
- Queijo, A. F., e Padilha, K. G. (2009). Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, vº43; www.ee.usp.br/reeusp, p. 1009:1017
- Reguera-Carrasco, C., Barrientos-Trigo, S., (2024). Instruments to measure complexity of care based on nursing workload in intensive care units: A systematic review. Intensive Crit. Care Nurs., 103672 <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103672>.
- Rollán, G., Carmona, F., Quirós, C., Cerrillo, I., Jara, A., García, S., Alameda, R., e Martínez, M. (2011). Escalas de medida de carga de trabajo de enfermería en unidades de cuidados críticos. Correlación entre NAS y NEMS. NURE Investigación, 8 (55). <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/556>.
- Romano, J., Garcia, P., Silva, D., Moura, D., e Nogueira, L. (2019). Type of admission and nursing workload of critical patients: a cross-sectional study. British Association of Critical Care Nurses: Nursing in Critical

Care. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nicc.12408>.

Ross, P., Howard, B., Ilic, D., Watterson, J., Hodgson, C.L., (2023). Nursing workload and patient-focused outcomes in intensive care: a systematic review. *Nurs. Health Sci.* <https://doi.org/10.1111/NHS.13052>.

Severino, R., Saiote, E., Martinez, A. P., Deodato, S., e Nunes, L. (2010). Nursing Activities Score: Índice de avaliação da carga de trabalho de Enfermagem na UCI. *Percursos*, nº16, pp. 3 - 13

Swiger, P., Vance, D., e Patrician, P. (2016). Nursing workload in the acute-care setting: A concept analysis of nursing workload. *Nursing Outlook*: Elsevier. [https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554\(16\)00015-4/fulltext](https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554(16)00015-4/fulltext).

Anexo 2

		
PROCEDIMENTO CUIDADOS AO CATETER VENOSO CENTRAL		Documento nº 1 Versão nº 1 Data:
Aprovado:		Data de Aprovação:

RESPONSABILIDADE PELA IMPLEMENTAÇÃO:

CMEMC PSC. Susana Marques n. 4115, ESSV

Enf. Sandra Albuquerque 4190

DESTINATÁRIOS:

Todos os elementos de enfermagem da ULS Dão Lafões

OBJETIVO GERAL:

Criar procedimento para todos os enfermeiros sobre a melhor técnica de utilização de CVC de hemodialise

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Reduzir o risco de infeções associadas à utilização de Cateteres Venosos Centrais (CVC) e complicações relacionadas.

Garantir a utilização de uma técnica assética e “*non-touch*” sempre que um CVC for manuseado.

Garantir que o penso do cateter é mudado regularmente.

Garantir a avaliação do local de inserção do cateter durante cada tratamento de diálise.

DEFINIÇÕES(S):

Técnica assética - Uma técnica que visa prevenir a introdução de microrganismos patogénicos em áreas sensíveis através das mãos, superfícies e/ou equipamento.

Técnica non-touch - Uma técnica que protege as Key parts e key sites do contacto com o profissional de saúde e o ambiente em que decorre o procedimento.

Key parts - As partes críticas do equipamento que, se forem contaminadas (com bactérias e/ou microrganismos) durante um procedimento, são mais suscetíveis de causar uma infeção.

Key sites - A pele, feridas abertas e locais de acesso para dispositivos médicos (ligações/locais de injeção).

Técnica Assética Non-Touch ANTT® - Uma abordagem padrão única de prática assética com um impacto comprovado na redução de infeções adquiridas no âmbito da prestação de cuidados de saúde.

ÂMBITO/ Justificação do tema:

Para que se realize TSR torna-se indispensável a existência de um acesso vascular, para realização das mesmas (Pinheiro e Madureira, 2020). O acesso vascular oferece uma via crucial para a hemodiálise, proporcionando benefícios como eficácia terapêutica e durabilidade, as complicações associadas e os possíveis atrasos na criação do acesso são considerações importantes a serem ponderadas na gestão da terapia de hemodiálise em pacientes adultos (ROCHA *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2018)

De acordo com a Kidney Disease Outcomes Quality Initiative [KDOQI] (2022) o CVC é um dispositivo médico que possibilita aceder de forma direta à aurícula direita do coração, permitindo realização de tratamentos com alto volume e fluxo, como o tratamento dialítico (Lok *et al.*, 2020).

O CVC para HD apresenta-se como um tubo flexível, que possibilita a realização do tratamento dialítico, bem como outros procedimentos, tais como infusão de fluidos e fármacos, administração de sangue e hemoderivados e ainda colheita de sangue para análises (Timsit *et al.*, 2018; Mohazzab *et al.*, 2022). Estudos alertam para as complicações associadas ao CVC para HD, advertindo para as elevadas taxas de mortalidade e morbidade associadas a este acesso, relacionadas com as infeções da corrente sanguínea, do local de inserção e trombose (Timsit *et al.*, 2018; Lok *et al.*, 2020; Mohazzab *et al.*, 2022, Wooten *et al.*, 2022).

É de extrema importância a precoce identificação das complicações associadas ao CVC, nomeadamente para a prevenção da infeção, uma vez que as infeções associadas a este dispositivo são consideradas as de maior gravidade (Mohazzab *et*

al.,2022). A mitigação da infeção associada ao CVC para HD, pode ser controlada pelo recurso à implementação de um feixe de intervenções por parte da equipa de enfermagem, aquando da abordagem do cateter (Hafeez *et al.*, 2022).

A infeção do CVC para HD é caracterizada por presença de sinais e sintomas tais como de febre, sensibilidade no orifício e túnel, calafrios, presença de exsudado à expressão, entre outros, que podem ser sugestivos de infeção do CVC (European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association[EDTNA/ERCA], 2018; Lok *et al.*, 2020). Segundo a Norma 022/2015 da DGS, atualizada a 29 de agosto de 2022, denominada de ‘Feixe de Intervenções’ para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central’, alude que as INCS associadas aos CVC acarretam custos e repercutem-se na mortalidade e morbidade dos doentes.

KDOQI considera-se razoável em circunstâncias clínicas válidas o uso de CVCs tunelizados para curta ou longa duração para casos clínicos específicos tais como:

Curta duração:

- ✦ FAV ou EAV criado, mas não pronto para uso, e diálise necessária;
- ✦ Rejeição aguda do transplante ou outras complicações que requerem diálise
- ✦ Peritoneu do paciente com complicações que requerem tempo limitado para resolução da complicação (por exemplo, derrame pleural)
- ✦ O doente tem um dador vivo transplantado confirmado com uma data de operação no futuro (por exemplo, <90 dias), mas requer dialise
- ✦ FAV ou EAV apresenta complicações tais como lesão infiltrativa ou celulite que resulta, temporariamente na não utilização até resolução do problema

Longa duração:

- ✦ Múltiplas tentativas de acessos AV anteriores falhadas sem opções disponíveis
- ✦ Preferência válida do doente em que o acesso limitaria severamente a QOL ou a consecução dos objetivos de vida e após o doente foi devidamente informado sobre os riscos específicos do doente e os benefícios de outro acesso potencial e razoável opção para esse doente (se disponíveis)
- ✦ Esperança de vida limitada
- ✦ Ausência de opções de criação de acesso AV devido a uma combinação de problemas na artéria de entrada e na veia de saída (por exemplo, doença arterial oclusiva grave, oclusão de fluxo venoso central não corrigível)
- ✦ Circunstâncias médicas especiais

De acordo com a revisão da KDOQI 2019

- √ se o tempo suficiente para maturação da FAV e as circunstâncias do paciente são desfavoráveis para ser esse o acesso a utilizar, é preferível optar pelo CVC a ocorrer um incidente com FAV em HD devido a limitação de acesso vascular a longo prazo (por exemplo, trombose, perda de patência primária, intervenções) associada à utilização não assistida de FAV. (Recomendação Condicional, de Baixa Qualidade)
- √ considera-se razoável usar CVC tunelizado em preferência a um CVC não tunelizado devido ao menor risco de infeção com. CVC tunelizado (Opinião de peritos)
- √ considera razoável usar CVC interno não tunelizado na jugular apenas para fins temporários dentro dum tempo limitado (<2 semanas ou por critérios individuais) para limitar o risco de infeção. (Opinião de peritos)
- √ considera razoável que em doentes prevalentes com HD se opte por um acesso vascular (FAV ou EAV) em detrimento do CVC, se possível, devido à associação com eventos relacionados com o acesso vascular (por exemplo, infeção, trombótica ou não trombótica). (Opinião de peritos)
- √ considera razoável proteger todas as artérias e veias centrais e periféricas de danos, sempre que possível, incluindo evitar cateteres inseridos periféricamente e punções venosas desnecessárias, em doentes em diálise ou com DRC em que o acesso à diálise é esperado no futuro (CKDG3-G5). (Opinião de peritos)
- √ considera razoável que, doentes em HD que foram submetidos a colocação de um CVC túnelizado com cuff, este sendo o acesso mais apropriado para acesso permanentemente à diálise, não existe um prazo máximo para a sua utilização, no entanto é necessária uma avaliação regular para determinar se o CVC continua a ser o acesso apropriado. (Opinião de peritos)

PROCEDIMENTO:

Realização de cuidados de penso:

Periodicidade:

- Em todos os tratamentos, se for utilizado um penso de compressa com adesivo hipoalergénico, no início do tratamento.
- 2 vez por semana se for utilizado um penso de película transparente, em qualquer momento durante o tratamento. (no 1º e 3º tratamento de HD da semana)

- Se forem visíveis sinais de inflamação ou infeção, ou se o penso transparente não estiver completamente colado à pele, substituir o penso antes do tratamento. Realizar a cada sessão de HD; informar imediatamente o médico se existir algum sinal de inflamação ou infeção.

Técnica:

- Utilizar solução de higienização das mãos à base de álcool a 70%.
- Reunir os seguintes materiais e equipamentos
 - ✓ 1 campo cirúrgico: para proteger o local de inserção do cateter e a área circundante do contacto com o vestuário do doente
 - ✓ Spray de clorhexidina 4% para desinfeção tópica
 - ✓ Spray a 2% em álcool isopropílico a 70%. para limpar a superfície de trabalho
 - ✓ 1 penso de película transparente.

Pode depender das necessidades do doente

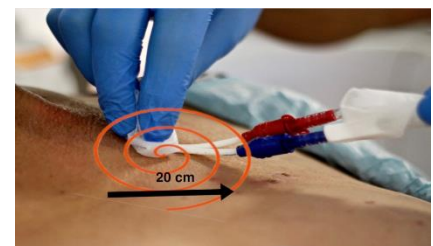
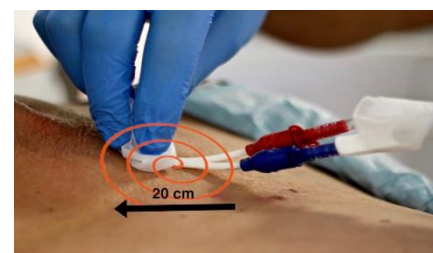
- ✓ 1 par de luvas para remover o penso “antigo”
 - ✓ 1 kit de penso
 - ✓ 2 pack de compressas 5x 5cm
 - ✓ 1 máscara para o profissional de saúde
 - ✓ 1 avental.
 - ✓ 1 máscara para o doente.
 - ✓ 1 termómetro.
- Garantir que o contentor de resíduos se encontra ao alcance imediato, e no local de utilização.
- Garantir que foi realizada limpeza da superfície de trabalho (mesa/carrinho/tabuleiro) com um toalhete descartável.
- Garantir que não existem alimentos, chávenas, fichas médicas ou pertences do doente na superfície de trabalho.
- Proceder à higienização das mãos.
- Colocar o avental, máscara e luvas não esterilizadas.
- Colocar todos os materiais necessários para a mudança do penso na superfície de trabalho.
- Explicar o procedimento, preparar o doente e destapar o local do penso e área do CVC.
- Avaliar o doente relativamente a:

- Temperatura: se a temperatura estiver acima do normal, informar imediatamente o médico.
- Pressão arterial.
- Pulsação.
- Colocar a máscara no doente.
- Colocar o campo cirúrgico de forma a proteger o local de saída do CVC do contacto com o vestuário do doente.
- O local de inserção do CVC deve encontrar-se destapado, facilmente acessível e longe do vestuário do doente.
- Utilizar uma técnica asséptica e “*non-touch*” tal como ANTT[®], evitando tocar em *Key parts* e *key sites* ao longo de todo o procedimento: A utilização de uma técnica asséptica e “*non-touch*” reduz o risco de infeção.

Princípios subjacentes à ANTT[®]:

- √ Lavar sempre as mãos eficazmente.
 - √ Nunca contaminar as peças essenciais.
 - √ Tocar nas peças não essenciais de forma segura.
 - √ Tomar medidas apropriadas de prevenção de infeções.
-
- Proceder à higienização das mãos e colocar luvas.
 - Remover a cobertura das extremidades do CVC e o penso do local de inserção do CVC.
 - Descartar os pensos no contentor de resíduos.
 - Remover e descartar as luvas no contentor de resíduos.
 - Proceder à higienização das mãos.
 - Abrir kit de penso
 - Utilizar compressas estéreis embebidas numa solução de clorhexidina a 2% em álcool isopropílico a em 70% para desinfeção tópica
 - Inspeccionar o local de inserção do CVC para procurar sinais de inflamação ou infeção, informar imediatamente o médico se existir algum sinal de inflamação ou infeção. Em particular:
 - Rubor.
 - Exsudado ou sangramento.
 - Odor.

- Sensibilidade.
 - Contusões.
 - Edema.
- Com a compressa, desinfetar a pele começando no local de inserção e fazendo movimentos circulares do centro para a periferia no sentido dos ponteiros do relógio, até um raio de 10 cm (área total com 20 cm de diâmetro).
 - Descartar a compressa usada no contentor de resíduos.
 - Mantendo as extremidades elevadas, repetir o passo anterior fazendo o movimento no sentido contrário ao dos ponteiros do relógio. 15 segundos é o tempo de contacto mínimo para uma solução de clorhexidina a 2% em álcool isopropílico a 70%.
 - Descartar a compressa usada no contentor de resíduos.
 - Utilizando uma nova compressa, desinfetar qualquer parte do lúmen do cateter que se encontre exposto até ao encaixe (movimento no sentido descendente), respeitando o tempo de contacto com o desinfetante e mantendo sempre as extremidades envoltas numa posição elevada. 15 segundos é o tempo de contacto mínimo para uma solução de clorhexidina a 2% em álcool isopropílico a 70%.
 - Descartar as compressas usadas no contentor de resíduos.
 - Colocar o penso estéril sobre o local de inserção quando a pele nessa área se encontrar seca.
 - Higienizar as mãos.
 - Documentar a avaliação do doente no plano de tratamento.
 - Registrar quaisquer observações relevantes no formulário de monitorização do CVC
 - Regularmente e pelo menos 2 vezes por semana, monitorizar e documentar o CVC do doente, bem como sempre que houver uma alteração no CVC e na condição do local de inserção.



Manipulação do CVC:

- Deve retirar-se a compressa que protege o CVC, desinfetar-se as tampas e os lumens do com álcool 70° durante 15 segundos, os lumens devem estar expostos

o menor tempo possível pelo que o anticoagulante deve ser retirado de um lúmen de cada vez. (DGS 2022).

- A limpeza dos conetores com o antisséptico para remover a matéria orgânica que possa estar depositada nas ranhuras do CVC deve ser feita antes de conectar as linhas e na desconexão, antes de colocar as tampas. O antisséptico recomendado é o álcool a 70°. No fim da desconexão, são colocadas as tampas estéreis com técnica asséptica e compressas esterilizadas a envolver o CVC (DGS, 2022).
- Trocar as tampas protetoras do CVC LD após cada utilização. (DGS, 2022)
- Manter a permeabilidade do acesso com preenchimento com 10cc de SF 0,9% e administrar lock de heparina/citrato de sódio após utilização de acordo com indicação do fabricante. (KDIGO 2019)
- A heparinização, quando recomendada, deve ser efetuada sempre após salinização (≥ 10 ml) (Pittiruti *et al.*, 2016).
- Usar sempre conector de pressão neutra na manipulação do CVC (JM Martinez *et al.*, 2019); à exceção da colheita para hemoculturas, que será efetuada diretamente do lúmen do CVC (JM Martinez *et al.*, 2019).
- Não utilizar seringas com volume inferior a 10 ml, para evitar uma pressão excessiva, que poderá danificar o cateter (Nursing Infusion Society, 2021).
- Nos doentes com CVC totalmente implantado deve ser ponderada a colheita sanguínea através do dispositivo, sendo que em nenhum caso um doente portador de CVC poderá ser punccionado sem o seu consentimento (Moureau, 2019).
- Num doente com CVC “in situ” deve desaconselhar-se punção periférica para efetuar perfusões/infusões (Cheng *et al.*, 2016).
- Após colheita sanguínea, suporte transfusional lavagem com 20 ml de soro fisiológico (SF). (José Martinez *et al.*, 2018; Ramada *et al.*, 2018; Rupp e Karnatak, 2018).

CONCLUSÃO:

Pretendemos desta forma proceder a divulgação de conhecimento científico mais atualizado para assim uniformizar cuidados de enfermagem.

Este procedimento deverá ser tido em conta na prática clínica de forma a proporcionar os melhores e mais atualizados cuidados de enfermagem ao utente portador de CVC de Hemodialise.

MONITORIZAÇÃO/ AVALIAÇÃO:

- √ Deverá ser feita auditoria interna da execução dos cuidados ao utente com CVC dentro do serviço de hemodialise 1 x por mês pela enf. Sandra Albuquerque;
- √ Deverá ser feita avaliação diagnóstica de necessidade de formação aos enfermeiros externos do serviço de hemodialise quando utentes em programa de hemodialise estiverem alocados ao serviço.

LEGISLAÇÃO, ORDENS DE SERVIÇO, BIBLIOGRAFIA DE SUPORTE:

Cheng, H. Y., Lu, C. Y., Huang, L. M., Lee, P. I., Chen, J. M., e Chang, L. Y. (2016). Increased frequency of peripheral venipunctures raises the risk of central-line associated bloodstream infection in neonates with peripherally inserted central venous catheters. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 49(2), 230–236. <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2014.06.001>

Commission, T. J. (2012). *Preventing Central Line–Associated Bloodstream Infections: A Global Challenge, a Global Perspective*. Oak Brook, IL: Joint Commission Resources. <https://www.jointcommission.org/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/tjc/system>

DeVries M. (2019). CLABSI: Definition and Diagnosis. In: Moureau N. (eds) *Vessel Health and Preservation: The Right Approach for Vascular*

Direção-Geral da Saúde. (2022c). “Feixe de intervenções” para a prevenção da infeção relacionada com o cateter vascular central. Direção-Geral da Saúde

Guimarães, G., L., Goveia, V., R., Mendonza, I., Y., Q., Corrêa, A., R., Matos, S., S., e Guimarães, J., L. (2017). Nursing interventions for hemodialysis patients through central venous catheter. *Journal of Nursing UFPE OnLine*, 11(3), 1127-35: 10.5205/reuol.10544-93905-1-RV.1103201702

Garcia, R. A., Spitzer, E. D., Kranz, B., e Barnes, S. (2018). A national survey of interventions and practices in the prevention of blood culture contamination and associated adverse health care events. *American Journal of Infection Control*, 46(5), 571–576. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2017.11.009>

Gunawansa, N., Sudusinghe, D. H., e Wijayarathne, D. R. (2018). Hemodialysis catheter-related central venous thrombosis: clinical approach to evaluation and management. *Annals of Vascular Surgery*, 51, 298–305. <https://doi.org/10.1016/j.avsg.2018.02.033>

Herrera, P. (2015). Cuidados de enfermería sobre los catéteres de hemodiálisis. *Revista Chilena Infectología*, 32(2), 113-

116.<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/137017/ParteV-Cuidados-de-enfermeria.pdf>

Hong, H., Morrow, D. F., Sandora, T. J., e Priebe, G. P. (2013). Disinfection of needleless connectors with chlorhexidine-alcohol provides long-lasting residual disinfectant activity. *American Journal of Infection Control*, 41(8). <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2012.10.018>

Lok CE, Huber TS, Lee T, et al; (2019) KDOQI Vascular Access Guideline Work Group. KDOQI clinical practice guideline for vascular access: update. *Am J Kidney Dis*. 2020;75(4) (suppl 2): S1-S164.

Martinez, José, Neves, F., Sousa, J., Santiago, D., Rodrigues, D., Mendes, M., Ramada, D., e Azevedo, T. (2018). Improving a better nurse practice associated with the manipulation of CVC and needleless connectors. *Onco.News*, 37, 6–12. <https://doi.org/10.31877/on.2018.37.01>

Moureau, N. L., e Flynn, J. (2015). Disinfection of needleless connector hubs: clinical evidence systematic review. *Nursing Research and Practice*, 96762. <https://doi.org/10.1155/2015/796762>

O'Grady, N. P., Alexander, M., Burns, L. A., Dellinger, E. P., Garland, J., Heard, S. O., Lipsett, P. A., Masur, H., Mermel, L. A., Pearson, M. L., Raad, I. I., Randolph, A. G., Rupp, M. E., Saint, S., e Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). (2011). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 52(9), e162. <https://doi.org/10.1093/cid/cir257>

Sengul, T., Guven, B., Ocakci, A. F., e Kaya, N. (2020). Connectors as a risk factor for blood associated infections (3-way stopcock and needleless connector): A randomized-experimental study. *American Journal of Infection Control*, 48(3), 275–280. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.08.020>

Santos, S. F., Viana, R. S., Alcoforado, C. L., Campos, C. C., Matos, S. S., e Ercole, F. F. (2014). Ações de enfermagem na prevenção de infecções relacionadas ao cateter venoso central: uma revisão integrativa. *Revista SOBECC*, 19(4), 219- 225: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201400040008>

<p>Elaborado por: Susana Marques, 6945; Sandra Albuquerque n. 4190</p>	<p>Revisto por:</p>
--	---------------------

Anexo 3

	
Guia de acolhimento ao serviço urgência	Documento n° Versão nº 0 Data:
Aprovado:	Data de Aprovação:

TÍTULO:

Guia de acolhimento ao serviço urgência

ÂMBITO:

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, assim como a Deontologia Profissional em Enfermagem, são documentos que definem legalmente, nos seus artigos específicos, a importância e a responsabilidade do enfermeiro no processo de transmissão de informação, do estabelecimento de uma relação terapêutica e na segurança nos cuidados prestados à pessoa doente e pessoas significativas para a mesma.

RESPONSABILIDADE PELA IMPLEMENTAÇÃO:

Enfermeiros do SUP da ULSVDL.

FUNDAMENTO (S):

De acordo com a legislação em vigor, nomeadamente na Lei nº15/14 de 21 de março, o cidadão admitido num Serviço de urgência (SU) tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada ou, no caso em que a pessoa doente não consiga escolher o seu acompanhante devido à sua situação clínica, pode acompanhá-lo uma pessoa que proceda à demonstração do seu parentesco ou da relação com a/o doente.

Estando reconhecido em lei os direitos e deveres a quem acede aos serviços de urgência do SNS:

Direitos do utente:

- ❖ o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, sendo que o cidadão deve ser informado desse direito durante a admissão;
- ❖ o direito de acompanhamento familiar a crianças internadas em estabelecimento de saúde, bem como a pessoas com deficiência, a pessoas em situação de dependência e a pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida;
- ❖ nos casos em que a situação clínica não permita ao utente escolher livremente o acompanhante, os serviços devem promover o direito ao acompanhamento, podendo para esse efeito solicitar a demonstração do parentesco ou da relação com o utente invocados pelo acompanhante;
- ❖ a natureza de parentesco ou da relação referida no ponto anterior não pode ser invocada para impedir o acompanhamento;

Quando a pessoa internada não esteja acompanhada, a administração do estabelecimento de saúde deve prestar o atendimento personalizado e adequado à situação.

Deveres do utente:

- ❖ Respeitar os direitos de outros utentes, bem como os dos profissionais de saúde com os quais se relacione;
- ❖ Respeitar as regras de organização e funcionamento dos serviços e estabelecimentos de saúde;
- ❖ Colaborar com os profissionais de saúde em todos os aspetos relativos à sua situação;
- ❖ Pagar os encargos que derivem da prestação de cuidados de saúde, quando for caso disso.

Ao acompanhante é reconhecido o direito a ser informado adequadamente e em tempo razoável sobre a situação do doente, nas diferentes fases do atendimento com as seguintes exceções:

- √ Indicação expressa em contrário do doente;
- √ Matéria reservada por segredo clínico.

Estando explanado o dever de comportar-se com civilidade/urbanidade e respeitar e acatar as instruções e indicações, devidamente fundamentadas dos profissionais do serviço. Estando reconhecido em caso de violação dos deveres a possibilidade de impedimento do acompanhamento, com saída do serviço, podendo ser indicado outro

para sua substituição.

Em Portugal, a responsabilidade de humanizar os cuidados de enfermagem é reforçada pelo Artigo n.º 110 do Código Deontológico do Enfermeiro integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro que refere que compete a cada enfermeiro o dever de responder aos cidadãos, aos pares e ao estado, pela assunção do dever de humanizar os cuidados de enfermagem.

Humanizar em SUP é, por isso, cuidar da pessoa em situação crítica enquanto ser único e complexo, preservando a sua dignidade e os seus valores. Envolve o cuidar aliado à melhor evidência científica disponível, integrando a família, valorizando o profissional de saúde e focando a saúde enquanto direito fundamental do ser humano (Rojas, 2019). Humanizar é um processo de transformação que conjetura atitudes, valores e comportamentos. Este inscreve-se numa relação interpessoal de ajuda e visa um desenvolvimento do potencial da pessoa. A inclusão da família no processo do cuidar bem como a valorização e reconhecimento dos profissionais de saúde são elementos-chave para a humanização dos cuidados. A humanização visa, também, as competências de comunicação e as competências pessoais como a empatia, a escuta ativa, o respeito, e a compaixão, enquanto ferramentas básicas na promoção e melhoria da formação em humanização.

Do enquadramento legal da prestação de cuidados – dos direitos e interesses legítimos dos utentes está regulamentado:

Artigo 20: A necessidade de garantir requisitos mínimos de qualidade e segurança ao nível da prestação, dos recursos humanos, do equipamento disponível e das instalações, está presente no setor da prestação de cuidados de saúde de uma forma mais acentuada do que em qualquer outra área.

Artigo 21. As relevantes especificidades deste setor agudizam a necessidade de garantir que os serviços sejam prestados em condições que não lesem o interesse nem violem os direitos dos utentes.

Artigo 22. Efetivamente, a qualidade tem sido considerada como um elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas de clientes e utentes dos serviços de saúde.

Artigo 23. Particularmente, a assimetria de informação que se verifica entre prestadores e consumidores reduz a capacidade de escolha dos últimos, não lhes sendo fácil avaliar a qualidade e adequação do espaço físico, nem a qualidade dos recursos humanos e da prestação a que se submetem quando procuram

cuidados de saúde.

Artigo 24. Os utentes dos serviços de saúde que recorrem à prestação de cuidados de saúde encontram-se, não raras vezes, numa situação de vulnerabilidade que torna ainda mais premente a necessidade de os cuidados de saúde serem prestados pelos meios adequados, com prontidão, humanidade, correção técnica e respeito.

Artigo 25. Sempre e em qualquer situação, toda a pessoa tem o direito a ser respeitada na sua dignidade, sobretudo quando está inferiorizada, fragilizada ou perturbada pela doença.

Artigo 26. Por outro lado, os níveis de segurança desejáveis na prestação de cuidados de saúde, devem ser considerados seja do ponto de vista do risco clínico, seja do risco não clínico.

Artigo 31. Assim, é inequívoco o direito dos utentes “[...] à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos”, bem como que os mesmos devam ser prestados “[...] humanamente e com respeito pelo utente [...]”, conforme disposto no artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

A este respeito encontra-se reconhecido na Lei de Base da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro (LBS), mais concretamente nas suas alíneas a) e b) do n.º 1 da Base 2, o direito dos utentes:

“a) À proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade; e

“b) A aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde;”.

A Deontologia Profissional em Enfermagem (OE, 2015) enuncia em vários dos seus artigos a importância do estabelecimento de uma relação terapêutica e o dever do enfermeiro no processo desta concretização, nomeadamente no dever de sigilo profissional “(...) em consequência da relação terapêutica próxima que estabelece com as pessoas de quem cuida, sedimentada na confiança” (p. 143) assim como “(...) no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel (...)” (p. 233).

Acreditando que a realização do acolhimento pelo enfermeiro proporciona o estabelecimento de uma relação sustentada na confiança, parceria e respeito entre os intervenientes.

No entanto pela dinâmica de trabalho praticada nas áreas de cuidados e pela própria orgânica no serviço não é comportável um acompanhante por doente,

privilegiando-se assim o acompanhamento a doentes que não são capazes de fornecer história ou têm risco de queda/ perda associado, ou que estão em situação de fragilidade, estando também na mesma lei afirmado que existem situações em que “não é permitido acompanhar ou assistir a intervenções cirúrgicas e a outros exames ou tratamentos que, pela sua natureza, possam ver a sua eficácia e correção prejudicadas pela presença do acompanhante (...)” (artigo 14º, p. 2129), exceto se para tal for dada autorização expressa pelo clínico responsável.

Menciona igualmente, que o acompanhamento não pode comprometer as condições e requisitos técnicos a que deve obedecer a prestação de cuidados médicos para que estes sejam eficazes, competindo ao profissional de saúde responsável pela execução do ato clínico em questão - exame, técnica ou tratamento - informar e explicar ao acompanhante os motivos que impedem a continuidade do acompanhamento.

Assim, consideramos o acolhimento um momento de viragem na perceção pela família/ cuidador dos cuidados prestados no serviço, sendo um momento em que são acolhidas as dúvidas, prestados esclarecimentos, permitidas visitas “guiadas”, preparada a alta do doente antecipando problemas e encontrando soluções garantindo o respeito pela individualidade/ privacidade de cada cidadão.

Noutra vertente, numa situação de transmissão de má-notícias, poderá facilitar a aceitação da notícia pela relação já estabelecida e pela compreensão da dinâmica e esforços prestados.

Estando validada a importância de otimizar a perceção dos doentes e seus familiares nos padrões de qualidade de enfermagem em 2001 e em 2017, a satisfação das pessoas continua a ser evidenciada nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, publicado pela OE, em 2017, onde é referido que na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica persegue os mais elevados níveis de satisfação da pessoa e família/cuidador a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, nos diversos contextos de atuação. (OE, 2017, p. 6).

OBJETIVO(S):

Promover literacia para a saúde; potenciando uma relação terapêutica com a integração da pessoa no SUP; garantindo a identificação das necessidades dos utentes /família; otimizando o processo de alta.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Realização de um desdobrável para entregar à família/cuidador quando o

doente é triado promovendo literacia para a saúde e segurança dos cuidados pela dupla confirmação de identidade e pela promoção da comunicação “terapêutica”.

MONITORIZAÇÃO/AVALIAÇÃO:

A Direção-Geral da Saúde (DGS), nomeadamente na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, determinou “a implementação de sistemas de monitorização periódica do grau de satisfação dos utilizadores do sistema de saúde” (DGS, 2015a, p. 6), assim como a OE (2017) refere a importância da “avaliação da satisfação da pessoa, família e cuidador relativamente aos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica.” (p. 52). Prevendo-se assim o registo pelo enfermeiro alocado ao balcão de informações no processo informatizado do doente quando o mesmo solicita apoio desse enfermeiro.

LEGISLAÇÃO, ORDENS DE SERVIÇO, BIBLIOGRAFIA DE SUPORTE:

Diário da República n.º 57/2014, Série I de 2014-03-21, páginas 2127 – 2131

Direção-Geral da Saúde (2015a). Estudo da Satisfação dos utentes do sistema de saúde português: departamento da qualidade na saúde

Lei n.º 33/2009, de 14 de julho;

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – enquadramento conceptual enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSitua%C3%A7%C3%A3oCr%C3%ADtica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017). Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica. Padrões de qualidade dos cuidados em enfermagem médico-cirúrgica. Leiria: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade_emc_rev.pdf

Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. Revista Médica Clínica Las Condes, 30(2), 120-125.

Elaborado por:

Susana Marques, n. 6945
Melania Rodrigues, n.

Revisto por:


Urgência da ULSVDL

A missão do Serviço de Urgência Polivalente é a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar

Todos os doentes não urgentes deverão recorrer aos Cuidados de Saúde Primários, ou contactar a Linha SNS 24 (808 24 24 24), com objetivo de receberem o melhor tratamento no melhor tempo possível;



Tempos de Atendimento:

A prioridade de atendimento é definida pela aplicação do Protocolo de Triagem de Manchester que classifica os doentes de acordo com a gravidade da sua situação, permitindo um atendimento adequado, objetivo e eficiente sendo atribuída uma cor que define a sua prioridade de atendimento com o objetivo dum tempo de atendimento.



Depois de triado, o doente aguardará observação médica que poderá pedir exames complementares de diagnóstico que pelos tempos de execução poderão assim alargar o tempo de permanência no SUP.




SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



232 420 500



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE VISEU DÃO-LAFÕES



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Guia de Acolhimento ao seu serviço da Urgência



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE VISEU DÃO-LAFÕES



Acompanhamento no SNS

Nos serviços de urgência do SNS, é reconhecido ao doente o direito de **acompanhamento** por uma pessoa por si indicada, não podendo esse comprometer a segurança e privacidade a que deve obedecer a prestação de cuidados, competindo ao enfermeiro alocado ao gabinete de informações informar e explicar a situação clínica do seu familiar, podendo ser solicitada essa ajuda em qualquer período do dia, garantindo uma **aproximação** nos cuidados.



Ao Familiar:

Se pretender informações dispõe no nosso balcão de informações onde um enfermeiro fará a atualização dos cuidados e acompanha-lo a pequenas visitas se assim a situação o permitir. Se possuir informação de saúde importante compartilhe com a equipa; Guarde os pertences do seu familiar, Antecipe a alta, tire dúvidas; confirme o seu contato; Não ofereça comida, sem validar com um enfermeiro; Se precisar dispõe numa máquina automática dispensadora de snack, bem como wc's e sala de espera; onde pedimos que aguarde pois poderá estar mais confortável;



Anexo 4



Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica Pessoa em Situação Crítica, 1ª edição.

**Unidade Curricular Opção 8 – Estágio com Relatório Final em contexto de
urgência/cuidados intensivos.**

Verificação Pré Cirúrgica

Carolina Maria Mendes Figueiredo, N° 4945

Cátia Sofia Lopes de Almeida, N° 4221

Joana Sofia Sobral Olas, N° 2123

Susana Filipa de Almeida Marques, N° 4115

Trabalho efetuado sob a orientação dos Enfermeiros Especialistas: Isabel Tavares, Natividade Luís, Jorge Ribeiro, Cláudia Madeira, Valter Silva, Ana Amaral, Marisa Vaz, Rui Libório, Carla Figueiredo, Melânia Rodrigues e Marisa Lopes e sob orientação da Professora Doutora Madalena Cunha.

Janeiro, 2025

Índice

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	318
Introdução.....	5
1. Cirurgia Segura	7
1.1 Identificação Inequívoca dos Doentes	8
1.2 Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde	10
2. Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos	327
Considerações finais	329
Referências Bibliográficas	330
Procedimento Verificação Pré- Cirúrgica no serviço de Urgência Polivalente.	333
APÊNDICES	Erro! Marcador não definido.
Check-List Pré Cirúrgica	Erro! Marcador não definido.

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

DGS	Direção Geral de Saúde
EA	Evento adverso
IACS	Infeções associadas aos cuidados de saúde
ILC	Infeção do Local Cirúrgico
JCI	Joint Commission International
MRSA	Staphylococcus aureus Meticilina Resistente
NHS	National Health Service
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSD	Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

Introdução

Entende-se como emergência e urgência médica toda a situação clínica que se instala de forma súbita, decorrente da qual se constata ou existe risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais. O Serviço de Urgência tem como objetivo a recepção, diagnóstico e tratamento de doentes com necessidade de atendimento imediato em meio hospitalar. (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, determina que as pessoas têm direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde. A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida, internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde. (Despacho n.º 9390/2021).

Segundo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, o contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde condicionam tanto a segurança como a efetividade dos mesmos, reconhecendo-se assim a importância que este representa para os resultados em saúde, nomeadamente no que respeita à qualidade e segurança. Os recursos existentes, a dotação e adequação dos profissionais e das equipas de saúde, a formação dos profissionais de saúde, a forma como o trabalho é organizado, a existência de ferramentas e instrumentos, os percursos de cuidados, o desenho e confiabilidade dos processos são algumas das condicionantes dos ambientes seguros. O PNSD 2021/2026 assenta em cinco pilares: a cultura de segurança, a liderança e governança, a comunicação, a prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e as práticas seguras em ambientes seguros.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define que a segurança do paciente corresponde a uma estrutura de atividades organizadas que cria cultura, processos e procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados da saúde que, de forma consistente e sustentável, reduz os riscos, ocorrências de danos evitáveis, diminuição da probabilidade de erro e redução do seu impacto quando ocorra (OMS, 2021). Também a OMS (2009) define evento adverso (EA) como qualquer incidente que resultou em dano ao doente. Pressupõe-se que sejam realizadas 230 milhões de cirurgias por ano no mundo, com ocorrência de sete milhões de EA, com o resultado em óbito para um milhão de doentes.

Estima-se que há potencial de evitabilidade em metade dos casos, nos quais a cirurgia leva a danos, dados esses que fundamentam a necessidade da adoção de práticas sistemáticas para prestação de cuidados de saúde seguros no pré, intra e pós-operatório.

As listas de verificação são um tipo de ajuda cognitiva usada para assegurar que todos os componentes de uma tarefa em particular são completados, promovendo uma melhor prática e prevenindo a ocorrência de erros. Tendo em conta o complexo ambiente clínico de serviço de urgência, as listas de verificação melhoram a prestação de cuidados e a segurança dos mesmos. (Eikson, 2023).

1. Cirurgia Segura

O risco em saúde associado à prestação de cuidados de saúde cirúrgicos, levou a Organização Mundial da Saúde a eleger a segurança cirúrgica como o seu segundo desafio para a segurança geral dos cuidados de saúde. (Despacho n.º 2905/2013). As intervenções cirúrgicas emergentes correspondem a situações imprevisíveis que requerem atenção imediata, pois ameaçam a vida. (Jesus *et al.*, 2023)

Em Portugal, sob a égide da Direção geral de Saúde (DGS) (2013), têm sido emanadas diretrizes no âmbito de um programa de qualidade relativo à segurança cirúrgica, nomeadamente através da implementação do projeto “Cirurgia Segura, Salvas vidas”, realizado de acordo com o manual de “Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009”. Define-se nesta norma da DGS que em todas as cirurgias deve proceder-se à utilização da “Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica”

A utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, é simples e aplicável em qualquer contexto, não acrescenta custos, melhora a segurança cirúrgica e evita mortes e complicações, permitindo a medição do impacto da utilização de instrumentos de gestão de risco na qualidade dos resultados dos procedimentos cirúrgicos. Estabelece o quadro de procedimentos e para os cuidados seguros peri-operatórios, que envolve uma sequência de atividades de rotina, cada uma com riscos específicos que podem ser atenuados: avaliação pré-operatória de doentes, preparação da intervenção cirúrgica e planeamento dos cuidados pós-operatórios adequados. (DGS, 2013)

1.1 Identificação Inequívoca dos Doentes

A identificação incorreta dos doentes é cada vez mais reconhecida como um problema generalizado nas instituições de saúde, constituindo um risco grave para a segurança dos doentes (National Health Services 2021; Sales, 2021). Desta forma, o processo de identificação inequívoca de doentes deve ser considerado *um passo fundamental e indispensável em todo o seu percurso nos cuidados de saúde, seja na admissão, antes da prestação de qualquer cuidado ou mesmo durante a passagem de informação* (Sales, 2021, p.210) e a responsabilidade da sua execução é transversal a todos os profissionais de saúde (Ventura-Silva, 2020).

A correta identificação é um passo vital para a segurança do doente, em todos os momentos do processo da prestação de cuidados de saúde (Sales, 2021). Inúmeras evidências demonstram que a prestação segura de cuidados de saúde fica comprometida caso a identificação do doente ou a correspondência do doente ao procedimento a que é submetido não sejam devidamente realizadas (Ventura-Silva, 2020).

O elevado número de doentes e de profissionais da saúde envolvidos no processo de prestação de cuidados e a necessidade de resposta imediata às situações agudas ou de crise, como as de urgência ou de emergência, potenciam esta situação, e conseqüentemente, a probabilidade de ocorrência de incidentes desta natureza (Ministério da Saúde, 2015)

Neste sentido, a identificação inequívoca do doente é indispensável a uma prática segura (Sales, 2021), devendo, em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, ser sempre confirmada a identidade dos doentes (DGS, 2011), através de dados fidedignos, como é o caso do nome completo, da data de nascimento e do número único de processo clínico na instituição, sendo uma prática segura o recurso a, pelo menos, dois destes dados. (OMS, 2007; DGS, 2011; Ministério da Saúde, 2015).

Segundo Sales (2021) a identificação positiva e o envolvimento do doente neste processo de identificação são essenciais, sendo que o profissional de saúde deve colocar perguntas diretas ao doente, para que este responda ao que se pretende confirmar (Exemplo: Qual o seu nome completo? Qual a sua data de nascimento?)

Pode acontecer que, numa situação de emergência, o doente não se faça acompanhar do seu documento identificativo e que o seu estado não lhe permita prestar essas informações, pelo que, nestes casos, os serviços administrativos, deverão atribuir um número de episódio específico com a identificação do sexo do indivíduo ou desconhecido e a data e hora de admissão no serviço, para posterior identificação

correta, sem prejuízo da informação clínica e cuidados entretanto prestados (Sales, 2021)

Segundo Sales (2021) a pulseira é colocada no doente para permitir aos profissionais de saúde confirmar os dados inscritos com a informação prestada pelo próprio doente e a informação existente nas prescrições médicas. *O objetivo é que, se os dados não coincidirem entre si, seja levantado um alerta de que algo não está correto. Esta ‘barreira’ de segurança permite identificar erros*” (Sales, 2021, p. 214). Uma pulseira danificada deve ser substituída logo que possível e a mesma deverá ser retirada do doente, quando este tiver alta, imediatamente antes de abandonar a instituição de saúde (DGS, 2011).

1.2 Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde

As falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional. A evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente. (DGS, 2017). Portanto, um dos momentos de transição de cuidados mais vulnerável é, precisamente, a passagem de turno. E a complexidade de uma área de abordagem ao doente crítico envolve, ainda, um maior risco de erro na transferência de informação. Algumas das ações propostas no PNSD, para o aumento da segurança da comunicação, até ao ano de 2020, seriam a realização de auditorias internas à transmissão de informação nas transições dos doentes (transferências, altas e mudanças de turno) e a publicação de uma norma sobre procedimentos seguros na transição de cuidados. (Diário da República, 2015).

Assim sendo, em 2017, a DGS publicou uma norma que determina que a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR.” (DGS, 2017). Recomendada pela OMS e pela *Join Commission International* (JCI), esta ferramenta de comunicação possibilita uma replicação da transmissão, uniforme e padronizada, da informação nos diferentes contextos da prestação de cuidados (JCI e OMS, 2007). Paralelamente, por força de uma fácil memorização e compreensão, promove uma comunicação clara, objetiva e transversal, potencializando a segurança na comunicação.

De acordo com a mesma norma, esta ferramenta de padronização de comunicação em saúde é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados. ISBAR é uma sigla “auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal.” (DGS, 2017). Por conseguinte:

- **I (Identificação)**: Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação;
- **S (Situação atual)**: Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde;
- **B (Background)** (ou, em português, antecedentes): Descrição dos antecedentes patológicos relevantes, alergias conhecidas (ou a ausência delas), diretivas antecipadas de vontade;

- **A (Avaliação):** Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas;
- **R (Recomendações):** Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.

2. Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

Diversas intervenções têm sido adotadas nos programas hospitalares a nível mundial para o controlo de infeções, de maneira isolada ou conjunta: higienização das mãos (Melo *et al.*, 2020; Correa *et al.*, 2021), feedback e auditoria, implantação de biomarcadores, implementação de diretrizes clínicas, educação de profissionais e usuários (Melo *et al.*, 2020) e desinfecção de materiais e Equipamentos Proteção Individual (Nogueira *et al.*, 2021).

No ano de 2013 em Portugal, foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), sendo que um dos seus objetivos principais é a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). (Portugal, despacho nº 10901/2022). São várias as atividades fundamentais do PPCIRA, dentro das quais a promoção da adesão e cumprimento de precauções básicas de controlo de infeção e promoção e implementação de feixes de intervenção de prevenção de IACS (PPCIRA, 2022).

A infeção hospitalar pode ser definida como uma infeção adquirida após a admissão do doente numa unidade hospitalar, podendo se manifestar ao longo do internamento ou após a alta do serviço de saúde. Este tipo de infeção, é considerada um grave problema de saúde pública e que conseqüentemente tem provocado o aumento da taxa de mortalidade hospitalar (Oliveira *et al.*, 2019; Nahum *et al.*, 2021). Mediante o conhecimento, a criação e a adoção de estratégias de prevenção e controle de infeção hospitalar pode-se evitar a disseminação da infeção que tende a agravar o quadro e a evolução clínica dos doentes. (Júnior *et. al.*, 2021).

Neste âmbito foram criados os feixes de intervenção, que segundo a DGS (2022), são definidos como o conjunto de intervenções que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, no mesmo tempo e espaço promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente. Um dos feixes de intervenção criados foi o “Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico”. Aplica-se à idade pediátrica e adulto, em contexto de cuidados hospitalares, hospitalização domiciliária, ambulatório, cuidados de saúde primário, unidades de internamento de cuidados continuados e unidades de cuidados paliativos. Este feixe define um conjunto de ações que atravessa os períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. Em contexto de Urgência e Emergência, são as ações no período pré-operatório que se tornam mais desafiantes. No que diz respeito então às intervenções relativas ao período pré-operatório são

definidas as seguintes:

- Rastreamento de *Staphylococcus aureus* metilicilina resistente (MRSA) e descolônização caso resultado positivo;
- Banho pré-operatório com Clorhexidina 2-4%; exceto se contraindicação, no dia anterior à cirurgia e no dia da cirurgia;
- Realizar tricotomia com máquina de corte de uso único (não realizar por rotina, apenas se necessário);
- Profilaxia Antibiótica Cirúrgica quando indicada;
- Garantir a homeostasia pré-operatória: normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$); normoglicemia ($\leq 180\text{mg/dl}$); Saturação Periférica de Oxigênio ($\geq 95\%$).

Segundo a norma que define o “Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico” (DGS, 2022), devem ainda ser efetuadas auditorias internas, pelo menos de forma trimestral, sendo sugerida um instrumento de auditoria clínica interna. A norma sugere ainda intervenções adicionais para a prevenção de infecção do local cirúrgico, nomeadamente o garantir o treino e competência dos profissionais das equipas, possibilitando a frequência das ações de formação contínua e especializada.

Considerações finais

O “Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico” tem por objetivo otimizar o estado clínico do doente para melhorar o prognóstico e diminuir o risco de infecção no intra e pós-operatório.

A criação de uma Verificação Pré-Cirúrgica tem como intuito servir de guião para auxiliar os profissionais de saúde, agilizando a preparação do doente que vai ser submetido a cirurgia. No entanto, no Serviço de Urgência, esta deve ser adaptada ao critério de gravidade que o doente apresenta. Sempre que o estado clínico o permita, a mesma deve ser seguida, validando todos os itens. No entanto, no caso de doentes críticos emergentes ou urgentes, pode considerar-se a não aplicabilidade de alguns desses mesmos itens (ex: banho, colheita e resultado MRSA).

O documento não foi implementado pelo grupo e trabalho pela ausência de tempo necessário para realizar um processo de implementação, com o cumprimento das várias fases. Deixamos à consideração do serviço e da Enfermeira Gestora Helena Rosário e respetiva equipa de trabalho avaliar a pertinência do mesmo e respetiva implementação, realizando assim avaliação de resultados.

No desenvolvimento deste trabalho, e no âmbito da aquisição das competências de Enfermeiro Especialista, gostaríamos de sugerir algumas alterações com o intuito de melhorar e tornar mais seguro o processo de cuidar.

Na identificação positiva do doente deparámo-nos com a dificuldade de utilizar um dos elementos identificativos fidedignos referidos no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, a data de nascimento. Atualmente, as etiquetas impressas pelo programa ALERT comportam o nome completo do doente (estando escrito na totalidade o primeiro e último nome), o número de processo, género, idade, motivo de admissão, data e hora. Havendo a possibilidade de alterar a idade pela data de nascimento, estas mesmas pulseiras passariam a estar conformes, respeitando as diretivas emanadas pela DGS.

Referências Bibliográficas

- Correa, G. H., Formigoni, C. de S., Sasagawa, S. M., Arnoni, M. V., Mathias, L. A. da S. T., e Mimica, M. J. (2023). Mobile phones of anesthesiologists as reservoirs of nosocomial bacteria in a quaternary teaching hospital: an observational study. *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)*. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.08.013>
- de Melo, R. C., de Araújo, B. C., de Bortoli, M. C., e Toma, T. S. (2020). Gestão das intervenções de prevenção e controle da resistência a antimicrobianos em hospitais: revisão de evidências. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, 1. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.35>
- Erikson, E. J., Edelman, D. A., Brewster, F. M., Marshall, S., Turner, M., Vineet Sarode, e Brewster, D. (2023). The use of checklists in the intensive care unit: a scoping review. *Critical Care*, 27(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04758-2>
- Jesus, R., Luísa, M., Abel, Filipe, L., Gouveia, M., Mónica, L., e Rodrigues, C. (2023). A Pessoa Submetida A Cirurgia Urgente/Emergente No Contexto De Uma Unidade De Cuidados Intensivos: A Prevenção De Eventos Adversos. *JIM - Jornal de Investigação Médica*, 4(1), 039–048. <https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.754>
- Join Commission International (2007). *Communication During Patient Hand-Overs*. WHO, Genebra, Suíça.
- Junior, J. N. A., Brandão, I. B., Francisco E. C., Almeida, S. L. R., Dias, P. O., Pereira, F. M., Ferreira, F. S., Andrade, T. S., Costa, M. M. M., Jordão, R. T. S., Meis, J. F., Colombo, A. L., e Candida auris Brazilian Study Group. (2021). Axillary Digital Thermometers uplifted a multidrug-susceptible *Candida auris* outbreak among COVID-19 patients in Brazil. *Mycoses*, 64(9): 1062-1072. <https://doi.org/10.1111/myc.13320>
- Nahum, C. D. C., Simões, M. C., Ferreira, A. C. B., Vilhena, A. O. de, Lisboa, C. D. O., e Bichara, C. N. C. (2021). Análise da ocorrência de infecção hospitalar após cirurgia cardíaca em hospital de referência. *Revista Sustinere*, 9, 151–172. <https://doi.org/10.12957/sustinere.2021.45585>

- Noguera, Patricia, E., Marina Farrel Côrtes, Vilela, C., Fernanda, Maria, L., Natiele, A., Dalla, B., Leal, B., Paula Gemignani Soriano, Alessandra Grassi Salles, Elizabete, M., Barretti C, Fernanda Spadotto Baptista, Glaura Souza Alvarenga, Igor Maia Marinho, Suemi, L., Ho Ye Li, Pedro Starzynski Bacchi, e Rubia, A. (2021). Disinfection of 3D-printed protective face shield during COVID-19 pandemic. *American Journal of Infection Control*, 49(4), 512–515. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.10.008>
- Noguera, S. V., Espinoza, E. P. S., Côrtes, M. F., Oshiro, I. C. V., Spadão, F. S., Brandão, L. M. B., Barros, A. N. D. S., Costa, S., de Almeida, B. L., Soriano, P. G., Salles, A. G., Escorcio, M. E. M., Barretti, C. M., Baptista, F. S., Alvarenga, G. S., Marinho, I., Letaif, L. S. H., Li, H. Y., Bacchi, P., Guedes Dos Santos, A. R., ... Costa, S. F. (2021). Disinfection of 3D-printed protective face shield during COVID-19 pandemic. *American journal of infection control*, 49(4), 512–515. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.10.008>
- Oliveira, A. C. de, e Pinto, S. de A. (2018). Patient participation in hand hygiene among health professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 259–264. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0124>
- Oliveira, J. L. C. de O., e Matsuda, L. M. (2015). Acreditação: possibilidade para o avanço na gestão da qualidade em saúde e em enfermagem? / Accreditation: possibility of advancement in quality management in healthcare and nursing? *Ciência, Cuidado E Saúde*, 14(2), 993. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i2.28142>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Caracterização dos SU na SRC “Conhecer para intervir”. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17101/su.pdf>
- Portugal, Despacho n.º 10901/2022. (2022). Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). *Diário da República*, pp.93-99. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Portugal, Despacho n.º 2905/2013. (2013). Despacho n.º 2905/2013. *Diário da República*, 2 (38), pp. 7180
- Portugal, Despacho n.º 9390/2021 (2021) Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. *Diário da República*, 2(187), pp. 96-103.
- Portugal, Despacho n.º 1400-A/2015. (2015) Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, 2(28), pp. 3882-(2)-3882-(10)

- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2011). Orientação N.º 018/2011 de 23/05/2011. Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. DGS <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2012) Norma N° 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico. DGS https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2017) Norma N° 001/2017 de 02/02/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. DGS <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Sales, L., Ramos, S, Barroso, F.(2021) Guia prático para a segurança do doente. Lisboa: Lidel,
- Ventura-Silva, J., Castro, S. F. M., Sousa, S. G., Esteves, N. E. C., Monteiro, M. A. J., e Ribeiro, O. M. P. L. (2020). Identificação do paciente como estratégia de segurança. Revista de Enfermagem UFPE on Line, 14. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.245056>
- World Health Organisation. (2007). Communication During Patient Hand-Overs. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/patient-safety-solutions/ps-solution3-communication-during-patient-handovers.pdf>
- World Health Organization. (2009) WHO Guidelines on hand hygiene in health care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Disponível em https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

Procedimento Verificação Pré- Cirúrgica no serviço de Urgência Polivalente.

Âmbito:

- Aplicável ao Serviço de Urgência Polivalente.

Responsabilidade pela Implementação:

- Equipa de Enfermagem.

Fundamentos:

O risco em saúde associado à prestação de cuidados de saúde cirúrgicos, levou a Organização Mundial da Saúde a eleger a segurança cirúrgica como o seu segundo desafio para a segurança geral dos cuidados de saúde. (Despacho n.º 2905/2013). As intervenções cirúrgicas emergentes correspondem a situações imprevisíveis que requerem atenção imediata, pois ameaçam a vida. (Jesus *et al.*, 2023)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define que a segurança do paciente corresponde a uma estrutura de atividades organizadas que cria cultura, processos e procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados da saúde que, de forma consistente e sustentável, reduz os riscos, ocorrências de danos evitáveis, diminuição da probabilidade de erro e redução do seu impacto quando ocorra (OMS, 2021). Estima-se que há potencial de evitabilidade em metade dos casos, nos quais a cirurgia leva a danos, dados esses que fundamentam a necessidade da adoção de práticas sistemáticas para prestação de cuidados de saúde seguros no pré, intra e pós-operatório.

Neste âmbito foram criados os feixes de intervenção, que segundo a DGS (2022), são definidos como o conjunto de intervenções que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, no mesmo tempo e espaço promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente. Um dos feixes de intervenção criados foi o “Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico”. Este feixe define um conjunto de ações que atravessa os períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. No que diz respeito às intervenções relativas ao período pré-operatório são definidas as seguintes:

- Rastreio de *Staphylococcus aureus* metilina resistente (MRSA) e

descolonização caso resultado positivo;

- Banho pré-operatório com Clorhexidina 2-4%;
- Realizar tricotomia com máquina de corte de uso único (se necessário);
- Profilaxia Antibiótica Cirúrgica.

A utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, é simples e aplicável em qualquer contexto, não acrescenta custos, melhora a segurança cirúrgica e evita mortes e complicações, permitindo a medição do impacto da utilização de instrumentos de gestão de risco na qualidade dos resultados dos procedimentos cirúrgicos. Estabelece o quadro de procedimentos e para os cuidados seguros peri-operatórios, que envolve uma sequência de atividades de rotina, cada uma com riscos específicos que podem ser atenuados: avaliação pré-operatória de doentes, preparação da intervenção cirúrgica e planeamento dos cuidados pós-operatórios adequados. (DGS, 2013)

Considerando que as falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional. A evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente. (DGS, 2017), a DGS publicou uma norma que determina que a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR.” (DGS, 2017). Recomendada pela OMS e pela Join Commission International (JCI), esta ferramenta de comunicação possibilita uma replicação da transmissão, uniforme e padronizada, da informação nos diferentes contextos da prestação de cuidados (JCI e OMS, 2007).

Objetivos:

- Melhorar a segurança dos cuidados de enfermagem no Serviço de Urgência Polivalente, no doente pré-cirúrgico no que diz respeito à identificação do utente;
- Melhorar a segurança dos cuidados de enfermagem no Serviço de Urgência Polivalente, no doente pré-cirúrgico no que diz respeito à prevenção e controlo da Infeção;
- Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados.

Descrição do Procedimento:

Em utentes, que tenham indicação Cirúrgica, que esteja ao cargo de serviço de

Urgência Polivalente, deve ser aplicada a verificação pré-cirúrgica com o cumprimento das normas, bem como o registo das intervenções realizadas, com apoio da CHECK-LIST: Pré-Cirúrgica, (Apêndice I)

Legislação, ordem de serviço, bibliografia de suporte

Jesus, R., Luísa, M., Abel, Filipe, L., Gouveia, M., Mónica, L., e Rodrigues, C. (2023). APESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA URGENTE/EMERGENTE NO CONTEXTO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: A PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS. JIM - Jornal de Investigação Médica, 4(1), 039–048. <https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.754>

Join Comission International (2007). Communication During Patient Hand-Overs. WHO, Genebra, Suíça.

Portugal, Despacho n.º 10901/2022. (2022). Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Diário da República, pp.93-99. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Portugal, Despacho n.º 2905/2013. (2013). Despacho n.º 2905/2013. Diário da República, 2 (38), pp. 718

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2017) Norma N.º 001/2017 de 02/02/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. DGS <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

World Health Organization. (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
VISEU DÃO-LAFÕES

Check-List Pré Cirúrgica

I – Identificação

Enf.º (nome e nº mecanográfico): _____ Data: ____/____/____ Hora: ____: ____

(Etiqueta de Identificação do utente)

Dupla Confirmação:

- Sim
 Não

S- Situação

- Motivo: _____

B- Background / Antecedentes Relevantes

A. Avaliação do estado do utente

- Alergias: Sim Não. Se sim, qual? _____

- Toma Anticoagulantes/antiagregantes? Sim Não.

Se sim, qual? _____ Última toma: _____

- Consentimento informado, datado e assinado: Cirúrgico

- Preparações realizadas:

- Banho pré-operatório com Clorhexidina 2-4%
- Remoção de prótese dentária, aparelhos auditivos e/ ou lentes de contacto
- Remoção de roupa, adereços, adornos e joias
- Tricotomia
- Enema

- Data e hora da última refeição:

- Cateter Venoso permeável: Sim Não. Se sim, local?

- Fluidoterapia: Sim Não. Se sim, qual?

- Colheita de Sangue: Hemograma. Bioquímica Coagulação. Tipagem.

- Outros exames complementares de diagnóstico:

- Rastreio de MRSA Sim Não Aplicável
- Pedido transfusional para o BO: Sim Não
 - Se sim, quantidade? CE_____ PF_____ Plaquetas_____
- Terapêutica administrada: _____

- Administração de antibioterapia profilática nos últimos 60 minutos: Sim Não.

Se sim, qual _____ Hora ___:___

- Sinais vitais anteriores à transferência: ___:___ h

TA	FC	SpO2	T	Glicémia	Dor
____/____					
mmHg	_____bpm	_____%	_____°c	_____mg/dl	_____Escala_____

- Outros dados:

R- Recomendações para a continuidade de cuidados

Anexo 5



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

DELIBERAÇÃO

N/ Referência	04/19/07/2024
Designação	Pedido de apreciação e parecer do estudo: "Desafios de Reanimação intra-hospitalar – percepção das dificuldades dos enfermeiros de internamento e da equipa de emergência interna. Aplicação de questionário a profissionais de saúde.
Proponente/UB/CACB	Susana Marques
Data do documento	15 junho 2024
Data de Entrada na CES	15 Junho 2024
Data de Deliberação CES	19 Julho 2024

Analisado o pedido de apreciação e parecer do estudo: "Desafios de Reanimação intra-hospitalar – percepção das dificuldades dos enfermeiros de internamento e da equipa de emergência interna. Aplicação de questionário/inquérito a profissionais de saúde, esta CES deliberou nada a opor, ao mesmo.

Elementos da CES da ULSVDL que deliberaram em reunião ocorrida em 19/07/2024

Presidente: Maria Helena Ruivo Solheiro
Vice-Presidente: Ana Cristina Mendes Figueiredo Andrade
Vogal: Cristina Isabel Santos Guerreiro Madeira
Vogal: António Jaime Pereira Pinto Fernandes
Vogal: Fernando José Andrade Ferreira Almeida
Vogal: Dra. Ana Maria Pinto da Costa

Dra. Helena Solheiro
Presidente da C.E.S.

AUTORIZADO
 Reunião do C.A.: 7.8.2024
 Presidente (Ana Cristina Mendes Figueiredo)
 Vogal Executivo (Luis Botelho)
 Diretor Clínico CBH (Luis Nunes)
 Enfermeiro Diretor (Luis Gabriel)
 Diretora Clínica CES (Rita Figueiredo)

Anexo 6

Resultados análise discriminada por fatores da EDPAPI

		Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	EDPADI total
Variáveis sócio demográficas	Shapiro-Wilk	0,949	0,984	0,741	0,963	0,806	0,932
		0,005	0,472	<,001	0,029	<,001	<,001
	Média	2,8818	4,0568	4,5892	4,0383	4,5101	4,0152
	DP	0,45981	0,49187	0,40122	0,60600	0,53064	0,34491
		Z P					
Formação SAV	1,55 0,500	608,5 0,458	384,0 0,001	395,000 0,002	625,0 0,574	633,5 0,632	468,00 0,023
idade	2,81 0,822	2,307 0,511	4,515 0,211	13,660 0,003	8,433 0,038	1,096 0,778	9,252 0,026
	FATOR 3		inferior a 30 anos vs. 30 a 39 anos: (U 24,50; p 0,823) inferior a 30 anos s. 40 a 49 anos: (U16,50; p 0,327) inferior a 30 anos vs. 50 ou mais:(U -6,00; p 0,129) 30 a 39 anos vs. 40 a 49: (U227,50; p 0,010) 30 a 39 anos vs. 50 ou mais: (U 92,50; p <0,001) 40 a 49 vs. 50 ou mais: (U190,50; p 0,251)				
	FATOR 4:		inferior a 30 anos vs. 30 a 39 anos: (U 23,50; p 0,762) inferior a 30 anos vs. 40 a 49 anos: (U17,00; p 0,358) inferior a 30 anos vs. 50 ou mais: (U 6,5; p 0,158) 30 a 39 anos vs. 40 a 49 anos: (U277,000; p 0,088) 30 a 39 anos vs. 50 ou mais: (U115,0; p 0,006) 40 a 49 anos vs. 50 ou mais: (U191,0; p 0,268)				
Grau académico	1,39 0,063	0,930 0,335	2,711 0,10	1,864 0,172	0,115 0,734	5,22 0,022	1,701 0,192
	FATOR5		Licenciatura vs mestrado: (U379,00; p 0,022) Licenciatura vs outro: (U 42,00; p 0,759) Mestrado vs outro: (U 11,50; p 0,226)				
Tempo SAV	2,36 0,699	4,543 0,103	10,182 0,006	3,384 0,184	5,320 0,070	2,687 0,261	10,569 0,005
	FATOR 2		Entre 0 e 1 vs. Mais de 1 ate 5: (U6,00, p 0,022) Entre 0 e 1 vs. mais de 5anos (U 30,50; p 0,753) Mais de 1 ate 5 vs. mais de 5 anos: (U 43,500; p 0,005)				

Tempo exerc. serviço	4,23 1,245	5,270 0,261	10,10 0,039	1,878 0,758	4,827 0,306	2,204 0,698	3,696 0,449
	FATOR 2		6 a 1ano vs 1 a 2 anos (U 6,50; p 0,367) 6 a 1ano vs 2 a 3 anos (U 4,00; p 0,696) 6 a 1ano vs 4 a 5 anos (U 4,00; p 0,505) 6 a 1ano vs mais anos (U 39,50; p 0,616) 1 a 2 anos vs 2 a 3 anos (U 6,00; p 0,014) 1 a 2 anos vs 4 a 5anos (U 8,00; p 0,012) 1 a 2 anos vs mais de 5anos (U 120,50; p 0,004) 2 a 3 anos vs 4 a 5 anos (U 14,00; p 0,854) 2 a 3 anos vs mais de 5 anos (U 124,50; p 0,988) 4 a 5 anos vs mais de 5 anos (U 150,00; p 1,00)				
Serviço	5,54 3,730	29,134 0,002	10,065 0,525	3,507 0,173	16,556 0,122	12,489 0,328	10,114 0,520
Ortopedia: 2,56; 0.294 Cirurgia: 2.84; 0.38 Medicina:3.00; 0.52 Neurocirurgia: 3.09; 0.41 Obstetrícia: 2.50; 0.25 Cardiologia: 3.31; 0.33 Pneumologia: 2.40; 0.15 Esp.Cirúrgicas: 3.12; 0.53 Esp.médicas: 2.87;0.21 UAVC: 3.04; 0.52 HD: 3.33; 0.31 SMI: 3.62	Cardiologia vs Medicina (U12,50; p 0,286) Cardiologia vs HD (U5,50; p 0,858) Cardiologia vs Cirurgia (U8,50; p 0,056) Cardiologia vs Esp. Medicas (U1,00; p 0,074) Cirurgia vs Medicina (U47,50; p 0,407) Esp. medicas vs Cirurgia (U16,50; p 0,826) Esp. medicas vs HD (U1,0; p 0,121) Esp. medicas vs medicina (U12,50; p 0,670) Esp. Cirúrgicas vs Neurocirurgia (U17,00; p 0,876) Esp. Cirúrgicas vs SMI (U 1,00; p 0,468) Esp. Cirúrgicas vs UAVC (U 5,00; p 0, 721) Esp. Cirúrgicas vs cardiologia (U 5,00; p 0,384) Esp. Cirúrgicas vs Esp. Medicas (U 4,50; p 0,554) Esp. Cirúrgicas vs Cirurgia (U16,50; p 0,357) Esp. Cirúrgicas vs HD (U 4,00; p 0,476) Esp. Cirúrgicas vs Medicina (U 17,50; p 0,722) HD vs Cirurgia (U5,50; p 0,067) HD vs Medicina (U9,50; p 0,348) HD vs Cirurgia (U5,50; p 0,067) Obstetrícia vs Neurocirurgia (U 8,000; p 0,011) Obstetrícia vs Cardiologia (U 1,000; p 0,013) Obstetrícia vs HD (U 0,500; p 0,021) Obstetrícia vs Esp Cirúrgicas (U 2,000; p 0,022) Obstetrícia vs Cirurgia (U 18,000; p 0,039) Obstetrícia vs Esp. Médicas (U 2,000; p 0,049) Obstetrícia vs SMI (U0,00; p 0,118)						

Obstetrícia vs Medicina (U16,00; *p* 0,062)
 Obstetrícia vs Pneumologia (U11,00; *p* 0,550)
 Obstetrícia vs UAVC (U2,50; *p* 0,064)
 Ortopedia vs Neurocirurgia (**U15,0; *p* 0,005**)
 Ortopedia vs Cardiologia (**U1,50; *p* 0,006**)
 Ortopedia vs HD (**U 1,00; *p* 0,013**)
 Ortopedia vs Esp. Cirúrgicas (**U 5,500; *p* 0,023**)
 Ortopedia vs Medicina (**U 29,500; *p* 0,042**)
 Ortopedia vs Cirurgia (U 47,00; *p* 0,144)
 Ortopedia vs SMI (U 0,00; *p* 0,103)
 Ortopedia vs Pneumologia (U 15,50; *p* 0,294)
 Ortopedia vs Esp. Médicas (U 5,50; *p* 0,067)
 Ortopedia vs UAVC (U 6,50; *p* 0,090)
 Ortopedia vs Obstetrícia (U 33,50; *p* 0,467)
 Neurocirurgia vs Medicina (U41,00; *p* 0,743)
 Neurocirurgia vs HD (8,50; *p* 0,345)
 Neurocirurgia vs Cirurgia (U 35,00, *p* 0,170)
 Neurocirurgia vs Pneumologia (U 2,0; *p* 0,12)
 Neurocirurgia vs Esp. Medicas (U 8,00; *p* 0,303)
 Neurocirurgia vs Cardiologia (U 13,00; *p* 0,433)
 Neurocirurgia vs UAVC (U 11,00; *p* 0,639)
 Neurocirurgia vs SMI (U 1,00; *p* 0,214)
 Pneumologia vs Neurocirurgia (**U 2,000; *p* 0,012**)
 Pneumologia vs Esp. Cirúrgicas (**U 0,000; *p* 0,019**)
 Pneumologia vs Cardiologia (**U 0,000; *p* 0,020**)
 Pneumologia vs Cirurgia (**U 6,000; *p* 0,027**)
 Pneumologia vs Esp. Medicas (**U 0,000; *p* 0,031**)
 Pneumologia vs HD (**U 0,000; *p* 0,032**)
 Pneumologia vs UAVC (**U 0,500; *p* 0,048**)
 Pneumologia vs Medicina (U 8,00; *p* 0,086)
 SMI vs UAVC (U0,50; *p* 0,346)
 SMI vs Cardiologia (U0,50; *p* 0,277)
 SMI vs Esp. Medicas (U0,00; *p* 0,157)
 SMI vs Pneumologia (U0,00; *p* 0,147)
 SMI vs Cirurgia (U0,00; *p* 0,101)
 SMI vs HD (U0,50; *p* 0,346)
 SMI vs Medicina (U0,50; *p* 0,151)
 UAVC vs Cardiologia (U4,00; *p* 0,471)
 UAVC vs Esp. Medicas (U4,00; *p* 0,825)
 UAVC vs Cirurgia (U12,50; *p* 0,418)

	UAVC vs HD (U2,50; p 0,376) UAVC vs Medicina (U13,50; p 0,798)
--	---

Anexo 7

Categoria	Subcategoria	Transcrição da Frase
Critérios de ativação	conhecimentos critérios	<p>P4. “por norma, não respeita os critérios de ativação”</p> <p>P6. “(...) não há uma noção clara dos critérios necessários para realizar a ativação.”</p> <p>P8. “Em algumas situações, sabemos que se trata de uma paragem cardiorrespiratória, mas noutras não conseguimos identificar de imediato a natureza da emergência, o que dificulta a nossa preparação”</p> <p>P14. “no que diz respeito à ativação, noto que às vezes não há uma noção clara dos critérios necessários para ativar a emergência interna. Muitas vezes, a ativação acontece mais por um pedido de ajuda em situação de aflição, sem que os critérios sejam realmente cumpridos.”</p> <p>P18. “na ativação, temos, por vezes, dificuldades de articulação”</p> <p>P22. “Na maior parte das vezes em que fui à emergência interna, não se tratava de paragens cardiorrespiratórias. As pessoas não têm bem a noção do que é uma emergência interna. Muitas vezes, acham que, por exemplo, nos exames especiais, qualquer síncope ou lipotimia é uma emergência. E, por isso, acabam por pedir ajuda, mas muitas vezes vamos a sítios onde não seria necessário.”</p> <p>P35. “chegamos e às vezes não era necessário. Às vezes precisam de um médico e como os recursos não funcionam, já tiveram a emergência interna ativada”</p> <p>P37. “por norma, não respeita os critérios de ativação”</p> <p>P37. “As pessoas não têm uma ideia clara do que é uma emergência. Muitas vezes, vamos a sítios onde não era preciso irmos”</p> <p>P39. “Às vezes, se calhar, há ainda a noção de que só é para ativar se efetivamente houver todos os critérios associados ou se houver paragem”</p> <p>P45. “eu acho que muitas vezes não são respeitados os critérios da ativação.”</p> <p>P46. “eu acho que muitas vezes não são respeitados os critérios da ativação.”</p>

	conhecimentos critérios (Aspetos positivos)	<p>P5. “Na maior parte dos casos, os colegas conseguem identificar e relatar o motivo da ativação”</p> <p>P23. “a ativação foi feita corretamente, e o doente tinha os critérios para a ativação.”</p> <p>P38 “das vezes que eu fui, tinha critérios para ativação, sim.”</p>
	Ativação tardia	<p>P33. “mas não se dá conhecimento não se tenta perceber o motiva aquela alteração, as coisas vão agravando. “</p> <p>P33. “mas é muito frequente ver que houve negligência dos sinais vitais ou do estado do doente durante as horas ou dias prévios. Isto é muito frequente, encontramos assim, já não dava, foi uma coisa súbita”</p> <p>P39. “Se a escala News fosse aplicada de forma sistemática, seríamos ativados mais precocemente para a maior parte das situações a que somos chamados”</p> <p>P39. “A perceção que tenho é que, quando somos ativados, o mínimo que levaria à ativação de uma equipa de emergência ou de uma equipa de apoio diferenciado através da escala News já foi ultrapassado há algum tempo”</p> <p>P45. “Normalmente chamam quando já está em paragem e poderiam antecipar, antes da paragem, fundamentando pelos sinais e sintomas que antecedem a paragem.”</p> <p>P45. “Eu acho que melhor será sempre antecipar a paragem,”</p> <p>P46. “Normalmente chamam quando já está em paragem e poderiam, por vezes, chamar antes da paragem, quando se percebem que existem sinais e sintomas de que o doente poderá entrar em paragem, evitando a PCR”</p> <p>P46. “Eu acho que melhor será sempre antecipar a paragem, claro, saber quando podem ativar”</p>
	Clareza ativação	<p>P5. “Por vezes, a informação fornecida não é completamente clara, especialmente se o responsável pela comunicação não está presente.”</p> <p>P8. “às vezes, essa informação não nos é passada com clareza durante a chamada.”</p> <p>P8. “Quando somos chamados, nem sempre nos informam com clareza o motivo de ativação”</p> <p>P10. “não dão a informação completa. Às vezes dizem algo como: "Ai, a vítima parou!", mas não especificam logo o serviço cama. Estamos a perder tempo porque a equipa não arranca enquanto não tem toda a informação”</p> <p>P12. “Quando somos chamados, nem sempre nos informam claramente o motivo da ativação ou o tipo de emergência. Mesmo a</p>

		<p>identificação do local e da cama do doente nem sempre é clara. Há casos em que perdemos tempo com isso.”</p> <p>P12. “Por vezes, apenas nos informam que é uma emergência interna, mas não sabemos exatamente qual a situação.”</p> <p>P29. “às vezes, nem sempre nos dizem com clareza o que aconteceu antes da paragem”</p> <p>P39. “somos ativados sem ter bem a perceção do motivo da ativação.”</p> <p>P39 “Ao sermos ativados sem saber minimamente qual é o motivo, não podemos estabelecer estratégias de abordagem imediatas antes de chegar lá. Não conseguimos pensar sobre o que potencialmente podemos fazer para otimizar os primeiros momentos e os primeiros passos da abordagem antes de chegar.”</p> <p>P43. “às vezes é um bocado confuso. Porque já nos aconteceu, muitas vezes vamos, é o quê, alguém diz que é uma paragem, o serviço, e nós chegamos lá e não estava a acontecer uma paragem. Às vezes é só uma alteração do estado de consciência, tem a ver com a aflição do momento.”</p> <p>P45. “é confuso. Focam-se, portanto, no que aconteceu e não no motivou a chamada. focam em dizer se já tinha esses antecedentes, se era suposto”</p> <p>P46. “é confuso. Focam-se no que aconteceu e não dizem se já tinha esses antecedentes, se era suposto, se havia algo na situação por trás”</p> <p>P46. “A informação não é transmitida pela mnemónica do ABCDE.”</p>
	<p>Clareza ativação (Aspetos positivos)</p>	<p>P20. “sim, na maioria das situações, temos noção do estado prévio do doente e das alterações súbitas que justificaram a ativação da equipa.”</p> <p>P39. “Sabemos que fomos ativados e que vamos, provavelmente, para uma situação crítica. Na esmagadora maioria das vezes, é isso que acontece”</p>

Categoria	Subcategoria	Transcrição da Frase
Preparação de Material	Carro de emergência	<p>P4. “nós sabemos melhor porque estamos habituados a ir e abrir. Eles não estão tão habituados”</p> <p>P5. “há situações em que os materiais no carro de emergência não são utilizados de imediato. Isso poderia ser melhorado pois o acesso aos recursos deve ser mais ágil. “</p>

	<p>P5. "Muitas vezes, conhecemos nós melhor o carro de emergência do que a equipa local."</p> <p>P5. "o carro de emergência está junto ao cliente, mas nem sempre."</p> <p>P6. "O carro de emergência, por vezes, não é manuseado da melhor forma. Em muitas situações, os colegas preferem recorrer a locais já familiares, em vez de utilizarem o carro de emergência de forma sistemática"</p> <p>P7. "nota-se um desconhecimento da organização do carro. Por isso, os profissionais recorrem mais frequentemente ao material do próprio serviço, com o qual estão mais familiarizados."</p> <p>P8. "o carro de emergência e o material necessário ainda não está junto do doente no momento em que lá chegamos, o que seria essencial"</p> <p>P9. "Muitas vezes somos nós que temos de utilizar o carro, pois os colegas não conhecem bem a localização dos materiais."</p> <p>P19. "há algumas dificuldades no carro de emergência."</p> <p>P23. "os colegas estavam um pouco atrapalhados com o carro de emergência, não sabiam bem onde estava o material, nem o plano duro"</p> <p>P23. "A maior dificuldade foi realmente a questão do carro de emergência e saber onde estava o material."</p> <p>P38." Achei que tinham alguma dificuldade em saber como funcionava o carro."</p>
Positivo:	<p>P2. "O carro de emergência... está tudo mais ou menos organizado."</p> <p>P6. "Muitas vezes, o doente já está com o carro de emergência junto a si"</p> <p>P7. "normalmente, o carro de emergência já está aberto"</p> <p>P8. "sim, já encontramos situações em que tudo estava bem preparado, como o carro de emergência montado"</p> <p>P12. "quando o carro está bem organizado, é uma mais-valia para nós e facilita o trabalho."</p> <p>P15. "Hoje em dia, já se verifica que o carro de emergência está ao lado"</p> <p>P22. "O carro está, às vezes, bem repostado, mas outras vezes não está. Depende dos serviços."</p> <p>P22. "Nós sabemos melhor porque estamos mais habituados a trabalhar com o carro de emergência, mas os colegas nem sempre sabem onde está tudo. Isso é uma questão de prática."</p> <p>P24. "sempre que cheguei, o carro de emergência estava ao lado."</p>

		<p>P34. “Sempre que eu cheguei, o carro de emergência estava ao pé do doente”</p> <p>P43. “sim, o carro está sempre junto do doente”</p> <p>P45. “acho que o carro de emergência já está”</p> <p>P46. “acho que o carro de emergência já está, mas muitas vezes ainda não estava.”</p>
	<p> Materiais e equipamentos</p>	<p>P. 1 “o material necessário está longe ou em número insuficiente, o que atrasa as intervenções. Isso é particularmente notório em turnos noturnos. “</p> <p>P1. “em termos de materiais e fármacos de emergência por vezes, noto falhas, principalmente pela falta de treino ou rotina,”</p> <p>P6. “há algumas situações em que o equipamento necessário não está em condições ideais ou bem organizado”</p> <p>P6. “também a revisão do material. Quando não há paragens frequentes, o familiarizar-se com o equipamento pode fazer a diferença.”</p> <p>P11. “normalmente, sabem usá-lo, mas às vezes têm alguma dificuldade em localizar todos os materiais. Nem sempre estão confortáveis em manuseá-los rapidamente.”</p> <p>P12. “frequentemente o material ainda não está pronto ou disponível junto ao doente, o que deveria já estar garantido.”</p> <p>P14. “Alguns preferem buscar materiais em locais onde estão mais familiarizados, em vez de utilizar diretamente o carro de emergência. Isso acontece porque o carro é pouco utilizado, e os colegas não estão completamente à vontade com a disposição dos materiais.”</p> <p>P15. “esse é um ponto fraco. Como não lidam com o carro de emergência diariamente, muitas vezes não sabem exatamente onde estão os materiais. Acabam por recorrer a outros locais do serviço onde sabem que existem os mesmos itens”</p> <p>P16. “Muitas vezes, o material está distante ou o carro de emergência não está facilmente acessível. Essas são limitações práticas que podem ser melhoradas.”</p> <p>P17. “Se estiverem bem familiarizados com o material e onde este se encontra, o desempenho melhora significativamente”</p> <p>P19.” às vezes há dificuldade, principalmente em localizar os fármacos no carro.”</p> <p>P23. “O problema maior foi mesmo o material do carro de emergência.”</p> <p>P18. “Muitas vezes, cabe-nos a nós ir buscar o material, porque os colegas nem sempre sabem onde ele está ou como utilizá-lo.”</p>

		<p>P19. “Frequentemente, o material tem que ser procurado por quem está mais habituado, pois nem todos os colegas sabem onde tudo está localizado. Isso pode atrasar o processo”</p> <p>P23. “Quando chegámos, já tinham o material necessário preparado, apenas tivemos que fazer alguma manipulação no carro de emergência.”</p> <p>P23. “nós estávamos mais habituados com o material”</p>
	<p>Materiais e equipamentos (aspectos positivos)</p>	<p>P24. “há serviços onde sim, conseguem ir logo buscar, mas em outros andam muito perdidos à procura.”</p> <p>P24. “sim, os colegas conhecem os materiais no carro. Quando é preciso algo específico, geralmente conseguem localizar.”</p> <p>P25. “Outras não, não está tudo montado como deveria estar, principalmente a nível de pessoal e de equipamento.”</p> <p>P25. “mas ainda há quem ande à procura do material, o que pode causar alguma confusão”</p> <p>P33. “É frequente ter que buscar material a outras enfermarias porque não foi confirmado que estava em condições de uso”</p> <p>P34. “muitas vezes andam perdidos, há serviços que sim que vão logo, há outros que andam muito.”</p> <p>P38. “da última vez que eu fui, as colegas estavam um bocadinho atrapalhadas com o carro, não sabiam bem onde estava o material”</p> <p>P39. “Há dificuldade em encontrar o material, ter as coisas disponíveis que à partida, deveriam estar no carro de emergência e que normalmente até estão, mas as pessoas não sabem onde estão”</p> <p>P43. “Às vezes existe alguma dificuldade em saber onde está o material, (...) Às vezes têm que abrir mais de uma gaveta,”</p> <p>P45. (...) “os colegas não sabem onde está o material e andam pelo serviço a procura quando está tudo alocado no carro”</p> <p>P45. “Como os materiais acho que também às vezes não sabem onde estão organizados no carro. Porque estão sempre a fugir e buscar medicação”</p> <p>P45. “Se todos verificam o carro tem conhecimento onde estão os materiais? Então porque se vê que saem muito das áreas, dos quartos, da enfermaria”</p> <p>P46. “acho que também às vezes não conhecem ou não sabem onde está. Se todos verificam o carro, sabem onde estão os materiais. Porque vê-se que saem muito das áreas, dos quartos, da enfermaria”</p>
	<p>Gestão do</p>	<p>P1. “Idealmente, as grades e a cabeceira deveriam ser removidas de imediato, mas tudo ocorre tão rapidamente que, por vezes,</p>

	ambiente	<p>esses pormenores não são priorizados.”</p> <p>P1. “por vezes, o paciente está com roupa ou acessórios que dificultam as manobras. Seria ideal que, nesses casos, os pacientes estivessem preparados de forma mais prática, sem obstáculos que atrapalhem a equipa de emergência. “</p> <p>P5. “Não é sempre que encontramos a cama afastada ou a cabeceira retirada.”</p> <p>P12. “Por vezes, o acesso ao doente está dificultado porque a cabeceira da cama não foi afastada ou o material necessário não está pronto.”</p> <p>P16. “é tudo tão rápido que não há tempo para esses pequenos detalhes. Mas, sim, idealmente, essas ações deveriam ser feitas antes.”</p> <p>P16. “Muitas vezes, os doentes têm vestimentas que dificultam a intervenção. Há uma resistência em cortar roupas por questões de custos ou pelo impacto junto das famílias. Poderiam ser adotadas alternativas mais práticas e eficazes.”</p> <p>P19. “Contudo, há momentos em que não. Nem sempre se encontram as grades baixadas ou o carro de emergência totalmente preparado.”</p> <p>P24. “nas últimas 3 ou 4 vezes que fui, não tinham tirado a cabeceira,”</p> <p>P34. “(...) nem cabeceira afastada e grades tiradas.”</p> <p>P35. (...) “e entender que entre a chamada de ajuda e a chegada da ajuda devem ter o ambiente preparado”</p> <p>P42 “Grades retiradas, cabeceira tirada, mobilização”</p> <p>P45. “Ainda tem colocada as grades, “</p> <p>P46. “Ainda têm as grades”</p> <p>P46. (...)” é muito importante doente despido”</p>
	Gestão positivo do ambiente	<p>P2. “Às vezes já têm a cabeceira retirada, as grades retiradas, já têm isso organizado de forma tão automática”</p> <p>P7. “os profissionais têm o cuidado de, pelo menos, iniciar a preparação do doente, como retirar grades da cama,”</p> <p>P10. “Há equipas onde tudo está preparado, e as coisas fluem muito bem. Mas há sítios onde ainda estão a organizar tudo quando chegamos. Isso depende da equipa e da experiência.”</p> <p>P11. “A maior parte das vezes já está tudo pronto, mas noutras ocasiões ainda não. As grades podem não estar retiradas ou o</p>

		<p>carro não está no local.”</p> <p>P14. “nas que observei, os preparativos estavam feitos. As grades estavam retiradas e os colegas tinham organizado o espaço adequadamente.”</p> <p>P15. “Muitos procedimentos, como a retirada das grades, já são feitos de forma rotineira.”</p> <p>P44. “Grades retiradas, cabeceira tirada, mobilização”</p>
--	--	---

Categoria	Subcategoria	Transcrição da Frase
Comunicação	Eficiente/objetiva	<p>P2. “Quando o responsável pelo doente está presente, sim, ele consegue passar a história e fazer um resumo da situação.”</p> <p>P16. “quando chegamos, os colegas já fizeram uma avaliação inicial e apresentam um resumo objetivo e sucinto do caso.”</p> <p>P19. “Sim, na maioria das situações, temos noção do estado prévio do doente e das alterações súbitas que justificaram a ativação da equipa”</p> <p>P23. “A comunicação entre as equipas tem funcionado bem, e não vejo necessidade de grandes melhorias nesta área”</p> <p>P26. “As equipas conseguem transmitir a informação de forma eficaz e com clareza. Conseguem dar uma avaliação precisa do tempo e do estado do paciente.”</p> <p>P38. “sim, das vezes que eu fui, foi-nos dito o local onde estava corretamente”</p> <p>P38. “A comunicação entre nós e eles tem funcionado bem.”</p>

	<p>Dificuldades na comunicação</p>	<p>P2. "Isso às vezes falha. Não com os colegas, mas às vezes o enfermeiro responsável pelo doente não está presente."</p> <p>P3. "A comunicação é difícil. "</p> <p>P3. "Em termos de informação, temos menos informação da que realmente precisamos"</p> <p>P3. "Acho que o principal problema é a falta de informação logo que chegamos, porque quem está com o doente não é quem tem mais informação"</p> <p>P5. "a informação fornecida não é completamente clara, especialmente se o responsável pela comunicação não está presente"</p> <p>P6. "raramente há tempo para uma descrição detalhada"</p> <p>P7. "Quando é uma paragem cardiorrespiratória, raramente há tempo para uma descrição detalhada"</p> <p>P9. "Muitas vezes, temos de perguntar diretamente, pois não nos transmitem tudo de forma espontânea. Ainda assim, acabam por responder de forma adequada"</p> <p>P9." (...)a articulação com as equipas continua a ser um desafio."</p> <p>P9. "Muitas vezes, temos de perguntar diretamente, pois não nos transmitem tudo de forma espontânea. Ainda assim, acabam por responder de forma adequada"</p> <p>P10. "não dão a informação completa. Às vezes dizem algo como: "Ai, a vítima parou!", mas não especificam logo o serviço cama. Estamos a perder tempo porque a equipa não arranca enquanto não tem toda a informação"</p> <p>P15. "às vezes falha, especialmente se o enfermeiro responsável não estiver presente na situação."</p> <p>P18. "em alguns casos, tenhamos de fazer perguntas específicas para obter a informação necessária."</p> <p>P19. "Por vezes, falta informação."</p> <p>P21. "A maioria das vezes, o feedback que recebemos é apenas sobre o estado do doente, se houve ou não uma paragem"</p> <p>P24. "conseguem identificar a deterioração, mas é mais difícil fazer uma avaliação mais específica sem mais tempo"</p> <p>P29. "eu acho que muitas vezes, quando chegamos ao local, gostávamos de ter mais informações sobre o doente."</p> <p>P29. "a pessoa que tem a informação mais relevante não está necessariamente presente. Isso acaba por ser um problema, porque a informação que recebemos pode não ser a mais precisa. Esse é, para mim, o maior desafio: a falta de informação imediata"</p> <p>P33. "Muitas vezes, falta informação sobre o doente durante a abordagem inicial."</p>
--	------------------------------------	---

		<p>P33. "(...) à incapacidade de compreender e cumprir as instruções"</p> <p>P33. "Uma das principais dificuldades tem sido a recetividade da comunicação"</p> <p>P36. "A comunicação é difícil."</p> <p>P36. "Acho que o principal problema é a falta de informação logo que chegamos, porque quem está com o doente não é quem tem mais informação."</p> <p>P36. "Muitas vezes, não temos as indicações necessárias. Acho que o principal problema é a falta de informação logo que chegamos, porque quem está com o doente não é quem tem mais informação."</p> <p>P36. "o pior é chegar e não ter logo a informação toda sobre o doente."</p> <p>P36. "Em termos de informação, temos menos informação do que realmente precisamos inicialmente"</p> <p>P37. "muitas vezes só dizem o serviço"</p> <p>P39. "neste hospital também utilizamos o ISBAR, se não me engano, mas raramente é seguido o ISBAR."</p> <p>P39. "muitas vezes há dificuldade em perceber ou a equipa de enfermagem transmitir a informação relativamente a dois pontos fundamentais: se há ou não há indicação terapêutica"</p> <p>P39. "Em termos de comunicação para a equipa de emergência interna, parece-me que há um caminho a fazer no sentido de nos facilitar informações que são determinantes na atuação ou nos limites da atuação que vamos ter."</p> <p>P39. "mas isso é um problema de comunicação transversal,"</p> <p>P42. "Não verbalizam, não identificam. Quando chegamos, já estão em manobras e não referem se fizeram ou não"</p> <p>P45. "nós nem temos conhecimento do que levou ao evento nem do diagnostico. E os colegas têm dificuldade em dar essa informação. "</p> <p>P45. "é confuso. Focam-se, portanto, no que aconteceu e não no motivou a chamada. focam em dizer se já tinha esses antecedentes, se era suposto"</p> <p>P45. (...)" nós nem temos conhecimento do que levou ao evento nem do diagnostico. E os colegas têm dificuldade em dar essa informação"</p>
	Debrifing	P2. "Quando há algum pormenor, abordamos na altura, tranquilamente... Não é um grande problema. "

		<p>P2. “Sim, no final, às vezes conversamos um pouco para perceber o que correu bem ou mal. E depois eu tenho essa ideia... Não em todos os sítios, depende da situação em si, mas costumamos dizer: “Olha, toma atenção a isto, ou então já estava fora de qualidade.” depende das rotinas e cenários que vão aparecendo “</p> <p>P5. “Pode haver interpretações erradas das nossas orientações, que são vistas como críticas em vez de correções. É importante melhorar essa dinâmica.”</p> <p>P6. “Quando surgem dificuldades durante uma ativação, as equipas têm de reunir e refletir sobre o que correu bem ou mal. Esse tipo de análise pós-situação pode ajudar a identificar melhorias “</p> <p>P6. “Devemos sempre reunir para discutir as situações que surgiram e melhorar a atuação da equipa para futuras ocorrências”</p> <p>P9. “identificamos essas falhas e orientamos os colegas. (..)tentamos dar feedback de forma construtiva.” e os colegas mostram-se recetivos. Isso tem ajudado a melhorar o processo.”</p> <p>P14. “seria importante reunir a equipa após cada ativação para discutir o que correu bem, o que correu mal e o que pode ser melhorado. Isso permitiria aprender com as situações vividas e preparar melhor futuras ocorrências.”</p> <p>P15. “Quando isso ocorre, abordamos a questão de forma calma e resolvemos no momento.”</p> <p>P15. “seria útil realizar reuniões após as situações de emergência para discutir o que correu bem e o que pode ser melhorado. Isso ajudaria a criar uma rotina de aprendizagem e aperfeiçoamento.”</p> <p>P23. “são recetivos. Perguntaram-nos como utilizar os equipamentos e mostraram curiosidade. No final, até pediram desculpas e agradeceram a nossa ajuda.”</p> <p>P26. “Outra coisa importante seria dar feedback às equipas, o que ajuda a melhorar a prestação. A análise crítica deve ser feita no sentido de melhorar, não de punir, o que permite que as pessoas guardem as informações para o futuro”</p> <p>P33. “Perfeito seria pós situação com falhas promover briefing”</p> <p>P33. “um briefing frontal não é fácil. Sem andarmos com rodeiros e dizer isto não foi a melhor atuação porque isto ou aquilo. E corrigir absolutamente todas as falhas bi-direcionalmente.”</p> <p>P37. “Quando algo corre menos bem, dão feedback e os colegas são recetivos.”</p> <p>P41. “Perfeito seria. Muito importante, mas depende da recetividade. A perceção é que o colega pensa “estou aqui para me</p>
--	--	---

		<p>chatear com estas histórias, estive aqui a fazer o trabalho e tenho mais coisas para fazer. Vou-me embora”</p> <p>P41. “seria importante o briefing, mas um briefing frontal não é fácil. Sem andarmos com rodeios e dizer isto não foi a melhor atuação porque isto ou aquilo. E corrigir absolutamente todas as falhas bi-direcionalmente. Esse é fácil de fazer, mas o problema é que não é fácil ficar a equipa lá porque há mais para fazer.”</p> <p>P42. “O objetivo é identificar o que pode ser melhorado, as dificuldades, para depois tentar identificar os pontos a melhorar e como melhorá-los”</p> <p>P42. “O objetivo é identificar, porque há sempre aquela questão de que quem nunca passou não consegue identificar tão bem o porquê de algumas coisas não funcionarem tão bem.”</p> <p>P43. “(...) até disse a alguém, olha, isto é simples, basta mudar aqui a derivação. Agradecem na altura. Agradecer por nós termos partilhados ali o conhecimento”</p>
Informação	DNR	<p>P2. “Isso às vezes falha. Não com os colegas, mas às vezes o enfermeiro responsável pelo doente não está presente. Já aconteceu algumas vezes com a comunicação de não-reanimação, e chamam a mesma e nós vamos. Depois, quando saímos do processo, não se apercebem que a informação da não-reanimação estava lá. Quando o responsável pelo doente está presente, sim, ele consegue passar a história e fazer um resumo da situação.”</p> <p>P2. “Já aconteceu algumas vezes com a comunicação de não-reanimação, e chamam a mesma e nós vamos.”</p> <p>P5.” Seria útil que existisse uma definição prévia do “teto de investimento” em cada caso, ou seja, saber antecipadamente se a situação é para reanimação ou não. Muitas vezes, as situações já estão em fases muito avançadas, como paragens efetivas.”</p> <p>P10. “Além disso, há a questão da definição dos limites terapêuticos. Muitas vezes, no internamento, não está claro se o doente é para investir ou não.”</p> <p>P15. “Há casos em que o doente tem indicação de não reanimação, mas mesmo assim a equipa é acionada, o que só percebemos ao verificar o processo clínico”</p> <p>P28. “A decisão de saber se o doente é para ser reanimado ou não deveria ser tomada logo à entrada, de forma mais clara, para que a equipa não ficasse à espera de uma avaliação externa.”</p> <p>P28. “A questão da definição é crucial. Quando estamos no internamento, não há uma definição clara sobre o que fazer com o doente.</p>

	<p>Não sabemos se é para investir ou se o doente está num quadro paliativo.”</p> <p>P39. “Mas limitação terapêutica, nunca sabemos se têm ou não. Por outro lado, isso é um problema tanto da parte de enfermagem como dos registos médicos. Temos dificuldade em perceber de forma clara o que fazer em caso de risco imediato de vida daquela pessoa e, na dúvida, fazemos sempre.”</p>
--	---

Categoria	Subcategoria	Transcrição da Frase
Gestão de emoções	Stress/ nervosismo	<p>P5. “Há disponibilidade, mas o stress muitas vezes impede uma articulação eficaz”.</p> <p>P5. “O que se nota frequentemente é uma desarticulação na equipa, que pode decorrer de um elevado nível de stress”</p> <p>P5. “Em situações de stress, isso torna-se um problema, pois a equipa não sabe onde encontrar os materiais necessários”;</p> <p>P5. “A gestão de stress é mais individual.”</p> <p>P6. “o stress pode interferir, especialmente quando há muitas pessoas envolvidas na situação e quando a equipa externa gera mais pressão”</p> <p>P9. “(...) também casos de nervosismo extremo”</p> <p>P14. “o nervosismo e o stress, muitas vezes, afetam o desempenho”</p> <p>P17. “O importante seria conseguir afastar esses sentimentos e ter uma preocupação ativa em manter a organização”</p> <p>P18. “(...) situações de nervosismo em que algumas manobras não eram realizadas de forma eficaz.”</p> <p>P20. “Após esses passos iniciais, é uma questão de gestão de stress, que, na minha opinião, é algo que melhora com treino”</p> <p>P20. “Contudo, a forma como cada pessoa lida com o stress é muito individual”</p> <p>P21. “às vezes há alguma confusão na sala, especialmente quando se tenta localizar o material. Mas, no geral, é mais uma questão de organização na sala.”</p> <p>P21. “o nervosismo é visível em alguns colegas. Não acredito que isso interfira significativamente com a prestação, mas é um fator a considerar. “</p> <p>P21. “é natural, porque muitas vezes não lidam com essas situações e, por isso, ficam inseguros”</p> <p>P22. “Ficam muito nervosos, e isso piora quando chegamos, porque pensam que estamos ali para “ver” quem fez algo errado”</p>

	<p>P22.” é natural, porque muitas vezes não lidam com essas situações e, por isso, ficam inseguros.”</p> <p>P25. “a adrenalina da situação faz com que as pessoas queiram agir rapidamente, sem pensar muito no tempo que têm disponível para fazer as coisas de forma ordenada”</p> <p>P25. “o nervosismo é maior devido à intensidade e à frequência das situações. As equipas que enfrentam mais situações estão mais à vontade.”</p> <p>P27. “sim, há nervosismo, sem dúvida, porque é um momento de grande pressão. Acho que isso é transmitido pela equipa. Não é que as pessoas não queiram ajudar, mas todas estão nervosas.”</p> <p>P27. “As pessoas querem ajudar, mas as coisas não estão a ser feitas corretamente devido à ansiedade e nervosismo”</p> <p>P33. “Mas é um bocadinho mais complicado quando perdem o controlo e cada um faz o que acha que deve e está tudo resolvido.”</p> <p>P33. “A causa de mais falha é o stress, é o medo de falhar.”</p> <p>P37. “A falta de prática põe-nos inseguros.”</p> <p>P41. “É um bocadinho mais complicado quando perdem o controlo e cada um faz o que acha que está certo.”</p> <p>P42. “Agora, o nervosismo também se nota um bocadinho.”</p> <p>P43. “o nervosismo também se nota um bocadinho.”</p> <p>P44. “Agora, o nervosismo também se nota um bocadinho.”</p>
--	---

ansiedade	<p>P8. “Há, de facto, alguma ansiedade, provavelmente porque estas situações não são muito frequentes”</p> <p>P11. “existe alguma ansiedade”</p> <p>P12. “há alguma ansiedade”</p> <p>P17. “há sempre alguma ansiedade, mas, no geral, os colegas conseguem dar resposta e trabalhar em equipa”</p> <p>P19. “há sempre alguma ansiedade, “</p> <p>P24. “há sempre mais ansiedade, especialmente nos serviços onde não ocorrem tantas emergências. As pessoas ficam mais ansiosas, o que pode afetar a resposta”</p> <p>P29. “Em situações de emergência, o stress é elevado, mas se todos souberem o que fazer, a eficácia da equipa será muito melhor”</p> <p>P29. “Manter a calma é essencial.”</p> <p>P34. (...) “ansiosos, nós notamos”</p> <p>P43. “(...) já há menos ansiedade.”</p> <p>P44. “Agora, o nervosismo também se nota um bocadinho. “</p> <p>P46. “(...), mas o que se nota é confusão e ansiedade”</p>
Confiança e motivação	<p>P10. “Acho que existe falta confiança nas equipas para iniciar o uso do DAE mesmo antes da nossa chegada”</p> <p>P16.” Acho que a equipa de emergência interna é um apoio importante, que faz com que as pessoas se sintam mais seguras e colaborativas.”</p> <p>P26. Também noto que há alguma falta de confiança por parte de algumas equipas, o que às vezes as faz hesitar.</p> <p>P.26” Os pontos fortes das equipas são, sem dúvida, a motivação”</p>

	Calma e organização	<p>P3. "A calma e a organização são essenciais."</p> <p>P6. "com alguma calma, a equipa consegue normalmente desempenhar o que é necessário"</p> <p>P20." Se houver clareza sobre o que fazer, mesmo fora do contexto ideal, o stress pode ser mais controlável. Sem isso, torna-se uma confusão"</p> <p>P22. "quando as pessoas estão bem treinadas para realizar uma tarefa, naturalmente se tornam mais organizadas"</p> <p>P25. "Há serviços onde as equipas são mais calmas e preparadas, as equipas que enfrentam mais situações estão mais à vontade"</p> <p>P29. "O mais importante é manter a calma"</p> <p>P29. "O problema mais grave, no entanto, é a falta de calma. "</p> <p>P36. "A calma e a organização são essenciais"</p> <p>P36. "o pior é a falta de calma"</p> <p>P39. "Para ser perfeito, era chegar lá e as pessoas estarem calmas e tranquilas"</p> <p>P43. "surge alguma confusão, mas também acho que era imediato, porque depois, à medida que têm um bocadinho mais de calma, acho que depois conseguem identificar"</p> <p>P45." devia haver mais calma para perceber as indicações e dessa forma mais coordenação entre equipas, às vezes está lá muita gente que não é necessária."</p>
--	---------------------	---

Categoria	Subcategoria	Transcrição da Frase
Trabalho de equipa	Colaboração e entre-ajuda	<p>P1. "Dentro das limitações e da pressão das situações, os colegas são decididos e colaborativos. Sinto que, nesses momentos, existe um verdadeiro espírito de equipa, o que é essencial"</p> <p>P1. "Existe um verdadeiro espírito de colaboração, e é sempre um prazer trabalhar com estas equipas"</p> <p>P2. "Sim, sinto que há sempre uma boa interação, um bom espírito de equipa, embora, às vezes, não conheçamos as pessoas que estão lá, nem elas nos conheçam a nós. Mas, são muito recetivos"</p> <p>P4. "Eles são colaborativos, com todos."</p>

		<p>P7. “sim, são bastante recetivos e procuram colaborar. Caso haja incertezas, afastam-se ou pedem apoio”</p> <p>P7. “mesmo sob stress, os colegas unem-se e ajudam-se mutuamente. Nunca presenciei uma situação de completo caos”</p> <p>P9. “Já encontramos equipas coordenadas”</p> <p>P15. “no geral, a interação é boa e a colaboração acontece de forma adequada.”</p> <p>P16. “a colaboração dos colegas tem sido excelente, dentro das limitações das situações. É um momento de trabalho em equipa e de entreaajuda”</p> <p>P16. “A minha experiência é positiva, e considero estes momentos importantes para criar espírito de equipa e reforçar a colaboração entre os profissionais”</p> <p>P17. “o que percebo é que os colegas se unem muito. Ajudam-se mutuamente, e quando chego ao local, já vejo mais do que um colega a colaborar e a agir de forma estruturada”</p> <p>P17. “Nunca presenciei uma situação em que estivessem completamente desorientados. Pelo contrário, são sempre pró-ativos e esforçam-se para que tudo corra bem”</p> <p>P18. “Já encontrei equipas bem coordenadas”</p> <p>P19.” no geral, os colegas conseguem dar resposta e trabalhar em equipa”</p> <p>P23.” os colegas, apesar da dificuldade inicial, ficaram sempre disponíveis para ajudar e aprender”</p> <p>P23.” acho que a colaboração tem sido boa.”</p> <p>P25. “Quando chegamos, as equipas que já estão no local mostram-se recetivas à nossa colaboração” Estamos todos ali para ajudar e as relações têm funcionado muito bem.”</p> <p>P25. a relação é boa, e as pessoas que trabalham connosco estão sempre dispostas a colaborar”</p> <p>P35. “das vezes que vou sinto colaboração.</p> <p>P43. “Mas quem realmente estava ali, estavam coordenadas e havia pessoas que estavam dispostas a ajudar sempre a ir buscar alguma coisa que não estava ali à mão”</p>
	organização	<p>P3. “Quando chegamos, é uma confusão.”</p> <p>P5. “a equipa local encontrasse desorganizada quando chegamos, e a nossa chegada retira-se.”</p>

		<p>P8 “A questão da desorganização inicial é um obstáculo, mas é superado após a nossa chegada”</p> <p>P10. “Mas há sítios onde ainda estão a organizar tudo quando chegamos”</p> <p>P11. “no geral, conseguem dar uma resposta satisfatória e trabalhar em equipa”</p> <p>P12. “quando conseguimos organizar-nos enquanto equipa, tudo flui melhor.”</p> <p>P12. “A desorganização inicial contribui para aumentar a ansiedade”</p> <p>P18. “em situações de paragem cardiorrespiratória, noto que a articulação com os colegas nem sempre é ideal”</p> <p>P21. “A coordenação das ações também precisa de ser melhorada, principalmente no início, até chegarmos ao local”</p> <p>P22. “na maior parte das vezes, não há uma organização clara”</p> <p>P22. “Está tudo uma confusão e tudo está muito desorganizado”</p> <p>P22. “há muita desorganização, e isso torna difícil perceber como agir corretamente.”</p> <p>P26. “Talvez diminuir um pouco o ruído ou a desorganização.”</p> <p>P29. “As pessoas ficam muito atarantadas, o que prejudica a eficácia da equipa.”</p> <p>P33. “a postura não é aquela de recetividade, é mais de obrigação.”</p> <p>P33. “Há também falhas de coordenação e de perceção das necessidades”</p> <p>P33. “Depois o resto, há coisas que não mudam. Se uma pessoa não quer mesmo saber, não quer estar de uma forma recetiva, não quer isso. Não dá para mudar.”</p> <p>P35. “por vezes está descoordenada, depende de quem vai. Há pessoas com quem se sentem mais à vontade e outras que os inibem.”</p> <p>P35. “Deviam trabalhar connosco, mas sei que da nossa parte há quem os repele e não consegue trabalhar com eles. Acho que isso devia partir da segurança deles, trabalhar em equipa”.</p> <p>P37. “Nos serviços, não estão organizados. Está tudo uma confusão, com muitas pessoas. É difícil perceber onde é que é. Falta de organização”</p> <p>P39. “Portanto, acho que a auto-organização existe pouco”</p> <p>P39. “Não vou dizer que seja nervosismo, mas é um atabalhoamento na execução das coisas”</p>
--	--	--

		<p>P41. “há coisas que não mudam. Se uma pessoa não quer mesmo saber, não quer estar de uma forma recetiva, não quer isso. Não dá para mudar”</p> <p>P42. “às vezes há um bocadinho de confusão na sala, porque vai um ou vai outro, há um bocadinho de confusão na sala”</p> <p>P43. “às vezes é um bocado confuso. “</p> <p>P43. “(...)já tive noutras ativações em que era uma confusão muito grande,”</p> <p>P44. “às vezes é um bocadinho de confusão na sala porque um não sabe aí vai outro, é a parte normal”</p> <p>P45. “Muito barulho, e fica uma confusão”</p>
	rácios	<p>P10. “Por exemplo, à noite, é mais complexo porque há menos pessoal disponível no serviço.”</p> <p>P14. “O facto de haver muitas pessoas envolvidas no local, incluindo elementos externos ao serviço, pode aumentar a tensão e dificultar a atuação”</p> <p>P16. “há dificuldades, principalmente em serviços com menos recursos, como turnos da noite ou locais com poucos profissionais”</p> <p>P22. “O problema principal é que, quando chegamos, há muita gente no serviço”</p> <p>P27. “Às vezes, quando chegamos, tenho equipas completas, inclui equipas de enfermagem e auxiliares, todos no espaço, que são demasiadas pessoas na sala”</p> <p>P27. “há demasiada gente na sala, a mesma fica mais confusa.”</p> <p>P28. “A coordenação pode ser dificultada pela falta de pessoal. “</p> <p>P33. “Às vezes há gente a mais, é verdade que até atrapalha, mas às vezes há gente a menos”</p> <p>P43. “(...), havia muita gente no quarto, estava lá gente a mais, mas também é normal nestas situações toda a gente querer ajudar.”</p> <p>P46. “sim, às vezes está lá muita gente. Muita gente que não é necessária.”</p>
	Liderança	<p>P9. “Com um guia e alguém a liderar, conseguem colaborar”</p> <p>P33. “E eu quero perceber a organização de uma equipa que tem que ser formada numa equipa de emergência. Onde é que está a voz? A voz essencial de comando e cumprir as tarefas que toda a gente sabe cumprir ou deveria saber. A preparação dos fármacos, a punção e as outras são distribuídas pela equipa pelo líder.”</p> <p>P39” estando lá como team leaders, a maior parte das vezes, as pessoas tendem a fazer aquilo que lhes pedimos para fazer como</p>

		<p>colaboradores do processo.”</p> <p>P39. “por isso é que está lá o team leader, (...)”</p> <p>P44. “era possível fazer para melhorar. (...) a coordenação, fazer o team leader orientar um pouco mais até nós chegarmos.”</p> <p>P46. “A perceção que tenho é que parecem 7 galinhas numa numa sala sem cabeça”</p>
	Definição de papéis	<p>P5. “o que se nota frequentemente é uma desarticulação na equipa(...) Parece que as pessoas repetem as mesmas ações, em vez de se coordenarem para realizar tarefas diferentes”</p> <p>P8. “Contudo, quando conseguimos organizar-nos enquanto equipa, tudo tende a funcionar bem.”</p> <p>P19. “Durante a prestação de cuidados, há momentos em que não estão completamente a par do próximo passo, dificultando a antecipação do que é necessário”</p> <p>P25. “Às vezes as pessoas estão a mover-se de um lado para o outro, quando deviam manter as suas posições, mais fixas”</p> <p>P26. “Notamos que, em algumas equipas, a organização e os processos são mais bem definidos, enquanto noutras a definição de papéis nem sempre é clara.”</p> <p>P33. “a principal falha é a falta de perceção da situação e do que ela requer.”</p> <p>P36. “principal dificuldade na atuação é as pessoas perceberem qual é a função delas. Quando chegamos, é uma confusão.”</p> <p>P39” quando é atribuída uma função específica para fazer de forma dedicada, por exemplo, tu ficas só com os fármacos, A só com os fármacos, B fica só a ajudar me na via aérea, C fica só a tratar de dar material que nós vamos pedindo, aí funciona bem.”</p> <p>P39” não poucas vezes tem que se utilizar algum tempo no apaziguar da situação para as pessoas tomarem as suas funções e as coisas começarem a funcionar normalmente. Leva menos de um ciclo a conseguir isso, mas as pessoas não estão preparadas de início para isso”</p> <p>P41. “às vezes há gente a mais, é verdade que até atrapalha, mas às vezes há gente a menos. Se as pessoas souberem como estar nessa situação e em função do ponto em que estejam, que estejam só como espetadores ou espetadores disponíveis, atentos para ajudar, para ir buscar o processo ou o que for necessário”</p> <p>P41.” Definir posições previamente não sei se é boa ideia porque a pessoa que está nos fármacos pode estar a almoçar.”</p> <p>P41. “Não funcionamos propriamente como as guidelines dizem, não temos assim tanta gente experiente para o team leader poder</p>

		<p>não ficar na via aérea”</p> <p>P45. “O colega que está na via aérea devia manter-se. O das compressões manter se.”</p> <p>P46. “O ideal seria uma pessoa que está a fazer as compressões, mais uma que está a dar apoio”</p>
--	--	---

Categoria	Subcategoria	Transcrição da Frase
Formação contínua	Formação	<p>P1. “(...) seria importante um reforço na formação contínua, especialmente em farmacologia de emergência, para que todos se sintam mais confiantes.”</p> <p>P5. “acho que todos os profissionais de saúde deviam ter formação mínima em suporte básico de vida, e as equipas de enfermagem deviam ter formação em suporte avançado de vida.”</p> <p>P7. “A formação contínua é essencial. É importante que os profissionais conheçam bem o material disponível, saibam onde ele está localizado e tenham domínio teórico e prático sobre o mesmo.”</p> <p>P8. “A formação contínua é fundamental, SBV e SAV, isso aumentaria a confiança dos colegas.”</p> <p>P9. “Seria importante haver formação contínua, tanto teórica quanto prática, para melhorar a preparação nas emergências.”</p> <p>P11. “Ainda há necessidade de mais formação. Mesmo com o básico já teriam melhorias. Alguns passos são executados corretamente, mas há lacunas.”</p> <p>P11. “A formação seria essencial (...).”</p> <p>P11. “Se toda a equipa tivesse formação atualizada em suporte básico de vida e avançado, seria muito mais eficaz.”</p> <p>P12. “Formação contínua para todos os colegas. Isso aumentaria a confiança e a preparação da equipa, especialmente em situações menos frequentes.”</p> <p>P15. “Penso que a formação contínua poderia ajudar, especialmente no manuseamento do carro de emergência, para que os colegas se familiarizem com o material e saibam onde estão os itens.”</p> <p>P17. “(...) a formação é sempre o caminho. Formação contínua e conhecimento do material disponível são essenciais. Se os colegas souberem a teoria e estiverem bem familiarizados com o material e onde este se encontra, o desempenho melhora significativamente.”</p>

	<p>P18. "(...) é importante investir em formação contínua, tanto teórica como prática, para reforçar a preparação dos profissionais para estas situações, que não são tão frequentes nos internamentos."</p> <p>P19. "A formação contínua seria fundamental. Se toda a equipa tivesse formação atualizada em suporte básico de vida, as coisas seriam mais fáceis."</p> <p>P19. "A formação atualizada de toda a equipa facilitaria bastante."</p> <p>P20. "Acredito que todos, em todo o hospital, deveriam ter formação em suporte básico de vida. Seria algo essencial. Para a equipa de enfermagem, formação em suporte avançado de vida seria uma vantagem significativa, especialmente no que diz respeito à gestão de stress e à execução correta dos primeiros passos em situações de emergência."</p> <p>P21. "A formação contínua é essencial. Quando trabalhei em internamento, percebi que a prática constante e a formação frequente nos preparam melhor para essas situações. Acredito que seria benéfico ter sessões de treino, talvez mensalmente, para toda a equipa, para rever as diretrizes e melhorar as competências de todos."</p> <p>P21. "(...) e a formação preventiva também ajuda na gestão do stress. Quanto mais praticamos, melhor conseguimos lidar com a situação quando ela realmente acontece."</p> <p>P22. "Acho que a formação deve ser para todos os profissionais do hospital, não só para os serviços mais envolvidos."</p> <p>P24. "Acho que já há formações de suporte básico de vida, mas seria útil haver mais formações internas, tipo bancas de prática, para familiarizar os colegas com o material e técnicas, para que fiquem mais preparados para situações reais."</p> <p>P24. "Nós temos algumas, por exemplo, formamos vídeos e depois fazemos pequenas formações. Também fazemos bancas de prática com as equipas, de modo a que, mesmo quando não há emergências frequentes, todos fiquem mais preparados. Vamos continuar com as formações, para que todos fiquem mais à vontade e preparados."</p> <p>P25. "A formação deve ser prática e contínua".</p> <p>P26. "O que se tem insistido muito é na formação das equipas e, pontualmente, no serviço, fora da formação formal, de modo a tentar instruir as equipas sobre o que fazer antes da chegada da equipa de emergência."</p> <p>P26. "Quando a formação tem resultados, as situações correm bem."</p> <p>P26. "O que temos insistido é na formação interna e nas equipas a tentarem criar um espaço para que possam melhorar, mesmo que</p>
--	--

	<p>seja por um curto período. “</p> <p>P26. “A formação contínua, portanto, é crucial. Deveria ser obrigatória. Por exemplo, a atualização do suporte básico de vida (SBV) deveria ser obrigatória a cada cinco anos, o que ainda não acontece de forma consistente em todas as equipas.”</p> <p>P26. “Atualmente, ainda há muitas equipas e elementos de enfermagem que não têm uma atualização regular. Apesar de ser uma formação gratuita e oferecida pelo hospital, nem todos aproveitam. Na urgência, temos cerca de 45 médicos sem atualização. Imaginamos que nas enfermarias isso seja ainda mais frequente. A formação deveria ser obrigatória. Apesar de ser um curso mais focado em primeiros socorros, a realidade é que muitas vezes não temos tempo para corrigir técnicas durante o curso, o que faz toda a diferença. Por isso, defendemos a obrigatoriedade de atualização constante em suporte básico de vida.”</p> <p>P33. “A formação em SBV poderia ser mais rigorosa, mas isso poderia desmotivar as pessoas.”</p> <p>P33. “Portanto, o SBV é muito importante e quanto mais soubermos todos, melhor.”</p> <p>P33. “Especificamente para via aérea, no SBV e no SAV está muito reduzida, portanto era preciso fazer formações específicas.”</p> <p>P34. “Mais formação, mas isso acho que também já é do hospital, que todos deviam ter a formação em suporte básico de vida. Quem conseguir, pelo menos, 50% da equipa, por exemplo, de enfermeiros ter SAV e conseguir que estivesse pelo menos presente um em cada turno, pelo menos assim, já fica um, uma vez que não acontece tantas vezes. Fazendo formação interna nem que seja como aquelas que nós fazemos, das 2 às 4 ou das 4 às 6, para quem vem fazer tarde e para os colegas que saem da manhã. “</p> <p>P35. “Há necessidade de mais formação em farmacologia.</p> <p>P41. “Em relação à parte da formação, era preciso mudar o curso em si. Porque, por exemplo, a ventilação não está propriamente muito bem esclarecida da forma como o curso está desenhado. No SBV e no SAV está muito reduzida, portanto. Era preciso fazer formações específicas. Isso também seria possível de desenhar. E, portanto, também não levaria muito tempo. Mas seria até no contexto, não é porque ou cá em baixo ou aqui ou lá em baixo, não tem no contexto de treino de competência. “</p> <p>P42. “eu também trabalhei uns anos em internamento e uma dica que nós fazíamos lá era formação, formação mais frequente, realizar as memórias mais frequentes. Porque só quando passamos pelas situações é que realmente vemos e a prática vai trazendo. Acho que formação, nem que seja um bocadinho, avaliar os algoritmos, ver numa situação o que fazer. Acho que faz falta no serviço de internamento, porque acabamos por achar que o carro de emergência é quase um bicho de sete cabeças. Cada vez que o abrimos,</p>
--	--

		<p>é só porque temos que repor. Na minha experiência de internamento, noto isso. Temos uma paragem de vez em quando e estamos sempre a contar com os que vêm para ajudar. Acho que se formos lidando mais com o carro, mexendo, passando por todos, fazendo formação, nem que seja uma vez por mês ou dois meses, passando por todos, um bocadinho, ver e fazer. Acho que seria importante rever, treinar. Acho que é importante.”</p> <p>P44. “Formação mais frequente, rever as memórias mais frequentes, avaliar os algoritmos, ver numa situação o que fazer.</p> <p>P45. “Acho que devíamos apostar em mais formação (...).”</p>
	Práticas simuladas	<p>P4. “Não foi possível fazer o curso a todos, mas fazer formações dentro dos serviços, treinar bancas, seria importante. Fazer obrigatório para todos, para treinar.”</p> <p>P6. “(...) acredito que mais simulações seriam úteis.”</p> <p>P6. “(...) é importante realizar simulações para que todos saibam exatamente onde o material está guardado e como utilizá-lo eficientemente. “</p> <p>P7. “Também seria útil realizar mais simulações para treinar estas intervenções, reduzindo o nervosismo e aumentando a confiança dos profissionais.”</p> <p>P8. “(...) experiências práticas mais frequentes também seriam uma mais-valia.”</p> <p>P9. “Como estas situações não são frequentes nos internamentos, a prática torna-se ainda mais crucial.”</p> <p>P14. “Simulações regulares seriam muito úteis. A prática contínua ajuda a identificar dificuldades e a habituar os profissionais aos processos e materiais.”</p> <p>P22. “Se não for possível oferecer cursos a todos, poderiam ser feitas formações periódicas dentro dos serviços, com simulações, para treinar e melhorar a prática.”</p> <p>P22. “Eu acho que simulações práticas seriam fundamentais. Elas ajudam a melhorar a organização, pois, quando as pessoas estão bem treinadas para realizar uma tarefa, naturalmente se tornam mais organizadas. Portanto, as simulações seriam o melhor caminho.”</p> <p>P25. “Eu acho que é importante dar mais formação prática, não apenas teórica. O treino e a certificação são importantes, mas o conhecimento prático e a perícia são o que realmente fazem a diferença no momento da emergência.”</p>

	<p>P33. “Seria mais eficaz realizar simulações práticas e reforçar a importância de controlar os nervos.”</p> <p>P33. “Nós, ao retirarmos a simulação para um sítio controlável em que toda essa dinâmica já está resolvida e em que temos as coisas necessárias ali e que não nos obriga a saber onde estão e a saber procurar e mexer, acabam por diminuir a capacidade que depois as pessoas têm na realidade, numa situação verídica. Porque eu treinei, mas tinha ali, já tinha ali, não tive que ir buscar e depois se calhar pronto vale o que vale, não é?”</p> <p>P33. “O problema é isso, é que a forma de estar nas simulações muitas vezes não é de grande recetividade. Estamos lá quase por obrigação. E tempo que é um momento muito valioso porque há material disponível. E muitas vezes são pessoas que até têm experiência na área e experiência real, não só simulada. Pelo menos nós, aqui até temos muitas inscrições, mas às vezes a postura não é aquela de recetividade, é mais de obrigação. Aquilo é cansativo, mas é uma pena, porque se devia ir com o propósito de aproveitar, para aprender. A utilização dos desfibriladores em modo DAE ajudaria no sentido de que imagina o colega consegue colocar as pás, percebe que há necessidade de colocar as pás, coloca as pás e inicia-se SBV. O monitor liga-se operacional, pode pôr o modo DAE para perceber se é chocável ou não chocável para dar mais segurança na avaliação. É choque. Claro que aqui a premissa de dar o tratamento mais rápido. Portanto, isso nem é uma questão, é mesmo para se fazer, começa e arranca com ele sempre enquanto nós não chegarmos, é para chocar desde que sejam cumpridas as indicações do equipamento e a segurança está tudo bem, não é.”</p> <p>P34. “E recapitularem, fazerem tipo umas bancas de vez em quando para o pessoal ficar mais familiarizado com o material, com as técnicas, porque pode acontecer a qualquer momento. Nós aqui temos também não é todos os dias, mas temos mais vezes, lá como não é tão comum, pelo menos para relembrar, para ficar sempre uma noção.”</p> <p>P37. “Quanto mais fazemos e praticamos, mais seguros ficamos. É importante para todos no hospital, não só para os serviços onde há mais emergências. Não é possível fazer o curso de SAV a todos, mas fazer formações dentro dos serviços, treinar bancas, seria importante. Fazer obrigatório para todos, para treinar.”</p> <p>P43. “Acho que uma coisa instituída era as práticas regulares dos serviços, fazer simulações de situações cardiorrespiratórias de emergência. Onde eles pudessem ser ativados e fazerem ali a experiência do que é que se passa realmente e depois fazer uma avaliação e falar da situação e fazer isso com regularidade. E dar-lhes a oportunidade de praticar.”</p>
--	---

	treino	<p>P2. “(...) é normal que os colegas não estejam tão treinados, por assim dizer, para essas situações (...)”.</p> <p>P5. “(...)”, mas o treino pode ajudar a reduzir os impactos”.</p> <p>P10. “Acho que todos precisamos de mais treino. Talvez até de treino conjunto entre as equipas, para que eles saibam o que esperamos e nós compreendamos as limitações deles. A falta de prática reflete-se nas manobras.”</p> <p>P11. “Se a equipa estivesse mais treinada, seria mais fácil.”</p> <p>P21. “Acredito que seria benéfico ter sessões de treino, talvez mensalmente, para toda a equipa, para rever as diretrizes e melhorar as competências de todos.”</p> <p>P26. “É difícil, porque se as equipas não tiverem contacto frequente com as situações, não vão conseguir melhorar. “</p> <p>P27. “(...) acho que talvez haja alguns enfermeiros que não estão atualizados. Tenho essa percepção também com as equipas médicas (...)”</p> <p>P29. “Acho que, na realidade, todos nós precisamos de mais treino. Às vezes, seria útil treinar em conjunto com as equipas de reanimação para que todos saibam o que esperar uns dos outros.”</p> <p>P44. “Acho que faz falta num serviço de internamento porque acabamos por achar que o carro de emergência é o bicho de sete cabeças. Cada vez que o abrimos, é só porque temos que repor. Acho que seria importante rever, treinar, até. “</p> <p>P46. “(...) acho que atualmente têm conhecimentos, mas não estão atualizados.”</p>
--	--------	---

Categoria	Subcategoria	Transcrição da Frase
Execução prática	Via aérea	<p>P5. “O acesso à via aérea, muitas vezes, apresenta dificuldades. Além disso, em alguns casos, o aspirador não está a funcionar. Esses são pontos críticos, especialmente o acesso à via aérea e o aspirador”</p> <p>P9. “Já encontramos situações em que faltava preparação, como o ambu não estar conectado”</p> <p>P34. “Nem sempre conseguem fazer efetivamente as ventilações adequadas, o ritmo está desajustado”</p> <p>P14. “há situações em que a montagem do dispositivo não ocorre de imediato. Isso pode levar a algum atraso inicial”</p> <p>P18. “identificamos falhas na via aérea”</p> <p>P21. “nas poucas situações em que vivi, não estava pronto. O ventilador não estava ligado à rampa de oxigénio e não estava</p>

		<p>montado”</p> <p>P24. “a ventilação estava muito rápida no início”</p> <p>P27. “eles não sabem correlacionar as contagens com as insuflações. Não têm alguém a fazer uma boa selagem da máscara. Acredito que esses sejam os pontos fracos”</p> <p>P41. “A equipa (...) não consegue identificar bem a necessidade de ventilação, não é síncrona ou não conseguiram ter via área segura”</p> <p>P42. “Noto às vezes alguma dificuldade na utilização do ambu, não só em termos de colocação, mas em termos do timing. Sim, isso às vezes nota-se”</p> <p>P44. “Noto às vezes alguma dificuldade na utilização do ambu, nem só em termos de colocação, mas em termos do timing, isso às vezes nota-se”</p> <p>P46. “Muitas vezes o ambu também está, mas o reservatório não está a insuflar corretamente disponíveis, nós temos de corrigir e depois é complicado gerir.”</p> <p>P46. “Eles estão a ambusar mas o saco do reservatório não está a encher e ninguém percebeu essa falha ou alguém está em insuflar e não estão a fazer uma boa selagem ou fazem insuflações ao mesmo tempo que há compressões”</p> <p>P46.” É muito importante já estar alguém na via aérea. “</p>
	Via aérea positiva	<p>P24. “normalmente sim, já está sempre montado e ligado à rampa.”</p> <p>P34. “Normalmente o ambu está, já está montado e ligado à rampa.”</p> <p>P38. “já tinham o material necessário para o ambu e essas coisas todas.”</p>
	SAV	<p>P2. “Os colegas não estejam tão treinados em SAV “</p> <p>P2. “Quando começamos a entrar nas amidorona, lá em cima as concentrações de rotina são diferentes... lá em cima também não têm essa percepção”</p> <p>P9. “por vezes precisam de orientação para interpretar corretamente os traçados.”</p> <p>P9. “Na maioria das situações, chegamos ao local e eles iniciaram suporte básico de vida, mas sem utilizar o desfibrilhador automático. Isso atrasa um possível choque”</p>

	<p>P15. “casos mais específicos, como amiodorona, percebemos alguma dificuldade”</p> <p>P15. “Isso é mais complicado. Até para nós, que temos mais treino, por vezes é difícil interpretar. Para eles, que têm menos prática, torna-se ainda mais desafiante.”</p> <p>P16. “Já no suporte avançado, como leitura de monitores ou interpretação de ritmos, é mais complicado” especialmente os mais novos, demonstram dificuldades. Isso é algo que só se adquire com prática.”</p> <p>P18. “há casos em que é necessário intervir e confirmar a análise do traçado”</p> <p>P21. “na maioria das vezes não. Não têm facilidade em identificar os fármacos e as doses.”</p> <p>P21. “na parte farmacológica há mais dificuldades”</p> <p>P24. “A maior falha é a falta de experiência em situações avançadas, por exemplo, no uso de medicação.”</p> <p>P28. “na maioria das situações em que chegamos, os doentes não estão com o Desfibrilhador Automático Externo (DAE) ligado. Ou seja, estamos a atrasar um possível choque.”</p> <p>P33. “muitas vezes não há um monitor ligado, ou as ventilações e manobras são assíncronas”</p> <p>P33. “Houve algumas falhas graves, como aproximarem-se para corrigir um cateter quando ia desfibrilhar”</p> <p>P34. “Nem sempre, pelo menos já 3 ou 4 vezes que não tinham o plano duro”</p> <p>P34. “Em paragem cardiorrespiratória, inicialmente só estavam com ambu depois é que detetamos que já estava em paragem cardiorrespiratória”</p> <p>P34. “Normalmente, quando nós chegamos, somos nós que ficamos com os fármacos.”</p> <p>P35. “Às vezes, falha a fonte de oxigénio ou o plano duro”</p> <p>P38. “Não sabiam onde estava o plano duro. Depois nós só iniciámos quando chegámos. Os colegas estavam com alguma dificuldade. Também não tinham o monitor das pás, não sabiam mudar os cabos”</p> <p>P42. “habitualmente, quando chegamos, acabam por deixar mais para nós a parte de farmacologia”</p> <p>P42. “a maioria das vezes eles não têm essa facilidade, nem tanto com fármacos. Um por outro sim, mas na maioria das vezes não”</p> <p>P42. “era possível otimizar (...) os conhecimentos de farmacologia, do algoritmo, a coordenação, definir o team leader até nós</p>
--	---

		<p>chegarmos”</p> <p>P43. “Às vezes já me aconteceu chegar e terem as pás e terem outro monitor”</p> <p>P43. “acabam por não estar muito à vontade, às vezes com algumas medicações. Tenho a percepção de que na parte da medicação, às vezes não estão à vontade.”</p> <p>P44. “A maioria das vezes não têm essa facilidade nem tanto com os fármacos. Um por outro sim, mas na maioria das vezes não.”</p> <p>P44. “(...) habitualmente, quando chegamos, acabam por deixar mais para nós na parte de farmacologia”</p> <p>P44. “era possível fazer para melhorar a parte da farmacologia, o algoritmo”</p> <p>P45. “(...) sabem que se é uma paragem já podem ter ali adrenalinas de emergência preparadas, paramos porque as vezes não estão”</p> <p>P46. “Em PCR ainda não tem o plano duro. Se já sabem que é uma paragem á podem ter ali adrenalinas de emergência preparadas, não administradas, mas preparadas”</p>
	SAV positivo	<p>P4. “Em termos de farmacologia, sabem onde está, sabem a diluição e a dose. Se não souberem, nós dizemos”</p> <p>P5. “Não, em geral, os colegas têm uma boa noção dos fármacos utilizados em situações de paragem. Nunca me apercebi de problemas significativos nesse sentido.”</p> <p>P6. “no geral, as equipas têm uma boa percepção e compreensão dos fármacos que precisam administrar.”</p> <p>P15. “Em situações mais comuns, eles até sabem administrar”</p> <p>P18. têm noção da localização e das diluições necessárias”</p> <p>P21. “Alguns conseguem identificar o ritmo do doente,”</p> <p>P23.” eles conseguem identificar os fármacos corretamente e sabem a via de administração.”</p> <p>P24. “normalmente, quando chegamos, ou estão com o ambu ou já estão a fazer manobras, ou estão a tentar achar um acesso venoso porque o acesso que tinham não está a funcionar, mas já estão a fazer alguma coisa”</p> <p>P35. “Antes não tinham, mas agora quando chegamos já têm o monitor conectado e tudo operacional”</p> <p>P37. “Em termos de farmacologia, sabem onde está, sabem a diluição e a dose”</p> <p>P43. “80% das vezes acho que já está com as pás, acho que já está com monitor com DAE.”</p>

		P43. “não me lembro de nenhuma vez de fazer manobras sem plano duro. Acho que nessa parte está tudo muito bem e as pessoas respondem bem” P44. “o doente já está monitorizado e os colegas já estão em manobras de suporte básico de vida”
	Dificuldades na Monitorização	<p>P1. “muitas vezes não monitorizam com as pás, monitorizam com os elétricos, depois, na altura da passagem para as pás, é que as coisas se tornam mais complicadas. Tem de se mudar as derivações e nota-se essa diferença”</p> <p>P4. “já me aconteceu não estar nem sequer monitorizado. Às vezes, o monitor ou desfibrilador está com os elétrodos do ECG. Alguns nem se lembram”</p> <p>P5. “o DAE (desfibrilhador automático externo) não está frequentemente ligado. O uso de monitores adequados nem sempre é garantido.”</p> <p>P6. “a monitorização é, por vezes, insuficiente ou mal-executada”</p> <p>P6. “embora nem sempre a monitorização seja tão eficaz quanto deveria ser, o que pode dificultar a avaliação precisa da situação clínica”</p> <p>P6. “a monitorização não seja feita com a rapidez necessária.”</p> <p>P7. “Já encontrei situações em que o cabo do DAE não estava ligado, ou o monitor não estava conectado.”</p> <p>P7. “há a intenção de ligar o monitor, mas nem sempre está feito quando chegamos”</p> <p>P11. “Quando chegamos, o doente pode ainda não estar monitorizado,”</p> <p>P15. “No entanto, há algumas dificuldades quando é necessário fazer a transição para o desfibrilhador. As situações tornam-se mais complexas devido às derivações e à adaptação ao equipamento.”</p> <p>P19. “Algumas situações em que os colegas chegam e ainda não está tudo devidamente monitorizado”</p> <p>P19. “ainda existem situações em que se utiliza a monitorização do serviço”</p> <p>P19. “Por vezes, chegamos e o doente ainda está com o monitor do serviço, e os passos do algoritmo ainda não começaram”</p> <p>P22. “já me aconteceu situações em que o doente não estava monitorizado”</p> <p>P22. “às vezes é feita com monitores do serviço, mas muitas vezes não se lembram de colocar o desfibrilador. Estão tão habituados a usar outros equipamentos que se esquecem dessa parte”</p> <p>P23. “Além disso, não tinham o monitor de ECG e não sabiam como manusear os cabos.”</p>

		<p>P24. “com o monitor do serviço, e às vezes falta.”</p> <p>P25. “com o LifePack, o problema era apenas a monitorização do doente.”</p> <p>P26. “E também que a eletrocardiograma tenha sido realizada, ou pelo menos que tenha pelo menos o traçado. “</p> <p>P27. “as equipas não sabem manusear o aparelho de DAE corretamente”</p> <p>P34. “o doente está monitorizado pelo monitor do serviço. E às vezes nem tem isso”</p> <p>P37. “já me aconteceu não estar nem sequer monitorizado. Às vezes, o monitor ou desfibrilador está com os eléctodos do ECG. Alguns nem se lembram.”</p> <p>P39. “as pessoas não dão o devido valor à monitorização inicial para identificar a desfibrilação.”</p> <p>P42. “a monitorização é com eléctodos do monitor do carro de emergência”</p> <p>P44. (...). A monitorização é com eléctodos, mas maioritariamente é com o monitor do carro de emergência”</p> <p>P45. (...)” mas muitas vezes o doente ainda não esta monitorizado”</p>
	Monitorização eficaz	<p>P2. “Inicialmente, chegávamos lá e não havia praticamente nada feito. Hoje em dia, já têm o carro de emergência ao lado, já monitorizam”</p> <p>P14. “habitualmente, o doente já tem o carro de emergência junto a ele e está monitorizado,”</p> <p>P16. “na maioria das vezes, já há alguma monitorização”</p> <p>P19. “há casos em que está corretamente ajustado e monitorizado com as pás adequadas.”</p> <p>P21. “A monitorização é feita com o monitor do carro de emergência, maioritariamente com o desfibrilador”</p>
	Move	<p>P8. “o acesso venoso ainda não foi providenciado, o que atrasa o início das intervenções necessárias”</p> <p>P21. “é importante ter sempre acesso intravenoso pronto, para facilitar a administração de medicamentos. Já me aconteceu chegar e o doente não ter acesso, o que dificulta a nossa intervenção”</p> <p>P26. “o ideal seria que o paciente estivesse já com algumas medidas tomadas, como a monitorização do paciente, a administração de oxigénio, a obtenção de acessos venosos, claro.”</p> <p>P39. “Querem fazer um conjunto de coisas que não fazem com regularidade tudo de uma vez e acabam por se atrapalhar”</p> <p>P42. “Também assegurar o Move. a parte da monitorização, oxigénio e veia, que às vezes nem sempre conseguem. Já me</p>

		<p>aconteceu chegar e o doente não tinha acesso.”</p> <p>P42. “É importante ter essa noção de monitorização, oxigénio e veia.”</p> <p>P44. “Ter atenção à monitorização, oxigénio e veia, que às vezes nem sempre conseguem”</p> <p>P45. “devíamos apostar (...)método de trabalho baseado na utilização da mnemónica do ABCD e do move”</p> <p>P46. “(...) é muito importante arranjar um acesso”</p>
	Move positivo	<p>P34. “Sim, normalmente quando chegamos ou estão com o ambu ou já estão mesmo em manobras ou estão a tentar achar acesso porque o que tinham, não está funcionando, mas já estão a fazer alguma coisa e normalmente já estão a fazer bem”.</p> <p>P38. “Mas das outras vezes que fui, sabiam a medicação, já tinham o cuidado de ter arranjado os acessos, por isso não notei muitas dificuldades”</p>
	SBV	<p>P9. “Muitas vezes iniciam apenas compressões torácicas, mas outras medidas básicas ficam em falta”</p> <p>P9. “algumas manobras não são realizadas da forma mais eficaz”</p> <p>P11. “A competência de SBV é insuficiente.”</p> <p>P11. “há lacunas, nem sempre os passos do suporte básico de vida foram desencadeados”</p> <p>P18. “Frequentemente, iniciam apenas as compressões e deixam outras ações para segundo plano, como a aplicação do plano duro ou a ventilação”</p> <p>P19. “Há situações em que nem o básico do suporte está a ser bem implementado”</p> <p>P23.” nunca cheguei a encontrar uma situação onde os colegas já estivessem a realizar o suporte básico de vida no início”</p> <p>P26. “Isso é o que se pretende, quando se deteta uma paragem, que as manobras já estejam a ser feitas.”</p> <p>P33. “há falhas no suporte básico de vida (SBV), falhas nas manobras e na ventilação”</p> <p>P36. “Às vezes, temos que fazer reparos no suporte básico de vida”</p> <p>P33. “É essencial que a equipa perceba a gravidade da situação e execute o mínimo necessário, que é o suporte básico de vida. Sem isso, o resto não funciona”</p> <p>P38. “eu nunca cheguei que já estivessem a fazer. Iniciamos sempre só depois.”</p> <p>P39. “a sensação que tenho é que mais pessoas não estão proficientes no suporte básico de vida do que aquelas que estão.”</p>

		<p>P39. “Grande parte das vezes, o suporte básico de vida, nomeadamente as compressões, são mal-executadas.”</p> <p>P39. “Sendo a nível hospitalar e colocando o doente monitorizado com pás, devia ser pelo menos suporte básico de vida com DAE.”</p> <p>P43. “às vezes acontece-me chegar e efetivamente ainda não se iniciou as manobras porque estão ali atrapalhados na avaliação”</p> <p>P44. “há alguma dificuldade em pequenos pormenores das guidelines de suporte básico de vida em termos de prática”</p>
	Positivo	<p>P1. “Quanto ao suporte básico de vida, considero que os colegas executam corretamente”</p> <p>P5. “Normalmente há alguém a realizar suporte básico “</p> <p>P7. “os profissionais têm o cuidado de, pelo menos, iniciar a preparação do doente, posicionar o plano duro e colocar oxigénio.”</p> <p>P8. “já encontramos situações em que tudo estava bem preparado, como o carro de emergência montado e as medidas de suporte básicas de vida iniciadas”</p> <p>P11. “Há situações em que já está tudo adequado, incluindo o uso do DAE”</p> <p>P11. “Alguns passos são executados corretamente”</p> <p>P12. “quando realizam o suporte básico de vida, geralmente seguem as guidelines corretamente”</p> <p>P15. “Mas, no geral, sabem realizar compressões torácicas e outras medidas iniciais adequadas”</p> <p>P16. “no suporte básico de vida, os colegas têm boa formação e executam corretamente.</p> <p>P21. “sempre que cheguei a uma situação de paragem, o doente já estava monitorizado, e os colegas já estavam a realizar manobras de suporte básico de vida”</p> <p>P35. “Há serviços que já iniciaram o suporte básico, já iniciaram a cadeia e nós damos continuidade.”</p> <p>P42 “sempre que cheguei em situação de paragem, o doente já está monitorizado e os colegas já estão em manobras de suporte básico de vida.”</p>

Categoria	Subcategoria	Transcrição da Frase
Conhecimento do algoritmo		<p>P11. “ainda se observa alguma falta de atualização nos procedimentos.”</p> <p>P14. “há atrasos ou incompletude no que deveria ser feito previamente.”</p> <p>P27. “noto que as pessoas já fizeram o curso e sabem o básico: compressões, ventilação, mas há falhas”</p>

		P46. (...)” depois os conhecimentos não estão em dia o que agrava os cuidados.” P46. “acho que atualmente têm conhecimentos, mas não estão atualizados”
--	--	--

Categoria	Subcategoria	Transcrição da Frase
	Dificuldades na Abordagem ao doente	P14. “mas existem falhas nesse processo inicial” P25. “não está tudo montado como deveria estar, principalmente a nível de pessoal e de equipamento” P29. “a principal dificuldade, depois da ativação, é as pessoas perceberem claramente qual é a sua função” P20.” O importante é que todos saibam como iniciar uma resposta de emergência num ambiente de enfermaria. Isso inclui identificar a situação, ativar a equipa de emergência, e saber o que fazer nos primeiros minutos até que a equipa chegue” P26. “também notamos que a avaliação contínua falha a determinada altura.” P39. “acho que não poucas vezes tem que se utilizar algum tempo no apaziguar da situação para as pessoas tomarem as suas funções e as coisas começarem a funcionar normalmente. Leva menos de um ciclo a conseguir isso, mas as pessoas não estão preparadas de início para isso” P39. “o carro de urgência deveria estar preparado, o doente monitorizado, termos espaço para trabalhar à volta do doente. Acho que essa preparação podia ser melhorada para ser standardizada” P39. “Há muitas vezes que chegamos lá e não está nada feito”
	Abordagem inicial eficiente ao doente	P10. “Há equipas onde tudo está preparado, e as coisas fluem muito bem.” P14. “nunca notei problemas significativos nesse aspeto. Em geral, os colegas conseguem identificar o essencial” P15. “conseguem executar os passos básicos.” P23. “quando chegámos, o local estava preparado para a nossa intervenção.” P25. “chegamos, já esta tudo está completamente preparado,” P26. “notamos que há equipas com rotinas mais bem estabelecidas. As coisas acontecem de forma mais eficiente” P26. “É raro encontrar um paciente que não esteja monitorizado, com acessos preparados e com as manobras de reanimação em andamento.”

		P36. “acho que quando chegamos e já temos lá o carro e já começou alguma coisa, isso ajuda.” P39. “Há situações em que chegamos e as pessoas estão preparadas para a chegada da equipa diferenciada.”
--	--	--