



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

EQUIPA DE EMERGÊNCIA MÉDICA INTRA HOSPITALAR

UM PROJETO DE CRIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO

Adriana Filipa Azevedo Marques

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Adriana Filipa Azevedo Marques

EQUIPA DE EMERGÊNCIA MÉDICA INTRA HOSPITALAR

UM PROJETO DE CRIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora CLEMENTINA SOUSA

E coorientação da

Professora Mestre ARMINDA VIEIRA

VIANA DO CASTELO, MARÇO DE 2021

RESUMO

As equipas de emergência intra-hospitalar, inicialmente conhecidas como equipas de reanimação, surgiram com o objetivo primário de reverter paragens cardiorrespiratórias, que ocorriam dentro dos hospitais. Mais tarde, percebeu-se que o melhor caminho para diminuir a mortalidade e morbidade hospitalar é a prevenção desses eventos críticos, que em muitas situações podem ser potencialmente detetados e antecipados. Daí que, atualmente, a ativação destas equipas passa pela identificação de alterações de sinais vitais importantes e interpretados como deterioração clínica aguda.

Em Portugal, também se assistiu a essa evolução. Em 2010, por via da Circular Normativa nº 15/DQS/DQCO da Direção Geral de Saúde, as equipas de reanimação evoluíram para Equipas de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI), tendo como critérios de ativação todas as situações de paragem cardiorrespiratória acontecidas ou eminentes, assim como, disfunções agudas entendidas como potencialmente emergentes. Neste contexto, emerge a importância e a necessidade de solidificar um sistema integrado de resposta à emergência intra-hospitalar, que permita uma intervenção coordenada, eficaz e eficiente por parte de todos os profissionais de saúde, que se venha a traduzir em ganhos em saúde.

Como objetivo principal deste trabalho, pretende-se promover a criação e implementação da Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar, numa Unidade Hospitalar da região Norte do país, para uma intervenção precoce e diferenciada à pessoa em situação crítica, em contexto intra-hospitalar.

Para a sua realização, optou-se pela Metodologia de Projeto, uma vez que permite estudar um problema atual, centrada na investigação, análise e na implementação de estratégias para a sua resolução. Assim, iniciou-se com o diagnóstico de situação, através da aplicação de um questionário dirigido à equipa médica e de enfermagem e uma entrevista semiestruturada a elementos pertencentes aos órgãos de gestão hospitalar.

Os resultados do estudo diagnóstico salientam e reforçam a importância da implementação de equipas dedicadas para a abordagem em situações de emergência intra-hospitalar, uma vez que trará ganhos diretos para o doente, nomeadamente no que concerne a uma atuação mais rápida e diferenciada, refletindo-se na melhoria da qualidade dos cuidados, aumento da sobrevivência e diminuição de complicações imediatas e tardias; e que existem dificuldades na abordagem ao doente crítico, nomeadamente no que respeita à inexistência de uma metodologia de atuação, uniformização de protocolos e necessidade de um plano de formação contínua.

Depois de validar o objetivo do projeto pelo diagnóstico de necessidades, o plano de ação desenvolveu-se em sete atividades que permitiram desde a divulgação do projeto e dos resultados obtidos, à identificação dos recursos necessários à implementação da EEMI, bem como, a elaboração de um plano de formação para os profissionais que integram a EEMI e a apresentação de uma proposta de protocolo de atuação imediata e ativação da mesma.

Acreditamos que os resultados deste trabalho possam constituir a base de trabalho para a implementação da EEMI na referida Unidade Hospitalar, com o propósito da mudança de práticas e aperfeiçoamento dos cuidados, com vista à qualidade dos mesmos e à segurança do doente.

Palavras-Chave: Cuidados Críticos; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Emergência; Equipe Médica de Emergência.

ABSTRACT

In-hospital emergency teams, initially known as resuscitation teams, appeared with the primary goal of reversing cardiorespiratory arrest, which occurred within hospitals. Later, they realized that the best way to decrease hospital mortality and morbidity is the prevention of these critical events, which in many situations can potentially be detected and anticipated. Hence, currently, the activation of these teams goes through the identification of changes of important vital signs, considered as acute clinical deterioration.

In Portugal, this evolution has also been noted. In 2010, through Normative Circular nº 15/DQS/DQCO of the General Directorate of Health, resuscitation teams have evolved into In-Hospital Medical Emergency Teams, with activation criteria of all of cardiopulmonary arrest situations that occurred or are eminent, as well as acute dysfunctions understood as potentially emerging. In this context, the importance and the need to solidify an integrated response system to the intra-hospital emergency emerges, which allows a coordinated, effective and efficient intervention by all health professionals, which will translate into health gains.

As the main goal for this research, it is intended to promote the creation and implementation of an In-Hospital Medical Emergency Team, in a Hospital unit in the northern side the country, for an early and differentiated intervention to a person in a critical situation and in an in-hospital context.

For its realization, we opted for the Project Methodology, since it allows us to study a current problem, centered on investigation, analysis and implementation of strategies for its resolution. Thus, it started with the diagnosis of the situation, through the application of a questionnaire addressed to the medical and nursing team and a semi-structured interview with elements belonging to the hospital management bodies.

The results of the diagnostic study highlight and reinforce the importance of implementing dedicated teams to face in-hospital emergency situations, since it will bring direct benefits for the patient, particularly with a faster and differentiated performance, reflecting it on the improvement in the quality of care, in the increasing of survival and in the decreasing immediate and late complications; and that there are difficulties in approaching critically ill patients, namely when it comes to the lack of a working methodology, the standardization of protocols and the need for a continuous training plan.

After validating the project's goal through the needs diagnosis, the action plan was developed in seven activities that allowed, ever since the dissemination of the project and the results obtained, to the identification of the necessary resources for the implementation

of In-Hospital Medical Emergency Team, as well as the elaboration of a training plan for the professionals who are part of In-Hospital Medical Emergency Team and the presentation of a proposal for a protocol for immediate action and activation.

We believe that the results of this work can form the foundation of work for the implementation of In-Hospital Medical Emergency Team in the referred Hospital, with the purpose of changing practices and improving care, envisioning their quality and patient safety.

Keywords: Critical Care; Medical-Surgical Nursing; Emergency; Emergency Medical Team.

AGRADECIMENTOS

As palavras que aqui endereço são para mim de profundo sentido, por serem genuínas e dirigidas aos que de melhor tenho na vida: a família, os amigos e a Enfermagem.

A primeira referência vai para a **Professora Clementina Sousa e Professora Arminda Vieira**, orientadora e coorientadora deste trabalho de Mestrado, pelo apoio, disponibilidade, partilha de conhecimentos, por todo o incentivo e motivação. Agradeço todas as aprendizagens e crescimento pessoal, sobretudo pela sensibilidade, objetividade e perseverança com que sempre me ajudaram a definir este percurso.

Agradeço aos profissionais de saúde, **médicos e enfermeiros**, do Centro Hospitalar pela disponibilidade, colaboração, envolvência e receptividade e este projeto. Fica o sentimento de que o “meu” projeto é também o “nosso” projeto...

Aos meus **amigos**, pela presença constante, pela cumplicidade e por todo o estímulo. Os momentos por vezes de ausência, serão agora fortalecidos.

Por fim, aos **meus pais**,

À minha **irmã**,

Ao meu **marido**,

por todas as palavras de alento, por toda a inspiração, carinho e amor incondicional. Juntos, acreditamos sempre que tudo é possível na vida quando lhe é depositado toda a entrega e dedicação.

Com enorme gratidão, a todos o meu sincero **OBRIGADO!**

PENSAMENTO

“Recomeça... se puderes, sem angústia e sem pressa e os passos que deres, nesse caminho duro do futuro, dá-os em liberdade, enquanto não alcances não descanses, de nenhum fruto queiras só metade.”

Miguel Torga

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Cadeia de sobrevivência em PCR intra-hospitalar.....	30
Figura 2 – Algoritmo de funcionamento do sistema de resposta rápida intra-hospitalar...32	
Figura 3 – Algoritmo de reanimação intra-hospitalar.....	36
Figura 4 – Etapas da Metodologia de Trabalho de Projeto	54

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Caracterização dos profissionais quanto ao grupo profissional	64
Gráfico 2 – Caraterização dos profissionais quanto ao género	64
Gráfico 3 – Caracterização dos médicos quanto à categoria profissional.....	66
Gráfico 4 – Caracterização dos profissionais quanto à experiência profissional.....	67
Gráfico 5 – Caracterização dos profissionais quanto à experiência profissional, no Centro Hospitalar.....	67
Gráfico 6 – Distribuição dos profissionais quanto ao serviço onde exercem funções ...	68
Gráfico 7 – Número de vezes que teve intervenção ao doente em PCR	71
Gráfico 8 – Necessidade de contactar a equipa médica do SU para observação de doente crítico ou em PCR.....	71
Gráfico 9 – Dificuldade em contactar a equipa médica do SU.....	72
Gráfico 10 – Dificuldades dos profissionais na abordagem ao doente crítico ou em PCR	73
Gráfico 11 – Importância da existência de uma EEMI para intervenção ao doente crítico	73
Gráfico 12 – Ganhos na abordagem ao doente crítico ou em PCR efetuada pela EEMI	74
Gráfico 13 – Vantagens da implementação da EEMI na abordagem ao doente crítico....	75
Gráfico 14 – Importância do número telefónico interno para ativação da EEMI.....	76
Gráfico 15 – Vantagens para a uniformização do número de emergência médica intra-hospitalar	77
Gráfico 16 – Motivos pela qual não está implementada a EEMI na Unidade Hospitalar.....	77

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios de ativação da EEMI.....	39
Quadro 2 – População em estudo	58
Quadro 3 – Amostra em estudo.....	59

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Frequências relativas à formação especializada dos enfermeiros.....	65
Tabela 2 – Formação pós-graduada dos enfermeiros.....	69
Tabela 3 – Formação dos enfermeiros e médicos na abordagem ao doente crítico	70
Tabela 4 – Áreas de formação a desenvolver para integrar a EEMI	79
Tabela 5 – Benefícios da implementação da EEMI.....	80
Tabela 6 – Dificuldades à implementação da EEMI	82
Tabela 7 – Necessidades para a implementação da EEMI	84
Tabela 8 – Fatores facilitadores à implementação da EEMI	86
Tabela 9 – Análise SWOT	89

SUMÁRIO

Resumo.....	iii
Abstract.....	v
Agradecimentos	vii
Pensamento.....	viii
Índice de Figuras.....	ix
Índice de Gráficos	x
Índice de Quadros.....	xi
Índice de Tabelas.....	xii
Abreviaturas, Acrónimos e Siglas.....	xv
Introdução.....	17
CAPÍTULO 1 - EMERGÊNCIA INTRA-HOSPITALAR	21
1. O Cuidar da Pessoa em Situação Crítica.....	22
2. Emergência Intra-Hospitalar	28
2.1. Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar na Intervenção à Pessoa em Situação Crítica.....	30
2.2. Critérios de Ativação da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar.....	37
2.3. Recursos Humanos em Emergência Intra-Hospitalar	41
2.4. Equipamentos em Emergência Intra-Hospitalar.....	46
CAPÍTULO 2 - DA CONCEÇÃO À IMPLEMENTAÇÃO DA EEMI, NUMA UNIDADE HOSPITALAR	48
1. Justificação da Problemática	50
2. Metodologia de Projeto.....	52
2.1. Diagnóstico de Situação	54
2.1.1. Caracterização do Contexto Hospitalar	56
2.1.2. População e Participantes	57
2.1.3. Instrumentos de Diagnóstico	59
2.1.4. Análise dos Dados e Discussão dos Resultados	63
2.2. Objetivos	90
2.3. Planeamento da Ação e Execução do Projeto.....	91
2.4. Considerações Éticas.....	102
Conclusão.....	104
Referências Bibliográficas.....	109
ANEXOS.....	117
Anexo 1 - Parecer do Conselho de Administração e Comissão de Ética.....	118

Anexo 2 - Folha de Presenças na Ação de Formação	120
Anexo 3 - Questionário de Avaliação da Formação e Formador	123
Anexo 4 - Avaliação da Formação e Formador	126
Anexo 5 - Listas de verificação de fármacos, material e equipamento dos Carros de Emergência.....	131
Anexo 6 - Localização dos Carros de Emergência.....	140
Anexo 7 - Localização dos Sacos de Emergência do Adulto.....	145
APÊNDICES	147
Apêndice 1 - Solicitação aos Recursos Humanos do número de Médicos e Enfermeiros na Unidade Hospitalar, por serviço	148
Apêndice 2 - Questionário aos Médicos e Enfermeiros	150
Apêndice 3 - Informação ao participante do questionário.....	155
Apêndice 4 - Consentimento Informado para a participação no questionário	157
Apêndice 5 - Guião da Entrevista.....	159
Apêndice 6 - Transcrição das entrevistas.....	162
Apêndice 7 - Matriz da Análise de Conteúdo das Entrevistas	172
Apêndice 8 - Diagrama de Gantt.....	178
Apêndice 9 - Divulgação da Ação de Formação “Apresentação do Projeto de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Equipa de Emergência Intra-Hospitalar – Proposta de Criação e Implementação”	180
Apêndice 10 - Plano de Sessão da Formação	182
Apêndice 11 - Apresentação da Formação “Apresentação do Projeto de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Equipa de Emergência Intra-Hospitalar – Proposta de Criação e Implementação”	184
Apêndice 12 - Solicitação para a realização do turno de observação integrado na EEMI de uma Unidade Hospitalar do Minho	197
Apêndice 13 - Sinalética dos Critérios de Ativação da EEMI.....	199
Apêndice 14 - Protocolo de Atuação Imediata e Ativação da EEMI.....	201
Apêndice 15 - Solicitação da autorização ao Presidente do Conselho de Administração para a realização do estudo	212

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AHA – *American Heart Association*

BO – Bloco Operatório

CH – Centro Hospitalar

CHPVVC – Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde, EPE

CRRNEU - Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência

DGS – Direção Geral da Saúde

DQS – Departamento da Qualidade na Saúde

Ed. - Edição

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EPE – Entidade Pública Empresarial

ERC – *European Resuscitation Council*

FV – Fibrilhação Ventricular

GEM – Grupo de Emergência Médica

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

N.º – Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

p. – Página

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

TVsp – Taquicardia Ventricular sem pulso
UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UFF – Unidade Funcional de Formação
Vol. – Volume

INTRODUÇÃO

Os cuidados em saúde requerem uma estrutura organizada, onde se incluem pessoas e equipamentos, assentes em políticas, procedimentos e protocolos que, quando integrados, formam um sistema, objetivando a qualidade dos cuidados, a segurança e a satisfação do doente. Um sistema em saúde eficaz e eficiente engloba todos estes elementos - estrutura, processo e resultados. A melhoria contínua da qualidade na área da saúde é baseada na implementação e avaliação de variáveis que proporcionam uma adequada organização às instituições e implementação de sistemas que melhorem a atuação dos profissionais, sempre em busca do rigor, da disciplina e do compromisso no cuidar (Kronick, [et.al.], 2015).

A segurança do doente, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, tem assumido uma crescente preocupação para as Instituições e para os profissionais que nelas se incluem, cuja principal missão consiste na prestação de cuidados com elevado nível de efetividade e eficiência, baseados na melhor evidência.

A segurança em saúde é um problema atual e pertinente, fruto da preocupação de entidades de saúde internacionais, como a Organização Mundial de Saúde e nacionais, como a Direção Geral da Saúde (DGS). Em todo o processo de prestação de cuidados, a segurança do doente deve ser um objetivo primordial e sempre presente (Martins, 2017). Por outro lado, *“a melhoria da cultura de segurança do ambiente interno das instituições prestadoras de cuidados de saúde é um imperativo e uma prioridade consignada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde”* (Despacho n.º 1400-A/2015, p. 3882-(3)).

A qualidade na saúde assenta em várias dimensões, como a pertinência dos cuidados, a sua segurança, a sua aceitabilidade e acessibilidade e a sua prestação no momento adequado (Despacho n.º 1400-A/2015).

Mais qualidade e segurança no sistema de saúde implica um maior esforço de governação dos decisores e um maior envolvimento dos profissionais de saúde. Requer esforço de integração dos diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde, de forma a serem melhoradas as áreas da promoção da saúde e prevenção da doença, dos cuidados antecipatórios e da identificação precoce de fatores de risco (Despacho n.º 5613/2015).

Na Europa ocorrem todos os anos cerca de 300 000 paragens cardiorrespiratórias (PCR) em ambiente intra-hospitalar. Uma intervenção precoce e adequada pode diminuir a mortalidade e a morbilidade destes doentes, que sofrem um processo de deterioração

clínica progressivo, sendo esta premissa uma realidade presente e consensual dos dias de hoje (Despacho n.º 9639/2018). A implementação de mecanismos organizacionais que permitam a rápida identificação da emergência e uma intervenção atempada, tornam-se assim cruciais. O *European Resuscitation Council* (ERC, 2021) preconiza a implementação de sistemas de emergência para a identificação precoce da pessoa em situação crítica e, assim, prevenir situações agudas que rapidamente evoluem para PCR (Soar, [et.al.], 2021). Para isto, é imperativo a necessidade da implementação de Equipas de Emergência Médica Intra-hospitalares (EEMI), que permitam uma intervenção rápida e o mais precoce possível. A evidência científica disponível neste âmbito, demonstra que atrasos na resposta prestada pela EEMI encontra-se associada a taxas de sobrevivência mais reduzidas. 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 *outcome* do doente (Despacho n.º 9639/2018).

Os profissionais que integram as EEMI devem deter competências avançadas em técnicas de reanimação, sendo ativados não só para situações em que se verifica a PCR, mas também para situações de deterioração fisiológica aguda. Os sinais de deterioração clínica, quando presentes, refletem-se em falência do sistema respiratório, cardiovascular e/ou neurológico. Estas equipas foram concebidas para proceder a uma avaliação clínica rápida de doentes em que estão presentes esses sinais de alerta, com o objetivo maior de impedir a sua progressão para eventos críticos graves e, posteriormente, a morte (Jones, [et.al.], 2011).

Compete ao Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), unidade orgânica nuclear da DGS, emitir normas e orientações para a melhoria da prestação de cuidados, sobretudo no que se refere aos cuidados de saúde primários e hospitalares, bem como certificar e divulgar a qualidade da prestação de cuidados de saúde nesses mesmos locais, coordenando o sistema de qualificação das Instituições (Despacho n.º 3635/2013). Assim, em 2010, a DGS determinou, a criação e implementação a nível nacional da EEMI, elaborando a circular normativa nº 15/DQS/DQCO, de 22 de junho. A presente circular previa que a implementação das EEMI deveria ser estendida a todo o território nacional até final de 2011, nos hospitais do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Apesar da existência da referida norma, em alguns hospitais ainda não foram reunidas condições para a criação e implementação destas equipas, contudo noutros, esta realidade está presente já há alguns anos.

Numa Unidade Hospitalar da região norte de Portugal, em que por diversas vezes são verificadas situações emergentes de deterioração clínica ou até mesmo de PCR em

doentes internados e que não está implementada a EEMI até à presente data, é consensual nos profissionais de saúde a preocupação quanto à forma de atuação perante estas situações. Estas preocupações, decorrentes da prática profissional, bem como, das competências/responsabilidades do Enfermeiro Especialista na Área da Pessoa em Situação Crítica (Regulamento 429/2018), encontram-se sobretudo relacionadas com a não existência de um número telefónico ativo, direto e de fácil acesso em situação de emergência, com a falta de apoio de uma equipa diferenciada, bem como a rapidez e eficácia na atuação ao doente crítico¹. Partilhando e vivenciando estas preocupações e reconhecida a importância da atuação destas equipas de emergência médica, emergiu a necessidade de desenvolver este estudo.

Por todas estas inquietações e pelos desafios cada vez mais exigentes que se colocam no exercício do cuidar à pessoa em situação crítica, é objetivo deste estudo promover a criação e implementação da EEMI, numa Unidade Hospitalar da região norte.

Com este trabalho pretende-se melhorar a abordagem à pessoa em situação crítica em ambiente intra-hospitalar, diminuir o risco de complicações major e aumentar as taxas de sobrevivência. Para dar resposta a este propósito optou-se pela Metodologia de Projeto que se define como um “(...) conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada de um processo de transformação real” (Guerra, 1994, in Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010, p.3). Sendo esta uma metodologia centrada na resolução de problemas e perspetivando a implementação de mudanças, permite em simultâneo, a aquisição de conhecimentos e competências de intervenção ao concretizar um projeto no contexto real de trabalho, (Boutinet, 1997; Many e Guimarães, 2006; Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

A construção desta investigação, sustentada na Metodologia de Projeto, desenvolve-se num conjunto de etapas, tendo o seu início no diagnóstico de situação onde se identifica o problema, necessidades existentes, possibilidades de intervenção e estabelecem-se prioridades, definem-se os objetivos para o planeamento das ações, seguindo-se a sua avaliação e, posterior, divulgação dos resultados (Many e Guimarães, 2006).

Optou-se, assim, por esta metodologia, por considerar-se de enorme importância a sua contribuição para a evolução das equipas prestadoras de cuidados, permitindo-nos ser mentores da mudança efetiva, que é essencial e inadiável na prestação de cuidados ao doente crítico, nos dias de hoje.

¹ Ao longo deste trabalho, dá-se preferência à terminologia “doente crítico”, embora se deva considerar como sinónimo a expressão “pessoa em situação crítica”, de acordo com a bibliografia consultada.

Este trabalho de projeto constituir-se-á impulsionador na implementação de estratégias para a criação de uma equipa diferenciada e com meios de atuação adequados, que permitirá uma intervenção rápida e eficiente perante situações de emergência intra-hospitalar, sendo esta a sua principal finalidade. Desta forma, espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para uma maior segurança na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, colmatando as dificuldades e constrangimentos que os profissionais, nomeadamente de Enfermagem, sentem e manifestam perante estas situações.

A concretização deste projeto torna-se ainda mais pertinente, uma vez que, atualmente no Centro Hospitalar (CH) decorre um processo de certificação e acreditação em qualidade, que tem como objetivo estratégico obter a acreditação pelo Modelo ACSA – *Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía*, por ser considerado o que melhor se coaduna com os critérios definidos na Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde, de modo a que sejam realçadas as melhores práticas e reconhecida a excelência da Instituição, numa evolução progressiva da melhoria contínua da qualidade. Com isto, ambiciona-se consolidar uma cultura de qualidade e segurança, fortalecendo a confiança das pessoas e dos profissionais de saúde, nas Instituições prestadoras de cuidados de saúde (DGS, 2014). A constituição e implementação de uma EEMI, que dê resposta à emergência interna e à assistência à pessoa em situação crítica, é uma peça fundamental e necessária em todo este processo de acreditação.

Conscientes de que o percurso nem sempre será retilíneo e que os limites e dificuldades estão inerentes ao desenvolvimento de qualquer projeto, a principal aspiração impõe-se na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, uma vez que só assim é que se pode afirmar uma identidade profissional e proporcionar cuidados personalizados e humanizados aos doentes.

O presente trabalho, encontra-se estruturado em três partes principais. Na primeira parte, desenvolve-se a construção do objeto de investigação pelo enquadramento teórico que dará fundamento à área em estudo, em que se abordam questões relacionadas com o doente crítico, competências e intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, génese da EEMI e contributos da sua intervenção. Na segunda parte, referente ao percurso metodológico, com referência à problemática e Metodologia de Trabalho de Projeto, partindo para o diagnóstico de situação, objetivos, construção de um plano de ação e a reflexão sobre as questões éticas que envolvem estudos de investigação. Por último, apresentam-se as considerações finais com referência aos contributos deste estudo para a prática, salientando-se uma perspetiva de continuidade.

CAPÍTULO 1
EMERGÊNCIA INTRA-HOSPITALAR

1. O CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Os desenvolvimentos tecnológicos e científicos em resposta às necessidades em cuidados de saúde, cada vez mais complexas, proporcionaram um avanço nos meios de diagnóstico e tratamento, o que tem permitido aumentar a probabilidade de sobrevivência das pessoas vítimas de PCR, assim como melhorar a condição de vida de todos aqueles que sobrevivem a estes eventos. Mais do que em qualquer outra época, este avanço tecnológico, aliado à evolução do conhecimento em saúde, oferece oportunidades que elevam a possibilidade de salvar vidas e a longevidade (Regulamento n.º 429/2018).

O número crescente de doenças com início súbito e as crónicas que agudizam, o aumento e a complexidade dos 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).

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, os enfermeiros no seu exercício profissional, objetivam a prevenção da doença e a promoção dos processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida, a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2001). O enfermeiro centra toda a sua atividade profissional numa relação interpessoal para com uma pessoa ou um grupo de pessoas (Regulamento n.º 190/2015).

Inerente à sua prática profissional, os enfermeiros inserem-se num contexto de atuação multiprofissional. Assim, na prestação de cuidados de Enfermagem são reconhecidos dois tipos de intervenções: as intervenções interdependentes, que são prescritas por outros profissionais de saúde e as intervenções autónomas, que são iniciadas e prescritas pelos próprios enfermeiros, sendo que a prescrição e implementação destas últimas são da sua exclusiva responsabilidade (OE, 2001). Após a identificação das necessidades da pessoa e através da implementação de intervenções de Enfermagem, cabe ao enfermeiro, norteador pela sua tomada de decisão, *“evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados”* (Regulamento n.º 190/2015, p.10087). Nas intervenções de Enfermagem autónomas ou interdependentes, o enfermeiro tem autonomia para decidir sobre a sua implementação, tendo por base os

conhecimentos técnico-científicos que detêm, a identificação das necessidades do doente, os benefícios, os riscos e os problemas potenciais que dessa implementação possam advir.

De acordo com o parecer do Conselho Jurisdicional n.º 121/2012 da OE (2013, p.1),

“o Enfermeiro possui formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação, particularmente em contexto de maior complexidade e constrangimento, sendo detentor de competências específicas que lhe permitem atuar de forma autónoma e interdependente, integrado na equipa de intervenção de emergência”.

Atendendo à diversidade das problemáticas em saúde cada vez mais complexas e à exigência cada vez maior de padrões de qualidade na assistência em saúde, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica assume-se como uma mais-valia na implementação de cuidados especializados de qualidade (Regulamento n.º 361/2015). Tendo em consideração que a área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem como alvo de atuação o doente crítico, o enfermeiro especialista,

“responde eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 429/2018, p.19368).

As competências do Enfermeiro Especialista à Pessoa em Situação Crítica, 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. 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).

Tendo por base o valor inestimável da vida humana, os princípios éticos e deontológicos dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, e o desenvolvimento das ciências da saúde e da Enfermagem, conjugam-se no sentido de manter, melhorar e recuperar a saúde do indivíduo, ao longo do seu ciclo vital.

Objetivando a melhoria da qualidade de vida das pessoas, os cuidados especializados na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica,

“exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos (...)” (Regulamento n.º 429/2018, p.19362).

Assim, segundo o mesmo regulamento,

“a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, p.19362).

A Ordem dos Médicos (OM) e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) (OM e SPCI, 2008, p.9), definem doente crítico como *“aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica”*. Estes doentes encontram-se na iminência de falência múltipla de órgãos, onde a capacidade de adaptação e a reserva fisiológica para alterações súbitas é praticamente inexistente, ficando suscetíveis a grandes instabilidades hemodinâmicas e, como consequência, ocorre uma deterioração, que tem um efeito multiplicativo no agravamento da situação clínica (Graça, [et.al.], 2017). A avaliação diagnóstica e a monitorização constantes reconhecem-se de importância máxima na abordagem ao doente crítico, sendo fundamental para detetar alterações de parâmetros fisiológicos, orientar as decisões terapêuticas bem como, para avaliar a resposta às medidas instituídas, contribuindo para a melhoria dos cuidados implementados (Regulamento n.º 361/2015).

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica,

“os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento n.º 429/2018, p.19362).

Assim, o Enfermeiro Especialista à Pessoa em Situação Crítica antecipa, prevê e identifica, o mais precocemente possível, problemas potenciais da pessoa em situação crítica, por forma a prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para minimizar e até mesmo evitar efeitos indesejáveis. (Regulamento n.º 361/2015).

Paralelamente, a Organização Mundial de Saúde (2008), descreve que a pessoa que vivencia uma situação de emergência é aquela que por doença, ferimentos ou por outras circunstâncias se encontra em perigo iminente de vida, a menos que lhe seja instituído um tratamento de emergência com monitorização adequada à sua situação clínica, por forma a transportar o doente para os locais mais adequados, com o intuito de providenciar um tratamento médico mais dirigido.

Os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados que se revestem de uma importância máxima, que englobam uma avaliação diagnóstica e uma monitorização constantes e regular, com o intuito de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo dos cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Coimbra e Amaral, 2016).

A pessoa em situação crítica exige na maioria das vezes cuidados de saúde emergentes, em que existe uma linha muito ténue entre a vida e a morte. 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”*.

Por outro lado, a Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência (CRRNEU) faz uma distinção entre o conceito de urgência e emergência, definindo urgência como uma situação clínica *“que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa)”* e, por emergência como uma situação em que *“existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo”* (Paiva, 2012, p.8).

O Regulamento n.º 226/2018 (p. 10759) designa que urgência *“são todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as menos graves até às mais graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais, que exigem avaliação e intervenção em curto espaço de tempo”* e que emergência *“são todas as situações clínicas de instalação súbita, em que existe, o compromisso, estabelecido ou iminente de uma ou mais funções vitais, que exigem avaliação e intervenção imediatas”*.

Por sua vez, o Regulamento n.º 429/2018 (p.19362) considera que,

“uma situação de emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida. A assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata”.

Na literatura anglo-saxónica é geralmente efetuada a distinção entre o que é urgente e emergente. Assim, pode-se entender que urgência médica é uma situação clínica que requer uma intervenção num curto espaço de tempo, mas que não representa uma ameaça imediata para a vida da pessoa e que a emergência, é uma situação clínica em que essa ameaça está bem presente e que se traduz em risco imediato para vida ou para a saúde da pessoa.

A Enfermagem de Urgência caracteriza-se pela diversidade de conhecimentos, de doentes e de processos patológicos. Os cuidados de Enfermagem de Urgência são geralmente episódicos e vitais, prestados em situações graves (Patrick, 2011). Para a mesma autora, a Enfermagem de Urgência é “(...) a prestação de cuidados a pessoas, de todas as idades, com alterações da saúde física ou psíquica, reais ou intuídas, não diagnosticadas ou que requeiram outras intervenções” (Patrick, 2011, p.4). Constitui uma prática de cuidados sistemática, que inclui o processo e o diagnóstico de Enfermagem, tomada de decisão, pensamento científico, analítico e investigação (*Idem*).

A abordagem à pessoa em situação crítica requer a atuação de uma equipa multidisciplinar para uma rápida e adequada intervenção de forma a garantir a sua estabilização e tratamento. Como membro da equipa multidisciplinar, o enfermeiro no exercício das suas funções deve “*atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde (...) e trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde*” (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005, p.151). Como elemento integrado numa equipa, o enfermeiro atua de forma responsável na tomada de decisão sobre a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos cuidados (*Idem*). Assim, o enfermeiro especialista, no seu exercício profissional e tendo em conta a sua formação especializada, reconhece e referencia situações problemáticas que identifica como sendo potenciais complicações para a saúde da pessoa, para outros profissionais da equipa envolvidos no processo de cuidados à pessoa em situação crítica, atuando sempre em complementaridade (Regulamento n.º 361/2015). De acordo com as suas competências acrescidas e inserido na equipa multiprofissional, o enfermeiro especialista atua, antecipa e identifica necessidades de intervenção na prestação de cuidados, desenvolve medidas de resposta a essas necessidades, implementa protocolos e, posteriormente, avalia a sua aplicabilidade na prática, analisando os resultados obtidos. A conjugação da atuação de uma equipa multidisciplinar ao doente crítico, tem como objetivo a efetividade no tratamento e nos cuidados, pelo que esta articulação e interdependência se revelam imprescindíveis no resultado final.

Os avanços no conhecimento requerem ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica que desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências científicas, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem, com vista a potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização (Regulamento n.º 429/2018). Assim, a crescente complexidade dos cuidados implica um maior investimento na aquisição de conhecimentos e competências, que permita tomar decisões cada vez mais complexas, exigentes e com maior segurança na prestação de cuidados (Patrick, 2011).

Por tudo isto, na abordagem à pessoa em situação crítica, reconhecer e identificar os sinais e sintomas que antecipam a deterioração do doente é um verdadeiro desafio que se coloca às equipas, exigindo uma intervenção antecipada e uma tomada de decisão, de forma a evitar o colapso do doente e a evolução para PCR, pelo que é fundamental a existência de equipas de emergência intra-hospitalares para auxiliar e suportar uma intervenção adequada, cuja abordagem compõe o ponto seguinte.

2. EMERGÊNCIA INTRA-HOSPITALAR

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo. Na Europa, representam cerca de 45% de todas as mortes e na União Europeia representam cerca de 37%. Todos os anos, ocorrem 3,9 milhões de mortes na Europa por doenças cardiovasculares e mais de 1,8 milhões na União Europeia, pela mesma causa (Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), 2019).

A PCR surge como a terceira causa de morte na Europa, associada a fenómenos de morte súbita (Grasner, [et.al.], 2021). Só na Europa, pode atingir entre 350.000 a 700.000 indivíduos, por ano (INEM, 2019). Segundo a mesma fonte, estima-se que em Portugal, anualmente 10 mil pessoas são vítimas de morte súbita.

A incidência de fenómenos causados por PCR em contexto hospitalar é variável, podendo ocorrer em cerca de 1,5 a 2,8 casos por 1000 internamentos (Grasner, [et.al.], 2021). Iniciar de imediato as manobras de SBV e desfibrilhar (quando indicado) até 3 minutos após a PCR pode aumentar a sobrevivência em 50 a 70% (INEM, 2019; Soar, [et.al.], 2021). 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).

Sabe-se hoje que cerca de 50% destas ocorrências são potencialmente evitáveis, uma vez que existe frequentemente uma deterioração clínica progressiva (*Idem*). Assim, 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 *outcome* (INEM, 2019; Despacho n.º 9639/2018).

A PCR intra-hospitalar, geralmente não ocorre como 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 hipoxémia e hipotensão (Soar, [et.al.], 2021). O único tratamento verdadeiramente eficaz em situações de PCR que surgem como Fibrilhação Ventricular (FV) ou Taquicardia Ventricular sem pulso (TVsp) é a desfibrilhação elétrica, cuja eficácia decresce em cerca de 10% por cada minuto percorrido (*Idem*). 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 (*Idem*).

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. 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 frequência cardíaca 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). 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*).

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 percentagem de doentes que tem alta para o domicílio pós-PCR intra-hospitalar é inferior a 20% (Bossaert, *[et.al.]*, 2015). Daí ser imperiosa a sua prevenção.

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).

De acordo com as últimas recomendações da *American Heart Association* (AHA) (2020), devem existir diferentes cadeias de sobrevivência para doentes vítimas de PCR, dentro do hospital e extra-hospitalar. 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, reanimação cardiopulmonar imediata de alta qualidade, desfibrilhação, cuidados pós-PCR e recuperação como está representado na figura 1 (Lavonas, *[et.al.]*, 2020).



Figura 1 – Cadeia de sobrevivência em PCR intra-hospitalar

Fonte: Lavonas, [et.al.] (2020), Diretrizes de RCP de AHA (2020)

Na cadeia de sobrevivência, o enfermeiro assume um papel fundamental, pela capacidade de detecção e reconhecimento, cabendo-lhe a responsabilidade de antecipar e sinalizar situações de deterioração fisiológica dos doentes, podendo assim prevenir a PCR.

2.1. Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar na Intervenção à Pessoa em Situação Crítica

As EEMI foram desenvolvidas de forma a garantir uma resposta adequada a estes eventos de deterioração fisiológica emergentes, que ocorrem dentro das Unidades Hospitalares (Lavonas, [et.al.], 2020). O estudo desenvolvido por Difonzo e Bisceglie (2015), em que analisaram doentes com instabilidade fisiológica, internados em enfermarias hospitalares, concluiu que nem sempre estes tiveram uma resposta adequada ou uma abordagem em tempo útil às suas situações de agravamento clínico, antes de serem implementadas equipas de emergência interna.

O conceito de EEMI, também reconhecida como equipa de resposta rápida ou equipa de reanimação, foi desenvolvido nos inícios da década de 90 em vários hospitais da Austrália, América do Norte e só mais tarde na Europa Ocidental (Moreira, [et.al.], 2018; Czempik, [et.al.], 2019). Após terem verificado que os doentes desenvolvem sinais de deterioração clínica que antecedem a PCR, levou à necessidade de repensarem uma estratégia de intervenção precoce. Inicia-se assim uma mudança de paradigma, em que o objetivo primário deixou de ser a intervenção na ressuscitação cardiorrespiratória, depois de verificada a PCR, mas sim atuar na prevenção com uma detecção antecipada

perante sinais de instabilidade, criando-se assim uma cultura preventiva (Moreira, [et.al.], 2018; INEM, 2019).

Inicialmente, estas equipas eram descritas como equipas de reanimação, no entanto, com esta mudança de paradigma para a prevenção de eventos críticos, passaram a ser descritas como equipas de emergência intra-hospitalares, integradas em sistemas de resposta rápida (Leach e Mayo, 2013). As equipas de emergência intra-hospitalares 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).

Em junho de 2005, foram reavaliados os modelos de gestão organizacional da emergência intra-hospitalar, desenvolvida na Austrália, Estados Unidos, Canadá, Grã-Bretanha e em muitos outros países, resultando um conjunto de recomendações da *First Consensus Conference on Medical Emergency Team*. Desta Conferência, o modelo consensual proposto defende que, para além da criação de equipas de emergência médica, é também necessário a criação de todo um sistema de resposta que engloba quatro componentes fundamentais:

- **a via aferente**, que consiste na monitorização e vigilância clínica, na deteção dos sinais de instabilidade no doente, no conhecimento dos critérios de ativação da equipa de emergência e na rapidez da ativação da mesma;
- **a via eferente**, que consiste na intervenção de uma equipa especializada de resposta rápida e que vai ser responsável pela avaliação e tratamento dos doentes em situação crítica, em ambiente intra-hospitalar;
- **a via administrativa**, que é responsável por supervisionar e monitorizar a qualidade da resposta efetuada, garantindo a eficiência do sistema;
- **a via para a melhoria do processo**, que é responsável pela recolha dos dados para determinar a taxa de eventos, os recursos necessários e os resultados atingidos (DeVita, [et.al.], 2010; Winters [et.al.], 2013; Difonzo e Bisceglie, 2015), como demonstra a figura 2.

De salientar que, como referem os mesmos autores, a componente aferente é o motor desencadeador de todo o processo, em que há o reconhecimento do evento adverso, pelo que lhe deve ser dada particular importância na implementação de um sistema intra-hospitalar de emergência.

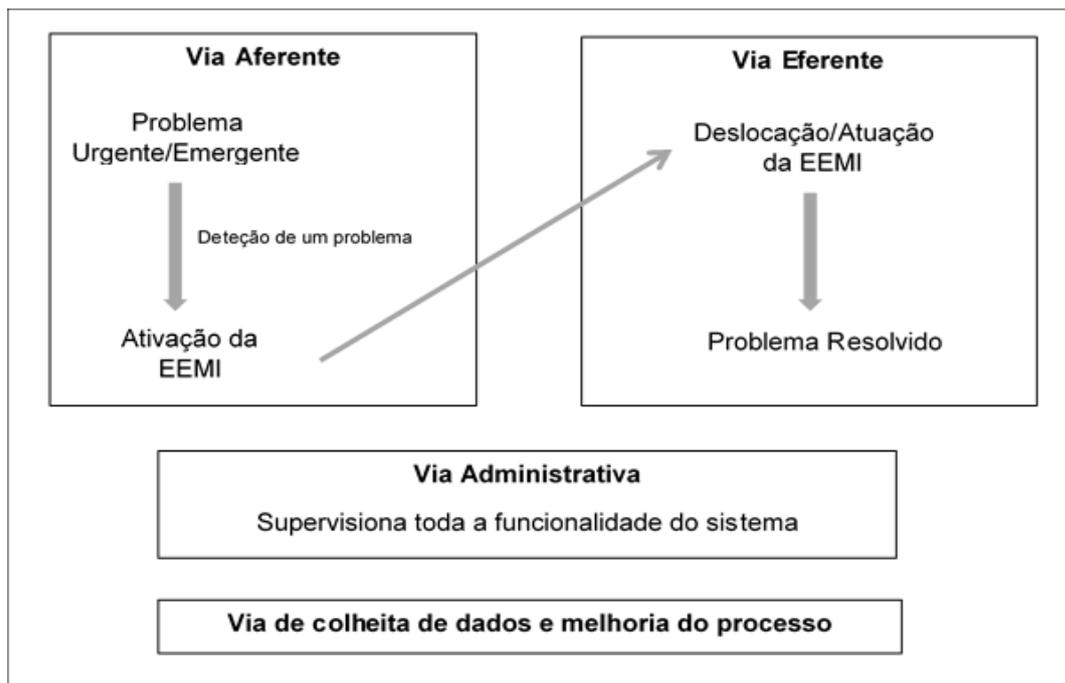


Figura 2 – Algoritmo de funcionamento do sistema de resposta rápida intra-hospitalar

Fonte: Adaptado de Difonzo e Bisceglie (2015)

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, em que a sua atuação se traduza em resposta rápida, de forma a lograr a sobrevivência do doente. Como já anteriormente referido, a melhor forma de aumentar a probabilidade de sobrevivência de um doente após PCR, é prevenir que esta se instale (INEM, 2019). Por esta razão, a criação e implementação da EEMI é uma importante medida com o objetivo central de diminuir as taxas de PCR e, conseqüentemente, a mortalidade dentro das Unidades Hospitalares por esta causa (Despacho n.º 9639/2018).

A existência da EEMI melhora as percentagens de morbilidade e mortalidade intra-hospitalar, ao propor metodologias de sistematização da avaliação dos doentes críticos e uma intervenção precoce por parte de equipas diferenciadas. Contudo, em Portugal, a criação e implementação de EEMI é ainda uma realidade recente comparativamente com o panorama internacional (Valente, *et.al.*, 2017). Num hospital português, onde a EEMI foi criada e implementada desde 2013, foram analisadas as ocorrências da mesma durante 4 anos consecutivos. Constataram uma taxa média de melhoria clínica de 57% dos casos que foram alvo de intervenção da EEMI, com tempos de resposta média abaixo dos 2 minutos. Verificaram ainda uma redução da mortalidade superior a 1 ponto percentual, passando de 7,05% (antes da implementação da EEMI) para 5,90%, após os

4 anos da implementação da mesma (*idem*). Estes dados corroboram os estudos internacionais que evidenciam o importante papel destas equipas, na diminuição das taxas de morbilidade e mortalidade, com ganhos em saúde para a população.

Em 2016, foi desenvolvido um projeto piloto na Polónia onde pretenderam introduzir as equipas de emergência médica, em 25 hospitais. Com a introdução de EEMI nesses hospitais pretenderam a identificação precoce de doentes em risco de deterioração súbita do estado de saúde, bem como a rápida determinação e implementação de estratégias de gestão adequadas. Aqui, foi dada uma responsabilidade fundamental aos enfermeiros que constituem a via aferente do sistema, uma vez que iniciam todo o processo de ativação da equipa, encontrando-se estes profissionais na primeira linha de atuação (Szczeklik, *[et.al.]*, 2019). Szczeklik e seus colaboradores (2019), 6 meses após o início do referido projeto, incluíram cerca de 1000 participantes no seu estudo. Destes fizeram parte elementos que constituem a via aferente e eferente do processo, outros enfermeiros e médicos, elementos com mais e menos de 15 anos de experiência profissional e, ainda, profissionais que trabalham em UCI e restantes serviços. Com este estudo, os investigadores concluíram que a grande maioria dos participantes consideraram que, após a introdução das EEMI, a rapidez de atuação em doentes de alto risco aumentou, melhorou o conforto, a segurança e a satisfação dos profissionais no trabalho e, conseqüentemente, melhorou a segurança e a qualidade dos cuidados para o doente. Por outro lado, quanto ao aumento da carga de trabalho, as opiniões divergiram-se. Uns consideraram que esta não aumentou após a introdução destas equipas, ao contrário de outros que consideraram esta ter aumentado. No entanto, mesmo os que consideraram que a carga de trabalho aumentou, associaram-na a uma maior satisfação no trabalho, uma vez que esta reflete a dedicação e empenho das equipas que constituem a via eferente do sistema, fomentando a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Na Arábia Saudita, num estudo sobre os resultados da implementação das equipas de emergência médica, concluíram igualmente que a sua implementação foi significativamente associada à redução da taxa de internamentos em UCI por PCR e, conseqüentemente, redução da mortalidade em todo o hospital. Após a implementação das referidas equipas nestes hospitais, a taxa de PCR diminuiu de 10.53 para 2.58, por cada 1000 internamentos. Por sua vez, a taxa de mortalidade hospitalar desceu de 7.8 para 2.8, por cada 1000 internamentos (Al-Omari, *[et.al.]*, 2019). Estes dados vêm reforçar as evidências de que a atuação destas equipas é uma importante medida na redução das taxas de eventos por PCR e, portanto, na mortalidade hospitalar.

Para além da obtenção de melhores percentagens de sobrevivência após PCR, outras vantagens da implementação das EEMI foram descritas, como a redução de transferências de situações de emergência não planeadas para as UCI, menor tempo de internamento em UCI e redução das taxas de morbilidade e mortalidade pós-operatória (Etter, Takala e Merz, 2014).

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 pessoa em situação crítica e garantem uma equipa organizada para situações de emergência clínica (OE, 2017).

Como refere Kronick, [et.al.] (2015), os eventos críticos são mais comuns em enfermarias gerais, fora das UCI, onde o rácio de enfermeiro por doente é menor e a monitorização dos doentes é menos rigorosa. As estratégias para melhorar o reconhecimento da deterioração clínica do doente incluem uma vigilância de parâmetros vitais periódica, com recurso a 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). Uma avaliação contínua, rigorosa e apropriada, constitui a base para a implementação de intervenções. É essencial uma abordagem sistemática à avaliação do doente, de forma a reconhecer de imediato situações com risco de vida, identificar sinais e sintomas de uma doença ou de um traumatismo específico e definir a prioridade dos cuidados (Steinman, 2011).

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. Estas variáveis de monitorização incluem a frequência cardíaca, a pressão arterial, 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*).

Reconhecida a importância da intervenção das equipas de emergência médica na abordagem ao doente crítico, a DGS emitiu em 2010 a Circular Normativa que recomenda a criação e implementação de uma EEMI em todos os hospitais do SNS, para dar resposta

aos eventos críticos e diminuir a variabilidade da taxa de mortalidade durante o período da noite e dias de fim-de-semana (DGS, 2010). Os critérios que servem de orientação à criação e implementação das equipas foram definidos e emanados na referida Norma, onde é explicitado que para a sua eficácia deve ser investido num programa de formação adequado a todos os profissionais das Instituições Hospitalares, bem como numa estratégia de monitorização clínica dos doentes internados.

Em Portugal, foram várias as Unidades Hospitalares que desenvolveram e implementaram sistemas internos de resposta de emergência médica, identificando e corrigindo atempadamente fatores de instabilidade. Independentemente do modelo, estes sistemas têm pelo menos na sua base um ramo aferente e um eferente, sendo que as EEMI, na sua atuação, constituem o ramo eferente de todo o processo (Barbosa, [et.al.], 2016). O reconhecimento do doente em risco de falência multiorgânica e a rápida ativação do sistema de emergência interna tornam-se, assim, fulcrais.

As intervenções de atuação imediata após a verificação da deterioração clínica do doente, estão também descritas na Circular Normativa da DGS (2010), onde incluem as ações que devem ser tomadas em consideração, desde o reconhecimento dos sinais de instabilidade, até à ativação da EEMI propriamente dita. Assim, os profissionais de saúde dos serviços de internamento, na abordagem ao doente crítico e de forma sequenciada, devem ter em consideração as seguintes intervenções:

1. Assegurar a própria segurança.
2. Verificar se o doente responde.
3. Pedir ajuda de imediato, caso o doente aparente estar inconsciente.
4. Se o doente está consciente deve:
 - a. Proceder a uma avaliação clínica urgente. Iniciar oxigenoterapia, monitorizar e cateterizar uma veia periférica;
 - b. Iniciar outras medidas diagnósticas e terapêuticas adequadas ao estado do doente e à sua patologia;
 - c. Manter nível de monitorização adequado ao estado clínico;
 - d. Chamar o médico residente, quando existir;
 - e. Ativar a EEMI.
5. Se o doente está inconsciente deve:
 - a. Pedir ajuda (se ainda não o fizeram) e assegurar que a EEMI é ativada;
 - b. Cumprir algoritmo de Suporte Básico de Vida (SBV).

Fonte: DGS (2010), Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO

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, como está representado na figura 3.

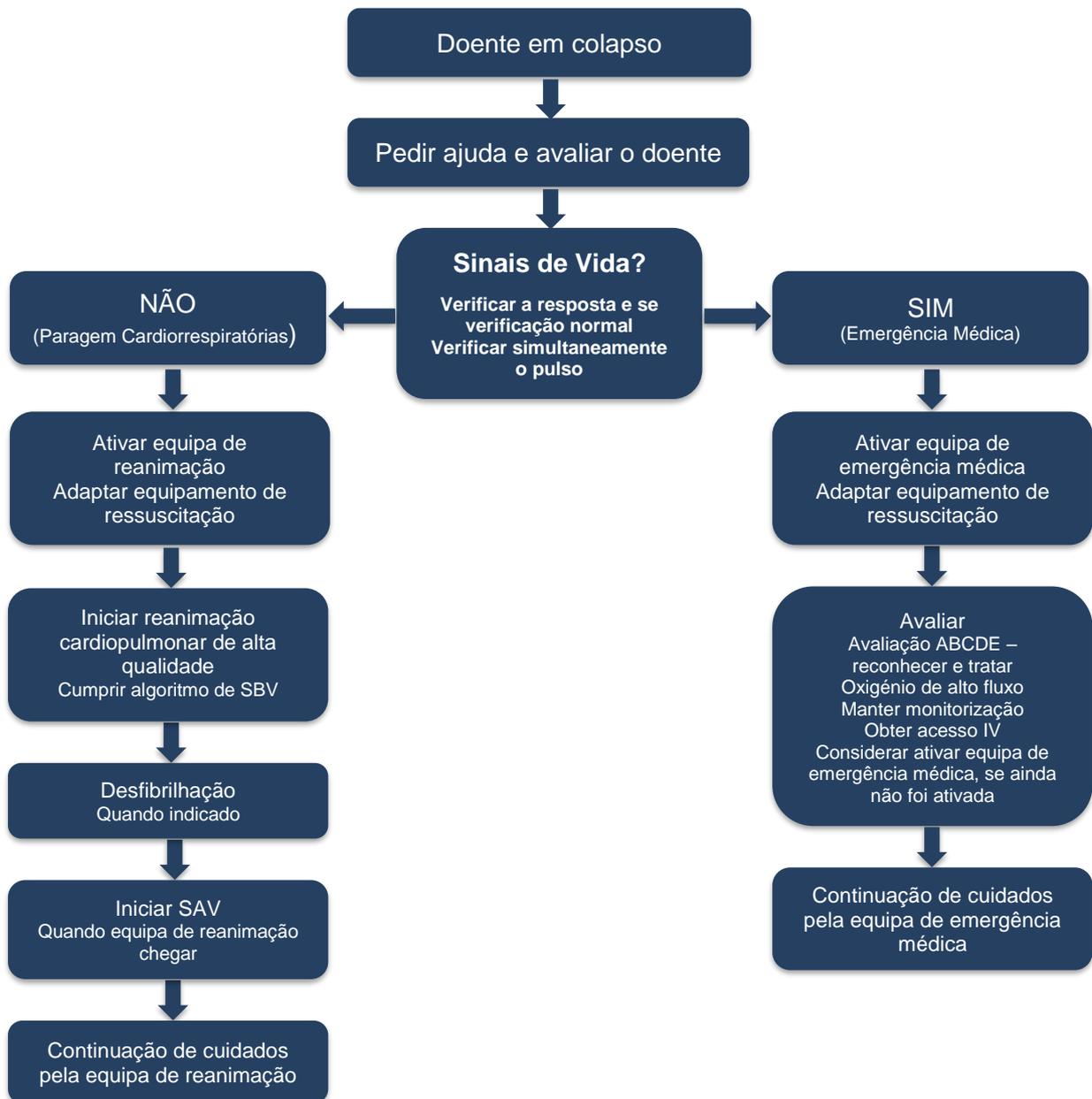


Figura 3 – Algoritmo de reanimação intra-hospitalar

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

Numa revisão da literatura, Moreira e seus colaboradores (2018) analisaram quais os principais fatores que interferem no desempenho das equipas de emergência intra-hospitalar. As barreiras socioculturais com a presença de hierarquias e crenças interprofissionais, as políticas institucionais, a composição e a capacidade da própria equipa de emergência intra-hospitalar, a ativação tardia da equipa, com consequente aumento da mortalidade e/ou da duração do tempo de internamento, são os principais fatores que influenciaram a atuação das mesmas. Por outro lado, a inexperiência de alguns profissionais nas enfermarias e o pouco conhecimento demonstrado, pode gerar um clima de insegurança, atrasando todo o encaminhamento na ativação da emergência intra-hospitalar. Este atraso na ativação da equipa eferente pode também ser associada à dificuldade no reconhecimento de sinais de deterioração clínica precoce pelas equipas aferentes. A descodificação das causas destas falhas é uma importante estratégia para um melhor planeamento das ações, de forma a corrigir e reformular o sistema de atuação em emergência (Moreira, [et.al.], 2018). Treinar e dotar de conhecimentos os elementos da equipa multidisciplinar, desenvolve a autonomia profissional e a confiança, contribuindo para um melhor relacionamento interpessoal, para uma melhor atuação e esforço comum (*Idem*).

A implementação de um sistema de resposta rápida está associada a vários desafios logísticos, organizacionais e médicos, em que o apoio dos vários profissionais torna-se determinante. O estabelecimento e a manutenção das estruturas organizacionais e administrativas necessárias, a formação continua dos membros da equipa e a consciencialização de todos os profissionais para a importância da ativação da EEMI na abordagem ao doente crítico, são aspetos que devem ser levados em consideração (Etter, Takala e Merz, 2014).

2.2. Critérios de Ativação da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

A evidência científica demonstra uma clara redução nas taxas de eventos associados à PCR e à mortalidade hospitalar, após a implementação de um sistema de emergência médica. Assim, a prioridade é o reconhecimento precoce de doentes com instabilidade hemodinâmica e em risco, com o objetivo de prevenir eventos adversos graves e a morte. Como já descrito anteriormente, tais acontecimentos são frequentemente precedidos por alterações dos parâmetros vitais e por distúrbios fisiológicos que, na maioria das vezes, são potencialmente tratáveis se precocemente identificados e intervencionados, contribuindo para a melhoria dos cuidados e para segurança do doente (Leach e Mayo, 2013).

Unidades Hospitalares onde estão implementadas as EEMI têm predefinidos os critérios para a ativação da mesma, que se baseiam na avaliação de parâmetros circulatórios, respiratórios e neurológicos, que podem ser identificados de forma fácil e rápida pelos enfermeiros dos serviços de internamento, sendo estes os que estão no cuidado direto ao doente (Etter, Takala e Merz, 2014). O enfermeiro é o profissional que se encontra mais próximo do doente num serviço de internamento hospitalar, pelo que desempenha um papel primordial na sua segurança e vigilância. Constitui o elo fundamental no reconhecimento e deteção de situações que possam comprometer a estabilidade clínica ou até mesmo a vida do doente.

Os critérios de ativação da EEMI são constituídos por um conjunto de sinais e sintomas de deterioração clínica, que identifica o doente como crítico e os seus cuidados como emergentes. Desta forma, é fundamental o conhecimento dos critérios que desencadeiam a cascata de resposta, principalmente por parte dos profissionais que colaboram no ramo aferente (critérios de chamada e do mecanismo de ativação), o que irá impulsionar a ativação do ramo eferente (Winters, [et.al.], 2013). Assim, os profissionais de saúde devem estar sensibilizados e familiarizados com os critérios de ativação da EEMI vigentes na Instituição Hospitalar.

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 engloba a via aérea, a ventilação, a circulação e, por fim o sistema neurológico, conforme estão descritos no quadro 1.

Quadro 1 – Critérios de ativação da EEMI

PARÂMETROS	ALTERAÇÕES
A - Via Aérea	Compromisso da via aérea
B – Ventilação	Paragem Respiratória
	Frequência Respiratória < 6 ou > 35 ciclos/minuto
	Saturação Oxigénio < 85% com oxigénio suplementar
C – Circulação	PCR
	Frequência Cardíaca < 40 ou > 140 batimentos/minuto
	Pressão Arterial Sistólica < 90 mmHg
D – Neurológico	Escala de Coma de Glasgow – diminuição > 2 pontos
	Crise convulsiva prolongada ou repetida
	Perda súbita de consciência

Fonte: Adaptado da DGS (2010), Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO

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, tem como objetivo evitar a deterioração da condição clínica até à PCR (INEM, 2019).

Apesar dos critérios serem constituídos por vários itens, alguns destes requerem uma maior atenção e intervenção, uma vez que quando presentes constituem um risco iminente de vida, como acontece na PCR, nas convulsões, na obstrução da via aérea e na perda do estado de consciência.

Num estudo realizado num hospital do norte de Portugal, entre 2013 e 2015, onde analisaram os principais critérios de ativação e as falhas da mesma, verificaram que o critério de ativação da EEMI referido com maior frequência foi a alteração do estado de consciência (43,2%), seguido da PCR (33,0%) e permeabilidade ameaçada da via aérea (19,2%). No mesmo estudo, verificaram também que a maioria das ativações da EEMI (52,3%) foram para doentes internados em enfermarias cirúrgicas (cirurgia geral, otorrinolaringologia, oftalmologia, ginecologia, ortopedia e urologia), 43,5% dos casos para enfermarias médicas (medicina interna e pediatria) e apenas em 4,2% para doentes que estavam no serviço de imagiologia (Barbosa, *[et.al.]*, 2016).

Para Walston e seus colaboradores (2016), num estudo desenvolvido após a análise de todas as ativações da equipa de emergência médica entre 2009 e 2012, concluíram que as manifestações clínicas mais comuns que desencadearam as ativações da mesma foram a hipotensão (21,5%), a dificuldade respiratória (18,4%), a alteração do estado de consciência (17,7%), a taquicardia (11,2%), a saturação periférica de oxigênio inferior a 90% (9,9%), a hipertensão (4,2%) e a dor no peito (3,4%). Da análise de todas as ativações, em 70,9% dos casos, estas foram efetuadas pelos enfermeiros e em 12,7% pelos médicos, o que uma vez mais vem determinar o papel fundamental dos enfermeiros que estão nos serviços de internamento, por serem os profissionais que mais tempo permanecem junto dos doentes e que melhor identificam os sinais de alerta.

Apesar da incontestável importância do investimento na vertente da formação, a literatura reconhece a existência de níveis de conhecimento deficitários e a persistência de barreiras, que resultam em atrasos na ativação das EEMI e, conseqüentemente, atrasos na abordagem ao doente crítico (Barbosa, [et.al.], 2016). As barreiras para o uso bem-sucedido da equipa de emergência só poderão ser superadas com formação e educação contínua a todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado (Etter, Takala e Merz, 2014). 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 falha na ativação da via aferente tem um impacto potencialmente negativo no prognóstico do doente, bem como encargos financeiros óbvios para a Unidade Hospitalar. Situações em que foram verificados atrasos na ativação da EEMI, observou-se uma maior percentagem de casos de PCR, disfunção cardiovascular e maior taxa de mortalidade, comparativamente com outros casos em que este atraso não se verificou (Barbosa, [et.al.], 2016).

A integração de novos profissionais, nomeadamente nas equipas de Enfermagem, pode também constituir uma barreira à ativação da EEMI, uma vez que estes novos elementos não estão familiarizados com os critérios de ativação e com o reconhecimento precoce do doente instável, podendo suscitar-lhes dúvidas e atrasar todo o processo, condicionando um aumento na falha da ativação da via aferente. Desta forma, é imperativo reforçar as ações de formação, nomeadamente aos novos profissionais (*Idem*).

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*

Anaesthesiology e a *European Society of Anaesthesiology*, 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). 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.

É reconhecido pela evidência científica que a preferência pelo número 2222 torna-se uma mais valia, nomeadamente pelo facto de ser fácil de memorizar e de digitar. Está comprovado que a uniformização é um mecanismo de redução do erro e é estabelecida como medida de segurança do doente e como melhoria da qualidade (Despacho n.º 9639/2018). A falta de conhecimento intuitivo do número de emergência interno pelas equipas eferentes atrasará a ativação e, conseqüentemente, a intervenção das EEMI. Situações em que está implicado maiores níveis de stress, como se verifica em cuidados de reanimação, a capacidade do ser humano reduz automaticamente, o que dificulta a recuperação da informação com precisão e rapidez (Whitaker, [et.al.], 2017). Assim, a nível nacional, o Despacho n.º 9639/2018 (p. 27533) determina que *“os estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, independentemente da sua designação, adotem o n.º 2222 na rede telefónica interna para ativação da Equipa de Emergência Médica Intra Hospitalar, até ao dia 31 de março de 2019”*.

Todos os profissionais devem ter conhecimento do número de ativação da emergência intra-hospitalar em vigor no seu local de trabalho. Para tal, deverão ser realizadas campanhas de informação interna, no sentido de divulgar de forma clara e esclarecedora a existência deste número e da própria EEMI (Despacho n.º 9639/2018).

2.3. Recursos Humanos em Emergência Intra-Hospitalar

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica requer atuação segura, imediata e uma real consciência do seu impacto na sobrevivência, na recuperação e na qualidade de vida da mesma. Aspetos aparentemente tangenciais, como a formação dos profissionais ou o trabalho em equipa, assumem proporções muito relevantes na atuação em situações graves, instáveis e potencialmente danosas para a vida humana.

As EEMI têm como principal missão uma resposta de atuação imediata. Está preconizado que estas equipas de emergência interna devem ser constituídas *“por um médico e um*

enfermeiro com competências em abordagem avançada da via aérea, técnicas de reanimação e, preferencialmente, formação em emergência/intensivismo” (DGS, 2010, p.4). Para além desta formação base, estas equipas devem integrar e dar preferência a médicos e enfermeiros com experiência em UCI (INEM, 2019).

Aspetos fundamentais como a experiência na abordagem ao doente crítico, o conhecimento atualizado e o treino são reconhecidos como características imprescindíveis nestas equipas de atuação. Reforçar também a importância de uma reciclagem constante para sustentar e melhorar competências, minimizar erros e otimizar resultados (Kronick, *[et.al.]*, 2015). É fundamental a renovação do conhecimento para que o julgamento e o raciocínio clínico se associem a um rápido e eficaz atendimento, diminuindo as possibilidades de maior lesão e aumentando as chances de melhores desfechos (Rodrigues, *[et.al.]*, 2016).

Os profissionais que constituem as EEMI fundamentam todo o seu conhecimento e atuação nas recomendações e diretrizes mais atualizadas. Para esse fim, estas equipas necessitam de treino mais complexo, incluindo a formação em competências técnicas e não técnicas. O objetivo é assegurar que adquiram competências que lhes permitam uma melhor atuação na abordagem ao doente crítico (INEM, 2019). As EEMI devem integrar um sistema de emergência operacional 24 horas por dia, 365 dias por ano (DGS, 2010; INEM 2019).

Geralmente, o sistema de resposta em emergência intra-hospitalar encontra-se sediado no Serviço de Medicina Intensiva na sua via eferente que, uma vez ativada, faz deslocar uma equipa qualificada e treinada na intervenção à pessoa em situação crítica. Por sua vez, a via aferente baseia-se nos profissionais de saúde que exercem atividade nas enfermarias e que são alvo de formação em SBV e no reconhecimento dos critérios de ativação da EEMI (DGS, 2010).

De acordo com Soar, *[et.al.]*, (2021), em ambiente intra-hospitalar, depois de ocorrer uma PCR, espera-se que os profissionais das enfermarias 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.

Enquadrado neste pressuposto, as Instituições Hospitalares devem integrar um programa de formação com recertificação regular em SBV, Suporte Imediato de Vida (SIV) e Suporte Avançado de Vida (SAV), para populações-alvo selecionadas, de acordo com as

responsabilidades assistenciais de cada classe profissional. Todos os profissionais da Instituição, mesmo os das áreas não clínicas, devem ser formados em SBV e nos critérios de ativação da EEMI (Barbosa, [et.al.], 2016).

De uma forma estruturada, as recomendações explícitas na Circular Normativa emanada pela DGS (2010), sugerem que o médico da EEMI tenha no mínimo formação em SAV, recomendando ainda formação em emergência ou intensivismo. Para o enfermeiro, as recomendações sugerem, preferencialmente e idealmente, formação em SAV, mas na impossibilidade de tal conduta, no mínimo que este tenha formação em SIV. Sethi e Chalwin (2018), concluíram que na grande maioria dos hospitais incluídos no estudo que levaram a cabo na Austrália e Nova Zelândia, os elementos que constituíam as equipas de emergência intra-hospitalares tinham formação e treino em SAV e via área.

A população pediátrica também terá que ter garantida resposta adequada às necessidades que possam surgir, pelo que é indicado formar os profissionais que fazem parte integrante da EEMI em SAV pediátrico (DGS, 2010).

Todo o processo de formação deve ser periodicamente alvo de recertificação. De acordo com as últimas recomendações da AHA (2020), verificam-se benefícios educacionais em sessões de reciclagem curtas e frequentes, com o potencial de redução de custos associados devido à redução do tempo de treino, embora ainda não hajam evidências suficientes que sustentem o intervalo de tempo ideal para esta reciclagem. No entanto, segundo o descrito pelo INEM (2019), os conhecimentos e competências em SBV e SAV deterioram-se em curtos intervalos de 6 meses.

A simulação é reconhecida, enquanto estratégia pedagógica ativa, por ajudar a consolidar conhecimentos e conferir-lhes valor, desenvolver habilidades técnicas e relacionais, ajudar a criar hábitos para refletir e contribuir para o desenvolvimento de profissionais globalmente competentes, transpondo casos práticos para um ambiente seguro e controlado. Hoje conhece-se as vantagens de substituir métodos de aprendizagem passivos pela aprendizagem experiencial, sendo nesta última que se inclui a simulação (Martins, 2017). Maior importância ganha por ser uma estratégia que proporciona uma verdadeira experiência clínica, ainda que simulada, permitindo fazer a situação acontecer antes de ser necessária a intervenção num caso clínico real (*Idem*). Este argumento torna-se ainda mais relevante quando se trata da abordagem ao doente crítico, uma vez que a criação de cenários de intervenção similares ao que acontece na realidade, dota os profissionais de competências e habilidades, que mais tarde poderão aplicar em prática. O treino frequente com recurso à simulação de casos e com a criação de diferentes

cenários, permite melhorar o desempenho das equipas e a diminuição do erro, tão decisiva para a segurança e para a vida da pessoa em situação crítica (INEM, 2019).

Greif, [et.al.], (2015), concluíram igualmente que a prática simulada constitui uma parte importante do treino em reanimação, sendo altamente efetiva na aquisição, desenvolvimento e manutenção de competências nesta área de intervenção.

Num estudo realizado por Sethi e Chalwin (2018), em 232 hospitais da Austrália e Nova Zelândia acerca da composição das equipas de emergência intra-hospitalar, concluíram que em 17 hospitais estas equipas eram lideradas por especialistas em medicina intensiva, em 74 hospitais a liderança era ocupada por internos de medicina intensiva, em 61 hospitais eram os internos de medicina geral quem lideravam e em 22 hospitais por médicos não especialistas. Constataram também que os enfermeiros lideravam as equipas de emergência médica em 51 hospitais, nomeadamente nos que não tinham UCI.

O nível de atuação da EEMI depende diretamente do desempenho do seu *Team Leader*, sendo este um elemento basilar na constituição destas equipas. É recomendado que o *Team Leader* seja o profissional com mais experiência e mais habilitado. Geralmente, esta função é desempenhada pelo médico (INEM, 2019).

Dentro da equipa, o *Team Leader* tem uma perspetiva global do cenário e delega funções nos restantes elementos. Antecipa ações de acordo com os cenários mais prováveis que possam ocorrer e garante o cumprimento dos protocolos em segurança, mantendo empatia para com todos os elementos. O *Team Leader* tem a responsabilidade de assegurar que todas as condições de segurança são mantidas, tanto em relação à vítima como em relação aos restantes profissionais de saúde (*Idem*).

Os profissionais de Enfermagem que estão diretamente nos serviços de internamento, tem também um papel fundamental, uma vez que são estes que na sua maioria iniciam todo o processo de ativação da EEMI. Na Polónia, num estudo já referido anteriormente, realizado em 25 hospitais, revelou que mais de 50% das ativações foram realizadas por enfermeiros. Nestas mesmas Unidades Hospitalares, 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).

A sobrevida do doente que experiencia um fenómeno de PCR é geralmente baixa. Assim, é de extrema importância que a atuação das EEMI seja baseada na correta execução de

procedimentos técnicos como a desfibrilhação em segurança, o reconhecimento e análise de ritmos, a abordagem da via aérea ou as compressões torácicas eficazes (INEM, 2019). No entanto, 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 (*Idem*).

Assim, uma boa comunicação e coordenação tornam-se essenciais, primeiro para que haja uma correta transmissão da informação sobre a condição do doente e depois, por forma a garantir uma cooperação harmoniosa entre as equipas que estão no cuidado direto ao doente e as EEMI, que são ativadas ao local. Tudo isto permitirá construir uma relação de companheirismo e cooperação entre as equipas, com o fim máximo de uma adequada e eficiente atuação ao doente crítico (Szczeplik, [et.al.], 2019).

A 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. Posto isto, 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).

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, falta de precisão e a falta de priorização das atividades (DGS, 2017). Uma comunicação pouco eficiente, nomeadamente na passagem de informações entre os enfermeiros que constituem a via aferente e os elementos da EEMI, pode diminuir a eficácia da equipa na sua tomada de decisão (Leach e Mayo, 2013). 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). Trabalho em equipa e comunicação eficazes estão associados à prestação de cuidados seguros e de alta qualidade (Leach e Mayo, 2013).

2.4. Equipamentos em Emergência Intra-Hospitalar

De acordo com a Circular Normativa da DGS (2010, p.4), “o sistema deverá assegurar resposta a toda a população da instituição, incluindo, além dos doentes internados, utentes das consultas, visitantes, profissionais de saúde”. Segundo a mesma Norma, todas as áreas de internamento devem ter acesso fácil e imediato a equipamentos, material e fármacos utilizados em emergência e reanimação. Geralmente, este material e equipamento está acondicionado em carros de emergência, que devem estar devidamente sinalizados.

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.

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). O seu local de permanência deve ser do conhecimento geral de todos os profissionais de saúde. 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). 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, no entanto, a equipa deve transportar também um monitor/desfibrilhador, material da via aérea, material de acesso endovascular e fármacos de emergência (DGS, 2010).

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).

O sucesso na abordagem ao doente crítico depende de fatores tão importantes como o reconhecimento dos sinais de alarme e da PCR, a ativação da EEMI e a competência dos profissionais em ressuscitação, mas também da existência de um carro de emergência adequado, da sua acessibilidade, organização e uniformização do conteúdo e do conhecimento dos profissionais de saúde da Instituição acerca da sua utilização (*Idem*).

Após a ativação da EEMI, é reconhecida a importância da realização do seu registo, onde devem constar alguns elementos, desde a efetivação à intervenção. Assim, deve-se incluir no registo a hora do início do agravamento do quadro clínico do doente, a hora em que foi realizada a ativação, a hora da chegada ao local pela EEMI e a área de internamento de onde foi efetivada a ativação. Da mesma forma, o registo deve incluir o motivo da ativação, as medidas diagnósticas e/ou terapêuticas instituídas antes da chegada da EEMI, as intervenções realizadas pela EEMI, o resultado dessas intervenções e o destino final do doente (DGS, 2010; INEM, 2019).

O registo dos procedimentos realizados é fundamental, para que sejam avaliados os sinais e sintomas iniciais, a sequência e eficácia da assistência prestada e a evolução clínica do doente, mediante as ações realizadas, garantindo, deste modo, a segurança para o doente e para o profissional (Fernandes, *[et.al.]*, 2010). Estes registos, para além de serem cruciais para fins éticos e legais, surgem também como facilitadores da comunicação entre a equipa, favorecendo discussões e avaliações sobre as intervenções realizadas, melhorando a qualidade e o desempenho futuro (*Idem*).

CAPÍTULO 2

DA CONCEÇÃO À IMPLEMENTAÇÃO DA EEMI, NUMA UNIDADE HOSPITALAR

A ciência emerge de conhecimentos humanos a respeito da natureza, da sociedade e do pensamento, adquiridos pela descoberta e explicação das leis que regem os fenómenos. O método científico desenvolve-se fundamentado num conjunto de regras e de processos na qual se baseia a investigação. A ciência suporta a investigação e suporta-se na investigação (Ribeiro, 2010).

Segundo Fortin (1999), de todos os métodos de obtenção de conhecimentos, a investigação científica é o método mais rigoroso e exato, uma vez que se baseia num processo racional, que leva a aquisição de novos conhecimentos. É um método dotado de um poder descritivo e explicativo dos factos, dos acontecimentos e dos fenómenos em estudo.

A mesma autora assegura que através da investigação, objetiva-se a produção de uma base científica que sustenta a prática e assegura a credibilidade da profissão. Assim, a investigação permite alargar o domínio do conhecimento e contribui para o desenvolvimento contínuo da profissão.

A metodologia de um estudo diz respeito à planificação da investigação, ou seja, é na fase metodológica que é definido o método a utilizar e os meios necessários para a sua realização (Fortin, 2009). A metodologia constitui-se assim, como uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que a sua base é o conhecimento teórico e científico para, posteriormente, ser aplicado na prática (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010). Para a concretização do presente estudo optou-se por realizar uma Metodologia de Projeto.

Com base nestes pressupostos, no presente capítulo apresentamos, inicialmente, a justificação da pertinência da problemática e, posteriormente, o percurso metodológico que conduziu a realização deste trabalho de projeto, desde o diagnóstico de situação, aos instrumentos de diagnóstico, objetivos, contexto e participantes e, por último, as considerações éticas subjacentes.

1. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Como já exposto anteriormente, uma intervenção precoce e adequada aos doentes hospitalizados, que por vezes sofrem um processo de deterioração fisiológica aguda, nas horas que antecedem uma PCR, pode diminuir a mortalidade e a morbidade. É por isso fundamental a implementação de mecanismos organizacionais que permitam a sua rápida identificação e instituição atempada de terapêutica otimizada (DGS, 2010). Segundo as mais recentes *guidelines* emanadas pelo ERC (2021) e AHA (2020), independentemente da causa, as PCR surgem sempre com sinais precoces de deterioração clínica, que é necessário reconhecer antecipadamente (Lavonas, [et.al.], 2020; Soar [et. al.], 2021).

No seguimento destas recomendações, é importante a implementação de estratégias centradas no reconhecimento precoce dos doentes em risco, antes de a PCR acontecer. Neste sentido, as EEMI foram criadas para garantir uma resposta adequada, não só a situações de PCR, mas também a situações de significativa deterioração fisiológica aguda dentro das Unidades Hospitalares (INEM, 2019; Lavonas, [et.al.], 2020).

Nos últimos anos, tem-se assistido a um progresso na implementação das EEMI, quer a nível nacional como também a nível mundial, uma vez que se tem demonstrado que a formação e operacionalidade dos profissionais, aliada à sistematização da organização dos cuidados de emergência à pessoa em situação crítica, podem ter um impacto substancial na mortalidade e morbidade intra-hospitalar. A nível mundial tem sido recomendado por todas as organizações da qualidade em saúde, a implementação de um sistema de resposta rápida, por forma a responder atempadamente à deterioração clínica dos doentes (Winters [et.al.], 2013).

Em Portugal, a DGS em 2010, pela Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO determina a criação e implementação das EEMI nas Unidades Hospitalares. Assim, com base nesta Norma e tendo em conta a sua pertinência, surgiu a opção pelo projeto: **Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar: Um projeto de criação e implementação**. A opção por esta temática teve em consideração, a não existência de uma EEMI na Unidade Hospitalar onde exerço funções, mas também a motivação pessoal e profissional, por considerar que a implementação deste projeto pode contribuir para melhorar a qualificação no processo do cuidar à pessoa em situação crítica e a assunção da responsabilidade profissional individual, nomeadamente, dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no domínio da pessoa em situação crítica, como está definido nas suas competências específicas (Regulamento n.º 429/2018). Esta problemática identificada, decorre ainda da prática profissional em contexto hospitalar,

onde por diversas vezes são verificadas situações emergentes de deterioração clínica ou até mesmo de PCR em doentes internados.

O interesse suscitado pelo trabalho a desenvolver nesta área ganhou uma maior amplitude, após a realização do Estágio em Cuidados Intensivos e Intermédios no âmbito do Mestrado, onde foi possível constatar a intervenção diferenciada e especializada da EEMI na atuação ao doente crítico intra-hospitalar. Transpondo o observado e experienciado em contexto de formação para a realidade em contexto profissional, avolumou-se a pertinência de desenvolver este estudo, onde se pretende analisar a real situação, validar a necessidade e identificar possibilidades de a colmatar, contribuindo para a criação e implementação de uma EEMI. Assim, este projeto permitirá dar resposta a uma problemática identificada na prática de cuidados.

2. METODOLOGIA DE PROJETO

O trabalho de projeto constitui uma metodologia centrada na resolução de problemas. Através desta, adquirem-se capacidades e competências pessoais pela elaboração e concretização de um projeto, permitindo prever necessariamente uma mudança. Como postula Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), baseia-se na investigação de um problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções para a sua resolução. É um processo organizado, contínuo e interativo que implica ajustes permanentes às diferentes realidades. Segundo Ferreira (2009, p.143), *“a metodologia de Trabalho de Projeto, orientada pelas suas próprias características e finalidades, constitui uma forma de trabalho pedagógico potenciadora do desenvolvimento nos indivíduos”*.

Assim, o trabalho de projeto integra uma metodologia que se assemelha à investigação-ação, com a finalidade de estudar um problema atual, que permite prever, orientar e preparar o caminho a percorrer ao longo de toda a realização do mesmo, centrada na investigação, análise e resolução de problemas. É uma metodologia que implica e pressupõe o envolvimento de vários participantes e da população em que se centra o projeto, visto que farão parte de todo o planeamento e da implementação do plano de ação (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010). Desenvolvida em grupo, esta metodologia implica uma ida e volta constante entre aquilo que é a teoria e a prática. Os participantes têm um papel ativo, tornando-se atores e construtores do próprio processo (Many e Guimarães, 2006).

Etimologicamente, o termo projeto deriva do latim *projectare*, que significa levar para a frente, atirar. Desta forma, projetar significa investigar um determinado tema, problema ou situação com o objetivo de conhecer e apresentar as interpretações da realidade (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

Uma das principais finalidades desta metodologia consiste numa aprendizagem que resulta em mudança de comportamentos na prática. De acordo com Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), um trabalho de projeto ostenta algumas características fundamentais, inerentes à metodologia que adota:

- pressupõe uma atividade intencional, uma vez que a definição de um objetivo inicial dará sentido ao desenvolvimento das várias atividades e refletirá um trabalho final;
- pressupõe iniciativa e autonomia de todos aqueles que dele fazem parte e que estão envolvidos na sua realização, pelo que a cooperação entre os vários elementos assume grande importância;

- envolve complexidade e incerteza;
- tem um carácter prolongado e faseado, pelo que é exequível durante um período de tempo, desde a formulação do objetivo inicial até à apresentação de resultados e conclusões finais.

Em cuidados de saúde, a elaboração de um projeto deve ter em consideração uma análise integrada das necessidades da população em estudo, que permita desenvolver estratégias e ações, centrando os esforços e aproveitando os recursos disponíveis, no sentido de fomentar o trabalho em equipa, promover a capacidade, motivação e autonomia da população (*Idem*).

Reconhecido o seu importante contributo para a resolução de problemas, a opção por esta metodologia de trabalho prende-se com o facto de a mesma contribuir para uma maior motivação, envolvimento e empenho das equipas, uma vez que estas são inevitavelmente incluídas no próprio processo, permitindo o desenvolvimento de competências pessoais capazes de estimular mudança, para a melhoria da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. O investigador, nesta metodologia de trabalho científico, interfere no seu próprio campo da investigação, o que lhe possibilita compreender melhor a realidade da população e, desta forma, ajustar, planear e realizar a ação, o mais orientado e focalizado possível, que vá de encontro às necessidades identificadas.

A realização deste trabalho de projeto tem como objetivo principal promover a criação e implementação de uma EEMI, através do reforço das vantagens da sua atuação e a importância do seu contributo na abordagem ao doente crítico, já evidenciado anteriormente. Como finalidade, com a implementação deste projeto ambiciona-se conseguir uma intervenção precoce por uma equipa diferenciada e com os meios adequados perante uma situação de emergência intra-hospitalar, podendo resultar em melhoria substancial na mortalidade e morbidade intra-hospitalar, bem como numa melhoria na qualidade de cuidados e ganhos em saúde.

Para Boutinet (1997) existem dois momentos fundamentais na elaboração de um projeto. Inicialmente, realiza-se o diagnóstico da situação, determinam-se prioridades, definem-se objetivos e descrevem-se os meios necessários e, posteriormente, realiza-se a planificação das atividades a desenvolver, ou seja, a implementação, desenvolvimento e a avaliação do projeto.

Desde a ideia inicial até à sua concretização final, constrói-se um percurso que envolve uma multiplicidade de recursos e interações, humanas e materiais. Tendo por base a metodologia da resolução de problemas, a construção de um projeto desenvolve-se num

plano temporal faseado, onde surgem sucessivamente novas questões que, por vezes, envolvem reformulações, mudanças e alterações no decurso do seu desenvolvimento (Many e Guimarães, 2006). O faseamento desta metodologia permite a organização dos objetivos, tarefas e necessidades. Posto isto, o presente trabalho de projeto irá desenvolver-se em cinco etapas fundamentais, como identificam Ruivo, Ferrito e Nunes (2010) e Boutinet (1997), representado pela figura 4.



Figura 4 – Etapas da Metodologia de Trabalho de Projeto

Fonte: Adaptado de Ruivo, Ferrito e Nunes (2010) e Boutinet (1997)

Assim, pode-se concluir que a metodologia de trabalho de projeto assume-se como potenciadora do desenvolvimento de competências imprescindíveis no exercício da profissão de Enfermagem, permitindo a intervenção em contextos reais, através de uma prática reflexiva, baseada e sustentada em evidências científicas, de forma a identificar necessidades e implementar estratégias que vão de encontro à sua resolução.

O trabalho de projeto suporta-se tanto em dados emanados da pesquisa de terreno, como em factos teóricos e científicos provenientes das fontes bibliográficas (Many e Guimarães, 2006). Após a revisão das referências bibliográficas mais atuais que sustentam a problemática, parte-se para a etapa seguinte, o diagnóstico de situação, que definirá a elaboração dos objetivos e plano de ação.

2.1. Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação apresenta-se como a primeira fase da metodologia de projeto, que visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação ou problema identificado, constituindo-se como um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e modificar (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010). Esta etapa torna-se imprescindível na

elaboração de um projeto, uma vez que faculta conhecimento, caracterização e análise da realidade envolvente, o que o torna necessariamente um requisito para as fases seguintes. Para a concretização do mesmo, terá fundamentalmente de existir uma consonância entre o diagnóstico de situação e as necessidades identificadas da população.

O diagnóstico de situação é um processo dinâmico, contínuo, permanente e em atualização constante de acordo com a avaliação da real situação. Nesta etapa definem-se os problemas quantitativa e qualitativamente, estabelecem-se prioridades e selecionam-se os recursos materiais e humanos necessários (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

A definição do problema constitui-se desde logo a fase inicial da concretização da investigação e da elaboração de um projeto (Many e Guimarães, 2006). Assim, Almeida e Freire (2007) referem que o problema se caracteriza por identificar e descrever, estabelecer relações entre variáveis e precisar o objetivo. Reconhecida pela literatura científica a pertinência da existência das EEMI, da sua atuação na abordagem ao doente crítico, na diminuição da morbilidade e da mortalidade, que estão associadas a eventos de instabilidade hemodinâmica, surge como problema central a não existência de uma EEMI na Unidade Hospitalar em estudo. Com a concretização deste projeto pretende-se uma melhor assistência ao doente em contexto intra-hospitalar com evidência de sinais de agravamento clínico ou em PCR. Da mesma forma, pretende-se também conhecer quais os fatores que dificultam a criação e implementação desta equipa na mesma Unidade Hospitalar, uma vez que, desde 2010, a Circular Normativa da DGS determina que esta implementação deveria estar concluída até final de 2011, em todos os hospitais do SNS.

A atuação ao doente crítico intra-hospitalar, com sinais de instabilidade, é uma dificuldade sentida e comum aos vários profissionais que exercem funções na referida Unidade Hospitalar, muitas vezes partilhadas em momentos informais de reflexão em equipa. Simultaneamente a esta dificuldade, destacam-se outras como a não existência de um número telefónico ativado para um contacto rápido e direto em situação urgente e emergente, o que naturalmente atrasa uma intervenção precoce e adequada. A existência de um contacto direto, fácil de digitar e memorizar por todos os profissionais da Instituição está também evidenciado na literatura, onde já foram anteriormente referidas as suas múltiplas vantagens na ativação da equipa. Assim, a implementação de um sistema de emergência intra-hospitalar torna-se absolutamente necessário e uma mais valia, pelo que permite a rápida identificação e atuação perante a ocorrência de um evento crítico.

Desta forma, sendo elemento integrado na equipa do CH, mais especificamente da Unidade Hospitalar em estudo, a reflexão sobre a problemática, entrevistas informais a enfermeiros e entrevistas exploratórias a elementos chave da Instituição, bem como, a aplicação de questionários a enfermeiros e médicos, permitiram realizar o diagnóstico de situação e perceber que os profissionais que integram esta equipa assumem o problema como real e o projeto como fundamental para a uniformização dos procedimentos de atuação, traduzindo-se, conseqüentemente, numa intervenção que ofereça as respostas adequadas e necessárias, refletindo ganhos na qualidade dos cuidados.

Para uma melhor contextualização do diagnóstico de situação, identificação e validação do problema, efetuou-se uma breve caracterização do contexto hospitalar em estudo, bem como uma referência aos instrumentos de diagnóstico utilizados, que serão apresentados e desenvolvidos nos pontos seguintes.

2.1.1. Caracterização do Contexto Hospitalar

Um CH da região Norte do país, foi constituído uma Entidade Pública Empresarial (EPE) em 2008, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 180/2008, de 26 de agosto. Integrado no SNS, o referido CH é composto por duas Unidades Hospitalares, localizadas em duas cidades distintas que se distanciam entre si em aproximadamente três quilómetros. A área de influência do CH, para além do perímetro urbano das duas cidades, compreende também algumas freguesias vizinhas de outros municípios, abrangendo uma população estimada em cerca de 150 000 habitantes, aumentando sazonalmente na época de verão (CHPVVC, 2019).

Trata-se de um CH que resultou da integração de dois hospitais centenários, que têm sido alvo de sucessivas reestruturações ao longo dos anos, no sentido de tornar mais funcional o seu espaço interior e humanizá-lo tanto quanto possível (CHPVVC, 2019).

No desempenho da sua missão, o CH integra as seguintes áreas de prestação de cuidados assistenciais: Meios Complementares de Diagnóstico, Consulta Externa, Bloco Operatório (BO), Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA), Serviço de Urgência (SU) Geral e Pediátrico, Hospital de Dia e os serviços de internamento das especialidades de Cirurgia Geral, Ortopedia, Pediatria e Neonatologia, Obstetria e Ginecologia e Medicina Interna.

Segundo os dados relativos ao ano de 2018, no que respeita aos recursos humanos mais representativos do CH, o grupo profissional mais evidenciado são os enfermeiros (36%), seguindo-se os médicos (22%) e os assistentes operacionais com 20% (CHPVVC, 2019).

Caracterização da Unidade Hospitalar

A Unidade Hospitalar em estudo, na sua estrutura física, é constituída por 4 pisos. No rés-do-chão situam-se o SU Geral e Pediátrico, classificados como Serviços de Urgência Médico-Cirúrgicos, a Consulta Externa, o Serviço de Patologia Clínica e Imuno-Hemoterapia, a Imagiologia, os Serviços Farmacêuticos e a Esterilização. Do primeiro piso fazem parte os internamentos de Obstetrícia e Ginecologia (com lotação de 15 camas de Obstetrícia e 4 camas de Ginecologia), Ortopedia (serviço misto com uma lotação de 25 camas), Bloco de Partos (que dispõe de 5 salas) e BO (com 3 salas operatórias, sendo que 2 são reservadas para as cirurgias programadas e 1 para a cirurgia de urgência). No segundo piso está situado o internamento de Pediatria/Neonatologia (com uma lotação de 8 camas de Pediatria e 7 camas de Neonatologia) e Cirurgia Geral (serviço misto com uma lotação de 43 camas, sendo que 7 destas são destinadas a doentes do foro médico).

O presente trabalho de projeto foi pensado, desenvolvido e planeado para a referida Unidade Hospitalar, por ser a Unidade onde os serviços estão mais centralizados. No entanto, objetiva-se que o projeto possa ser ampliado a todo o CH, numa fase posterior. Sabe-se também, que existem projetos de reestruturação apresentados para uma reformulação necessária ao espaço físico, perspetivando-se a criação de novos serviços e reestruturação de outros, que assegurem resposta às necessidades da população e à tipologia de doentes, centralizando e rentabilizando serviços e recursos.

2.1.2. População e Participantes

A população alvo é formada por elementos que preencham determinados requisitos e partilhem características comuns, aos quais o investigador possa fazer generalizações (Fortin,1999). Para a concretização deste trabalho, a população foi constituída por enfermeiros e médicos em prestação direta de cuidados na Unidade Hospitalar referida (262 sujeitos). A obtenção deste dado foi solicitada ao Serviço de Gestão de Recursos Humanos da Instituição, depois da autorização do Concelho de Administração (Apêndice 1). O número de profissionais médicos e enfermeiros, distribuídos por serviços, consta no quadro 2.

Quadro 2 – População em estudo

Serviços (N=262)	N.º Médicos	N.º Enfermeiros
Cirurgia Geral	17	37
Pediatria	16	22
Ginecologia/Obstetrícia	11	29
Ortopedia	11	21
Bloco Operatório	-	22
Unidade de Cirurgia de Ambulatório	-	14
Consulta Externa	-	14
SU Geral	-	37
SU Pediátrico	-	11
Total	55	207

A amostra terá de representar essa mesma população, isto é, todos os elementos da amostra deverão possuir as características conhecidas da população, de modo a ser representativa (Fortin, 1999). Segundo a mesma autora, a amostra é como uma réplica menor da população alvo. Assim, optou-se por constituir uma amostra probabilística estratificada por grupo profissional (enfermeiros e médicos) e por serviço, com uma seleção aleatória de 30% de cada camada e da população (78 sujeitos), conforme representa o quadro 3. 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”*.

Os médicos que integram o BO, UCA, Consulta Externa, SU Geral e Pediátrico não aparecem contabilizados no quadro, tanto da população como da amostra, por serem profissionais comuns a outros serviços (como acontece em Cirurgia Geral, Ortopedia, Ginecologia/Obstetrícia e Pediatria), estando incluídos nestes serviços.

Quadro 3 – Amostra em estudo

Serviços (N=78)	N.º Médicos	N.º Enfermeiros
Cirurgia Geral	5	11
Pediatria	5	7
Ginecologia/Obstetrícia	3	9
Ortopedia	3	6
Bloco Operatório	-	7
Unidade de Cirurgia de Ambulatório	-	4
Consulta Externa	-	4
SU Geral	-	11
SU Pediátrico	-	3
Total	16	62

Como critérios de inclusão da amostra consideraram-se:

- Médicos e enfermeiros em prestação direta de cuidados na Unidade Hospitalar;
- Não se encontrar em processo de integração nas equipas²
- Médicos e enfermeiros que aceitassem participar no estudo.

Para além destes, incluíram-se mais três elementos estratégicos, por desempenharem funções de coordenação e gestão na Unidade Hospitalar.

2.1.3. Instrumentos de Diagnóstico

Como anteriormente referido, prefigurava-se a necessidade de existir uma EEMI na Unidade Hospitalar em estudo. No entanto, para validar esta realidade (problema), recorreu-se à entrevista semiestruturada e ao questionário, como instrumentos de diagnóstico de situação. Por fim, efetuou-se também uma análise *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (SWOT)*, de forma a apresentar as diversas variáveis que poderiam interferir no desenvolvimento deste projeto.

Questionário

O questionário é um instrumento de colheita de dados que assenta na escrita, cuja apresentação deve ser explícita, uma vez que para o seu preenchimento não há interação

² Entendeu-se no âmbito deste trabalho não incluir profissionais com menos de 6 meses na Unidade Hospitalar.

entre o participante e o investigador. As questões devem ser compreensíveis, claras e não enviesadas (Fortin, 1999). A opção por este instrumento de diagnóstico prendeu-se, fundamentalmente, por constituir um método de colheita de dados eficaz que abrange o número de profissionais pretendido e por possibilitar explorar os vários contornos da problemática. A aplicação do questionário (Apêndice 2) a 16 médicos e a 62 enfermeiros, em prestação direta de cuidados na Unidade Hospitalar, teve como objetivos:

- Identificar a experiência profissional e a formação especializada/pós-graduada dos médicos e enfermeiros na Unidade Hospitalar;
- Identificar a sua formação na abordagem ao doente crítico;
- Identificar dificuldades e constrangimentos na atuação em situações de emergência intra-hospitalar;
- Analisar os conhecimentos acerca dos critérios de ativação da EEMI;
- Analisar a perceção dos profissionais sobre a importância da implementação da EEMI;
- Identificar as principais dificuldades na implementação da EEMI na Unidade Hospitalar;
- Perceber os ganhos da EEMI na abordagem ao doente crítico;
- Identificar necessidades de formação dos participantes interessados em integrar a EEMI.

Na construção do questionário foram incluídas questões abertas e fechadas, e nestas últimas, questões de escolha múltipla e questões dicotómicas. Como referem Many e Guimarães (2006), os questionários, através do tratamento de dados, produzem dados quantitativos, com a aplicação de perguntas fechadas aos participantes. No entanto, também podem conter perguntas abertas, que geram dados qualitativos.

O presente instrumento é constituído por três grupos: um referente à caracterização socioprofissional dos participantes e os outros dois dirigidos à colheita de dados, relativamente à abordagem ao doente crítico intra-hospitalar e à pertinência da atuação da EEMI.

O questionário foi submetido a um pré-teste com quatro profissionais (2 médicos e 2 enfermeiros), para avaliar a sua adequabilidade, clareza e compreensão das questões que o compõem, de modo a obter resposta aos objetivos pretendidos. Tal como refere Fortin (1999, p.253), a aplicação do questionário pré-teste “(...) *é de todo indispensável e permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redação e a ordem das questões*”. Da realização do pré-teste não foram introduzidas quaisquer alterações, tendo-se mantido o instrumento original.

Após a emissão de parecer favorável da Comissão de Ética e autorização do Conselho de Administração do CH (Anexo 1), para a realização do trabalho, a investigadora, aleatoriamente, em dias e turnos alternados, passava pelos serviços, solicitando o preenchimento do instrumento aos enfermeiros e médicos que estivessem no serviço. Os enfermeiros chefes foram também informados da realização da colheita de dados nos seus serviços e colaboraram nesse sentido.

Previamente ao preenchimento do questionário, foi entregue uma breve informação aos participantes acerca do trabalho que se pretende realizar (Apêndice 3), onde continha os objetivos e a finalidade do estudo, lembrando ainda a garantia do anonimato e da confidencialidade dos dados recolhidos, bem como, o propósito da sua utilização no âmbito da presente investigação. Apelou-se, também à importância da sua participação. Por fim, solicitou-se a cada participante o seu consentimento informado (Apêndice 4).

Para garantir a confidencialidade e o anonimato dos participantes, os questionários foram recolhidos em envelope fechado e codificados, posteriormente, por grupo profissional. Todas as perguntas foram também codificadas para posterior análise.

A colheita de dados decorreu nos meses de fevereiro a maio de 2020.

O tratamento estatístico dos dados do questionário foi efetuado com recurso ao programa informático SPSS, versão 26, para medidas de frequências absolutas e relativas, cujos valores são apresentados em tabelas e gráficos circulares e de barras, possibilitando a análise de variáveis de uma forma clara e objetiva.

Entrevista

Como complemento para o diagnóstico de situação, realizaram-se entrevistas a três informantes a desempenhar funções de gestão no CH, selecionados intencionalmente, por se considerarem elementos estratégicos para a concretização dos seguintes objetivos:

- Identificar os benefícios da implementação da EEMI na intervenção ao doente crítico, na Unidade Hospitalar;
- Identificar as necessidades para a implementação da EEMI, na Unidade Hospitalar;
- Identificar os fatores dificultadores à implementação da EEMI, na Unidade Hospitalar.

Recorreu-se a este instrumento de diagnóstico, 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).

O tipo de entrevista utilizada foi a entrevista semi-estruturada, por ser aquela em que o investigador tem maior domínio sobre o seu teor, a exposição das questões, a 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 semi-estruturada “o pesquisador tem a liberdade de fazer outras perguntas para precisar conceitos ou obter mais informações sobre os temas desejados”.

Para tal, foi elaborado um guião de entrevista (Apêndice 5), seguindo as orientações de Fortin (1999), 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 conversa informal.

As entrevistas foram agendadas previamente e decorreram nos gabinetes de trabalho dos próprios participantes. Em relação a estes participantes foram igualmente adotados os mesmos preceitos éticos, referidos no questionário.

Todas as informações produzidas nas entrevistas foram gravadas em suporte áudio, após autorização dos participantes e, 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 (Apêndice 6).

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/recepção destas mensagens”.

A análise de conteúdo segue as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados, inferência e interpretação. A pré-análise, constitui a primeira fase da análise de conteúdo, sendo esta uma organização inicial do material, desenvolvida para sistematizar as ideias iniciais (Silva e Fossá, 2015). Esta fase compreendeu a leitura geral de todo o material produzido e eleito para a análise, por forma a efetuar uma organização

e sistematização inicial, com o objetivo de o tornar mais operacional. Esta primeira organização implicou a transcrição fiel dos discursos produzidos e da sua identificação através da atribuição do código E1, E2 e E3, respetivamente a cada entrevista. Foi considerado material relevante para análise toda a informação verbal produzida com a realização das entrevistas e que se relacionava com a opinião dos informantes sobre a implementação da EEMI na Unidade Hospitalar.

Concluída a primeira fase, partiu-se para a exploração do material, que consiste na construção de operações de codificação, decomposição e enumeração (Silva e Fossá, 2015). Após a transcrição das entrevistas, procedeu-se à identificação das ideias chave, que permitiram a codificação da informação e posterior categorização. 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).

Da exploração do material, destacaram-se as unidades de registo e a transformação dos dados brutos em dados organizados que, de forma indutiva, construíram-se temas, categorias e subcategorias (Apêndice 7). Neste sentido, a informação segmentada, presente nos discursos dos participantes, com significação a codificar, foi definida como unidades de registo a serem categorizadas e foram 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 significações.

2.1.4. Análise dos Dados e Discussão dos Resultados

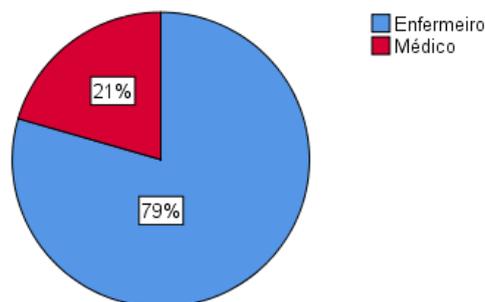
Do questionário

Na apresentação, análise e discussão dos resultados segue-se a ordem da estruturação do instrumento, iniciando-se pela caracterização socioprofissional dos participantes,

segundo o género, categoria profissional, experiência profissional, especialização, pós-graduação e formação na abordagem ao doente crítico.

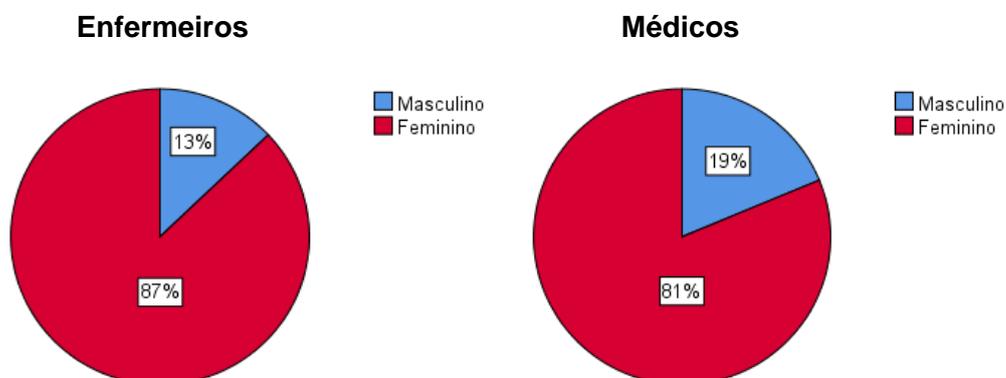
Assumindo a percentagem de 30% da população para constituição da amostra, os enfermeiros (n=62) são o *grupo profissional* maioritariamente representado (79%), contra 21% (n=16) dos médicos (gráfico 1), sendo este dado justificado pelos rácios médicos/enfermeiros por serviço e, conseqüentemente, na Unidade Hospitalar.

Gráfico 1 – Caracterização dos profissionais quanto ao grupo profissional



Quanto ao *género* (gráfico 2), no grupo profissional dos enfermeiros, predominam as mulheres (87%), o que vai de encontro à história da profissão de Enfermagem em Portugal e no mundo, que antes como agora, continua a ser maioritariamente feminina (OE, 2018). No que concerne aos médicos, verifica-se igualmente um predomínio do sexo feminino (81%).

Gráfico 2 – Caraterização dos profissionais quanto ao género



No que diz respeito à *categoria profissional*, verifica-se que, ocasionalmente, existem tantos enfermeiros generalistas como enfermeiros especialistas. Das pós-licenciaturas de especialidade (tabela 1), constata-se que existem 9 especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo esta a mais expressiva, seguida de 8 especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 5 em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 4 em Enfermagem de Reabilitação e em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e, por fim, 1 especialista em Enfermagem Comunitária.

Embora resultados referentes à amostra, poder-se-á salientar como aspeto positivo, que a equipa de Enfermagem demonstra um investimento na sua formação especializada.

Os enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, por formação pós-graduada, serão os que detêm mais competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, podendo revelar-se um recurso de valor para a constituição da EEMI. Tal como está descrito nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o mesmo identifica as necessidades da pessoa, assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrente de situações agudas, bem como, implementa intervenções de vigilância, monitorização e terapêutica, diminuindo as complicações e os eventos adversos (Regulamento n.º 429/2018).

Tabela 1 – Frequências relativas à formação especializada dos enfermeiros

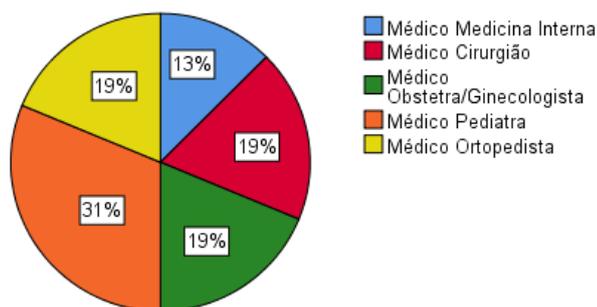
	n	%
Enfermagem Médico-Cirúrgica	9	29%
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	8	26%
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	5	16%
Enfermagem de Reabilitação	4	13%
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	4	13%
Enfermagem Comunitária	1	3%

A equipa médica está dividida em 5 *categorias profissionais* diferentes (gráfico 3), sendo que os Pediatras são os mais representados (31%) e os médicos de Medicina Interna os menos representados (13%). As especialidades de Obstetrícia e Ginecologia, Cirurgia Geral e a Ortopedia detêm por igual, 23%.

A Medicina Interna é a especialidade médica com menor expressão, pelo facto de o serviço de Medicina se encontrar na outra Unidade do CH, que não foi incluída no projeto.

No entanto, os especialistas de Medicina Interna que exercem funções também no SU e alguns no serviço de Cirurgia (pelas camas existentes neste serviço destinadas aos doentes do foro médico), assumem um papel fundamental, por serem estes que respondem às necessidades em emergência médica intra-hospitalar, nos diferentes serviços que integram o Hospital.

Gráfico 3 – Caracterização dos médicos quanto à categoria profissional

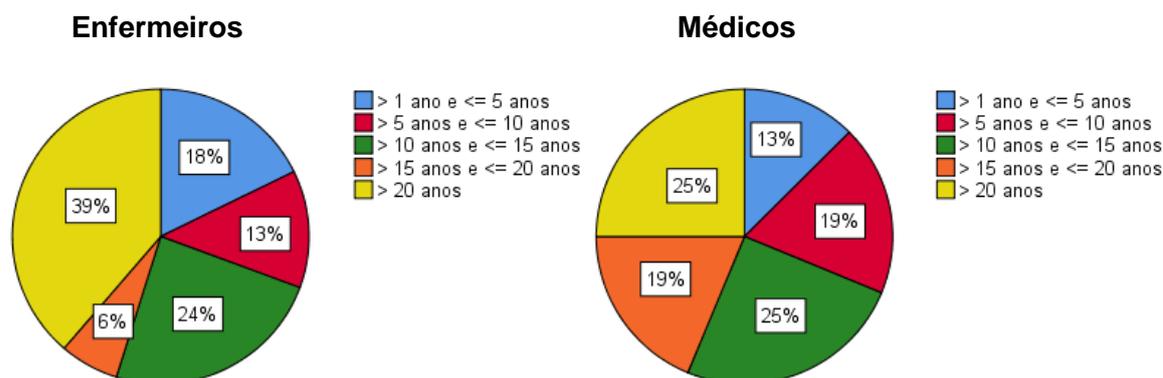


Em relação aos médicos verifica-se que a grande maioria tem especialização (81%). Os 19% que afirmaram não ter especialidade, dizem respeito a 3 médicos internos que integram a especialidade de pediatria.

Relativamente à *experiência profissional* dos enfermeiros (gráfico 4), a maioria (39%) trabalha há mais de 20 anos, 24% com mais de 10 até 15 anos e 18% entre mais de 1 a 5 anos. Quanto à equipa médica, 25% tem experiência profissional superior a 20 anos, 19% mais de 15 a 20 anos, 25% com mais de 10 até 15 anos e apenas 13% entre mais de 1 ano até 5 anos.

Analisando por grupo profissional, tanto na equipa de enfermagem, como na médica, a grande maioria tem experiência profissional superior a 10 anos (69%). Apenas 18% dos enfermeiros e 13% dos médicos inquiridos trabalham entre 2 e 5 anos, o que pode revelar que estamos perante uma equipa experiente do ponto de vista profissional.

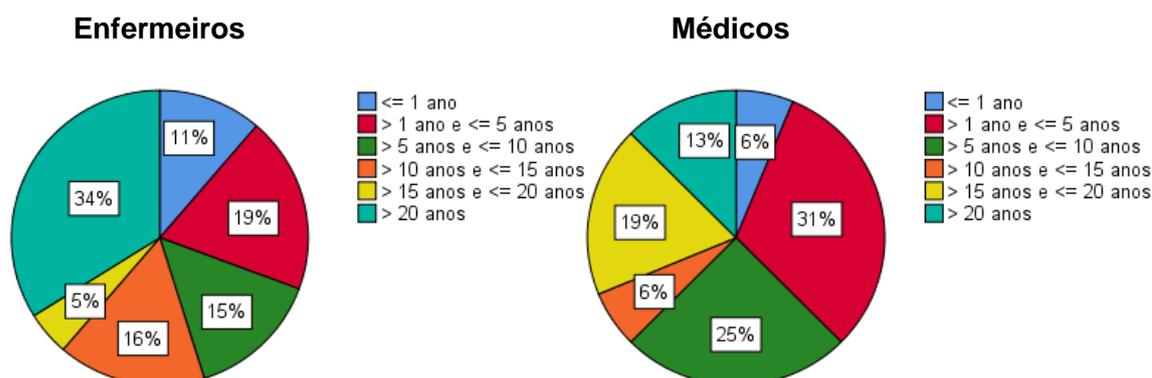
Gráfico 4 – Caracterização dos profissionais quanto à experiência profissional



No que concerne ao *tempo de serviço* no CH (gráfico 5), verifica-se que 34% dos enfermeiros exerce funções há mais de 20 anos, 16% mais de 10 até 15 anos, 15% superior a 5 e 10 anos e 19% mais de 1 até 5 anos. Numa análise mais ampla, verifica-se que mais de metade (55%) exerce funções há mais de 10 anos e 11% trabalha no CH há menos de 1 ano, o que pode revelar haver na equipa de Enfermagem elementos com bastante experiência profissional e em cuidados específicos às necessidades dos doentes de cada serviço. De valorizar também a percentagem de profissionais com menos de 1 ano de experiência no CH (11%), que apesar do pouco tempo, assumem a responsabilidade dos cuidados integrais ao doente, incluindo as situações emergentes que possam ocorrer.

Em relação ao tempo de exercício profissional dos médicos no CH, 13% exerce funções há mais de 20 anos, 19% superior a 15 até 20 anos, 25% entre 6 a 10 anos, 31% entre 2 a 5 anos e, somente 6% está há menos de 1 ano no Hospital. Comparativamente aos participantes enfermeiros, de modo geral é um grupo com menos anos em funções no CH, em que 38% exerce há mais de 10 anos e 31% entre 2 a 5 anos.

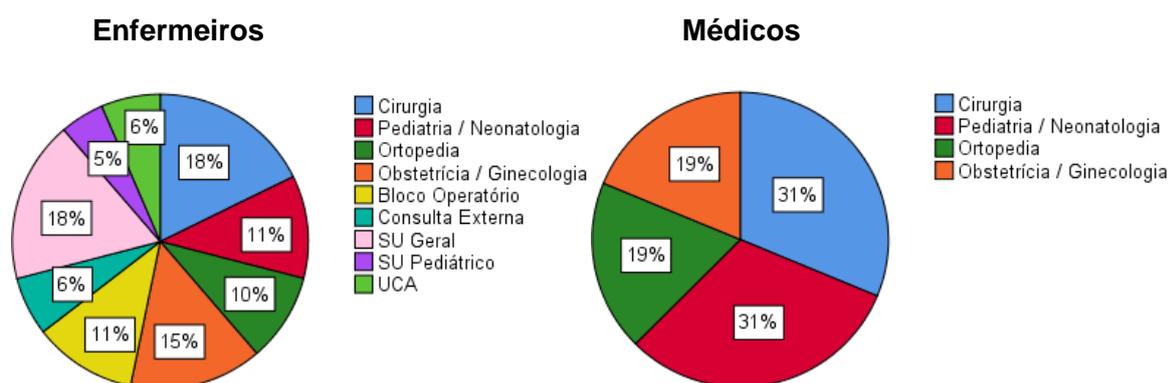
Gráfico 5 – Caracterização dos profissionais quanto à experiência profissional, no Centro Hospitalar



Quanto ao *serviço onde exercem funções* na Unidade Hospitalar (gráfico 6) e em função da seleção aleatória da amostra, pode-se observar que é no serviço de Cirurgia Geral e no SU Geral onde existem mais enfermeiros (18% em cada), seguindo-se o serviço de Obstetrícia e Ginecologia com 15%. O menos representado é o SU Pediátrico, onde existe somente 5% destes profissionais. Estes dados vão de encontro às dotações de enfermeiros nos serviços de Cirurgia Geral e no SU Geral, dentro da Unidade Hospitalar.

No que se refere aos médicos, observa-se que é nos serviços de Cirurgia Geral e Pediatria onde existe o maior número destes profissionais (31%), seguindo-se os serviços de Ortopedia e Obstetrícia/Ginecologia (19%). No entanto, existem especialidades médicas que abrangem mais do que um serviço no Hospital, o que justifica o facto de na distribuição dos médicos quanto ao serviço só se diferenciarem 4 especialidades, o que não ocorre nos enfermeiros por constituírem equipas fixas por serviço.

Gráfico 6 – Distribuição dos profissionais quanto ao serviço onde exercem funções



Quanto ao investimento na *formação pós-graduada* dos enfermeiros, 40% tem pelo menos uma Pós-Graduação, embora destes existam alguns que detêm mais do que uma Pós-Graduação. Pelo contrário, nenhum dos médicos inquirido é pós-graduado.

Dos enfermeiros que referiram ter pelo menos uma Pós-Graduação, a mais citada foi a Pós-Graduação em Emergência e Trauma (25%), seguindo-se a Pós-Graduação em Enfermagem Avançada (14%). Porém, observa-se um investimento em diversas Pós-Graduações por parte dos enfermeiros, onde foram mencionados 14 subtipos diferentes, como demonstra a Tabela 2. Apesar de obterem menor expressão, as Pós-Graduações em Enfermagem em Cuidados Intensivos e a Pós-Graduação em Anestesiologia aportam saberes e competências específicas importantes na intervenção ao doente crítico.

Tabela 2 – Formação pós-graduada dos enfermeiros

	N	%
Pós-Graduação em Emergência e Trauma	7	25%
Pós-Graduação em Enfermagem Avançada	4	14%
Pós-Graduação em Supervisão Clínica	3	11%
Pós-Graduação em Gestão de Unidades de Saúde	3	11%
Pós-Graduação em Instrumentação Cirúrgica	2	7%
Pós-Graduação em Enfermagem em Cuidados Intensivos	1	4%
Pós-Graduação em Anestesiologia	1	4%
Pós-Graduação em Enfermagem na Dor	1	4%
Pós-Graduação em Sexualidade Humana	1	4%
Pós-Graduação em Gestão e Administração Hospitalar	1	4%
Pós-Graduação em Intervenção em Cuidados Continuados	1	4%
Pós-Graduação em Educação para a Saúde	1	4%
Pós-Graduação em Gestão dos Serviços de Enfermagem	1	4%

Relativamente à formação na *abordagem ao doente crítico*, observa-se que a grande maioria dos enfermeiros (81%) e a totalidade dos médicos possuem algum tipo de formação nesta área. Estes dados são extremamente relevantes e bastante favoráveis para que se torne possível a criação e a implementação de uma EEMI na Unidade Hospitalar, uma vez que, tal como é evidenciado pela literatura, estas equipas necessitam de formação e treino em competências técnicas e não técnicas, que lhes permitam uma melhor atuação na abordagem ao doente crítico (INEM, 2019). A Norma da DGS (2010) ao definir os critérios que servem de orientação à criação e implementação das EEMI, evidencia também a necessidade da formação e do treino adequado, não só aos profissionais que integram a equipa, mas a todos os profissionais da Instituição Hospitalar.

Da análise conjunta dos resultados apresentados na Tabela 3, a formação na abordagem ao doente crítico mais representada no grupo dos enfermeiros é o curso de SIV (44%), seguindo-se o de SAV (31%). Por sua vez, no grupo dos médicos a mais expressiva é o curso de SAV (45%), seguindo-se o SIV (38%). De realçar que existem enfermeiros e médicos que afirmam ter mais do que um tipo de formação nesta área.

Tabela 3 – Formação dos enfermeiros e médicos na abordagem ao doente crítico

ENFERMEIROS	n	%
Curso SIV	44	44%
Curso SAV	31	31%
Curso Avançado de Trauma	16	16%
Curso Avançado de Via Aérea	5	5%
Farmacologia em Emergência	1	1%
Curso Suporte Básico de Vida	1	1%
Reanimação Intra-Hospitalar	1	1%
Catástrofe	1	1%

MÉDICOS	n	%
Curso SAV	13	45%
Curso SIV	11	38%
Curso Avançado de Trauma	5	17%

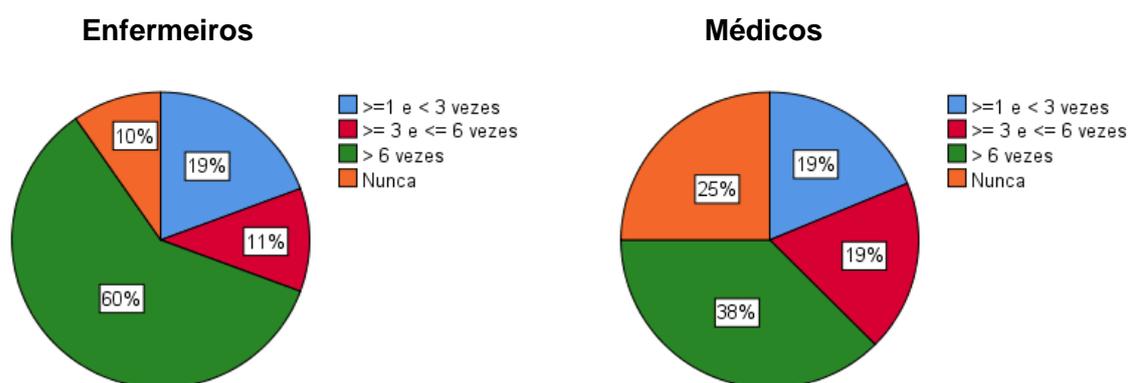
Com a segunda parte do questionário pretendeu-se obter dados sobre as experiências dos enfermeiros e médicos na abordagem ao doente crítico, bem como perceber as suas dificuldades na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Relativamente à questão sobre as *experiências de intervenção* em situações de emergência, constatou-se que a totalidade dos enfermeiros e a grande maioria dos médicos (88%) já passou por esta experiência em algum momento da sua prestação de cuidados.

No que respeita à *intervenção ao doente em PCR*, a grande maioria dos enfermeiros (90%) referiu ter vivido essa experiência no exercício das suas funções, sendo que 60% afirmam que esta ocorreu mais de 6 vezes, 11% entre 3 a 6 vezes e 19% inferior a 3 vezes. Relativamente aos médicos e dentro da mesma variável, 75% mencionam que tiveram experiência com o doente em PCR, sendo que 37% refere em mais de 6 vezes, 19% entre 3 a 6 vezes e, na mesma percentagem, inferior a 3 vezes (gráfico 7). Estes dados revelam que o número de ocorrências por PCR intra-hospitalar ainda é considerável, apesar de não haver essa informação, traduzida em números estatísticos, ao nível do CH.

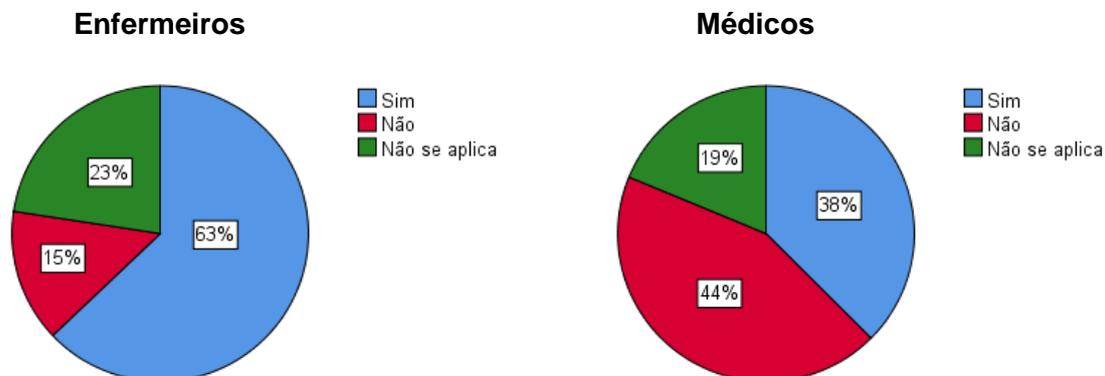
Quando comparados os grupos profissionais, denota-se que são os enfermeiros quem mais experiências tiveram na intervenção ao doente em PCR.

Gráfico 7 – Número de vezes que teve intervenção ao doente em PCR



Em relação à *necessidade de contactar a equipa médica do SU* numa situação de emergência (gráfico 8), 63% dos enfermeiros e 38% dos médicos afirmam ter realizado este contacto. Verifica-se ainda que 23% dos enfermeiros, ao pertencerem à equipa da SU e 19% dos médicos, ao serem de Medicina Interna, esta necessidade não se aplica.

Gráfico 8 – Necessidade de contactar a equipa médica do SU para observação de doente crítico ou em PCR

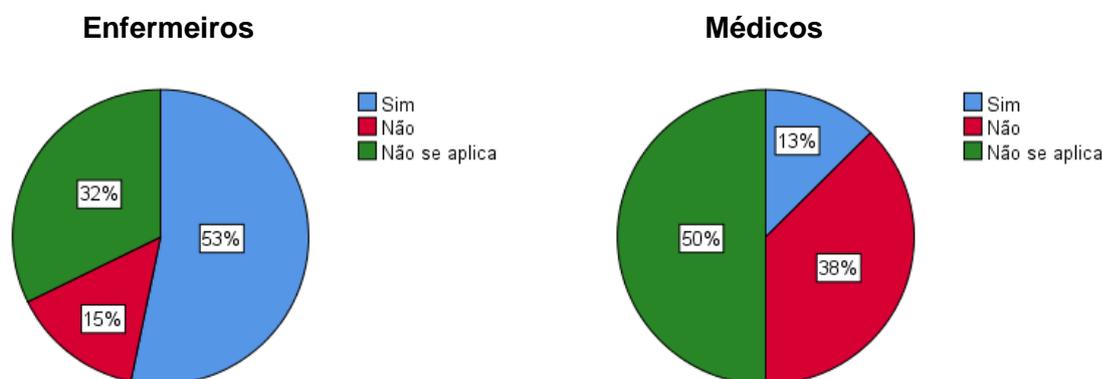


Quanto à *dificuldade em contactar a equipa médica do SU* (gráfico 9) perante uma situação de emergência, uma percentagem bastante considerável dos enfermeiros (53%) respondeu já ter sentido essa dificuldade durante o seu turno de trabalho. No entanto, constata-se que apenas 13% dos médicos afirmam ter sentido esta dificuldade, sendo esta uma realidade mais presente no grupo dos enfermeiros.

Na situação atual, como não está implementada formalmente a EEMI na Unidade Hospitalar, perante uma situação de agravamento do estado clínico do doente, primeiro

é comunicado ao médico residente do serviço que, após a sua avaliação clínica, decidirá contactar a equipa médica do SU, que informalmente funciona como a EEMI.

Gráfico 9 – Dificuldade em contactar a equipa médica do SU



Quando questionados, tanto médicos como enfermeiros, se já sentiram *dificuldades na abordagem e intervenção ao doente crítico ou em PCR*, a grande maioria dos enfermeiros (73%) e 44% dos médicos responderam afirmativamente.

As dificuldades mais referenciadas (gráfico 10) foram o espaço físico (16%), a falta de metodologia de trabalho nas equipas (15%), a falta de formação e treino em reanimação (14%), trabalho em equipa (11%), contactar a equipa médica do SU e a sua demora na chegada ao local da ocorrência, respetivamente, com 10% e 4%. Dificuldades relacionadas com o carro de emergência, como a sua inadequabilidade e precaridade (5%), a localização distante (1%) e a inexistência de uma equipa de emergência médica foram igualmente apontadas (4%).

Outras dificuldades foram mencionadas, embora com menos expressão, tais como: pouca preparação técnica e emocional dos profissionais para situações de emergência, dificuldades no conhecimento e manuseamento do material no carro de emergência, défices a nível de conhecimentos em farmacologia e em técnicas invasivas, bem como a falta de comunicação entre as equipas, sendo este um dos aspetos que tanto influencia o desempenho das mesmas.

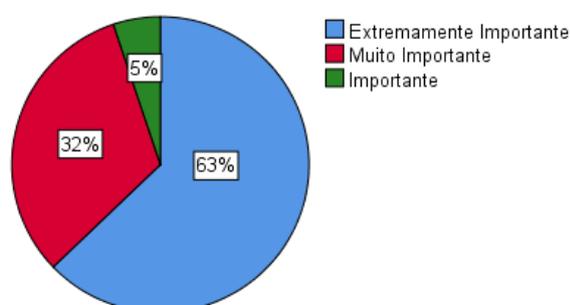
Gráfico 10 – Dificuldades dos profissionais na abordagem ao doente crítico ou em PCR



A terceira e última parte do questionário procura analisar a importância da EEMI na abordagem ao doente crítico intra-hospitalar, sob o ponto de vista dos participantes. Ao longo desta parte, os dados dos dois grupos profissionais serão tratados e analisados conjuntamente. Esta opção baseia-se no facto de se considerar que uma análise conjunta não prejudica os resultados finais.

Assim, no que concerne à *existência de uma EEMI* (gráfico 11), a grande maioria dos inquiridos (63%) considera esta ser de extrema importância e 32% como muito importante. De realçar que nenhum dos participantes considerou não ser importante.

Gráfico 11 – Importância da existência de uma EEMI para intervenção ao doente crítico



Quando se questionou se a existência de uma EEMI *pode reduzir o tempo de início de atuação* ao doente crítico ou em PCR, 94% respondeu afirmativamente e, somente 6% considera que não.

Também na questão, se a abordagem da EEMI ao doente crítico ou em PCR pode trazer *ganhos para o doente*, 95% refere que sim e apenas 5% não sabe.

Em relação aos *ganhos* com a implementação da EEMI (gráfico 12), o mais expressivo, na opinião dos inquiridos, é a rapidez na atuação ao doente crítico (31%). Perante determinados sinais de instabilidade e de alerta no doente, a equipa é logo ativada, através de um contacto direto, levando a uma intervenção mais precoce e uma tomada de decisão mais rápida. Consideram também que a atuação da EEMI possibilita uma intervenção mais diferenciada (16%), podendo diminuir complicações e comorbidades no doente (16%), ter melhor hipótese de sucesso na sua recuperação (5%) e, deste modo, diminuir a mortalidade intra-hospitalar (8%). Com a intervenção de uma equipa dedicada e com profissionais treinados, acreditam contribuir para a melhoria na qualidade dos cuidados prestados (11%) e para a melhoria na qualidade de vida do doente (3%).

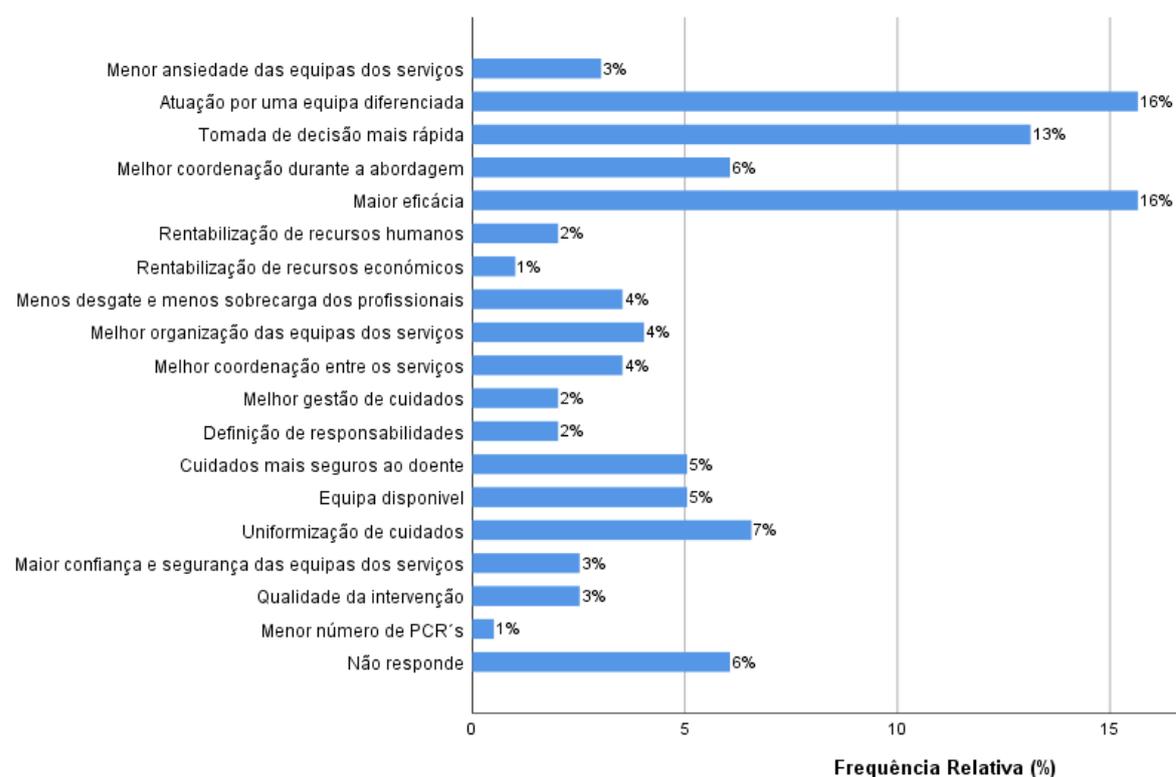
Gráfico 12 – Ganhos na abordagem ao doente crítico ou em PCR efetuada pela EEMI



Cruzando a questão anterior, os inquiridos apontam como *vantagens* da implementação da EEMI, não só a atuação ao doente crítico, como também contribui para a gestão e organização dos serviços. Assim, referem como vantagens (gráfico 13) a atuação por uma equipa diferenciada (16%), proporcionando uma maior eficácia na intervenção (16%) e a tomada de decisão mais rápida (13%), possibilitando uma uniformização de cuidados

(7%). Outras vantagens foram assinaladas como a garantia de cuidados mais seguros ao doente (5%), melhor organização (4%), trazendo menos desgaste e sobrecarga a todos os profissionais (4%). Da mesma forma, apontam uma melhor resposta na abordagem com qualidade na intervenção (3%), melhor definição das responsabilidades dos elementos dentro das equipas dos diferentes serviços (2%), o que causa menos ansiedade nessas mesmas equipas (3%), melhor gestão de cuidados (2%), entre outras.

Gráfico 13 – Vantagens da implementação da EEMI na abordagem ao doente crítico

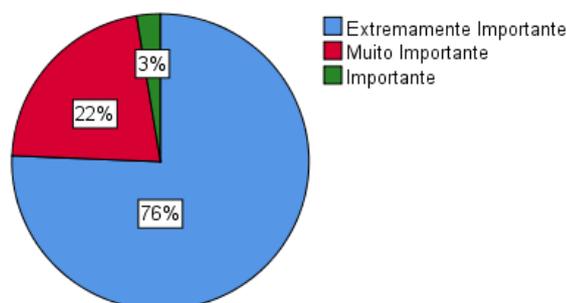


Embora a maioria dos profissionais considere pertinente a existência de uma EEMI e que esta pode trazer ganhos na intervenção e recuperação do doente, 72% afirma não ter conhecimento dos seus *critérios de ativação*, apesar de estarem definidos segundo a abordagem ABCD, na Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO (DGS, 2010). É evidenciado pela literatura que os critérios de ativação da EEMI são constituídos por um conjunto de sinais e sintomas de deterioração fisiológica, que identifica o doente como crítico e os seus cuidados como emergentes (Winters, [et.al.], 2013).

No que se refere à importância da *existência de um número telefónico* interno uniformizado para ativação da EEMI (gráfico 14), 76% consideram de extrema

importância e 22% muito importante. De evidenciar que nenhum dos profissionais considerou não ser importante.

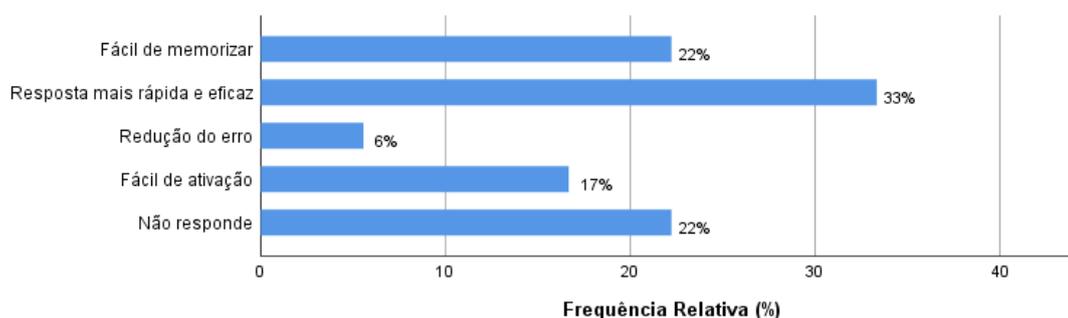
Gráfico 14 – Importância do número telefónico interno para ativação da EEMI



Quando questionados se conheciam a *recomendação para a uniformização do número de emergência médica intra-hospitalar*, a nível europeu, constatou-se que a grande maioria (83%) não tinha conhecimento desta orientação, apesar desta ter sido já emanada em 2017 pelo ERC, pelo *European Board of Anaesthesiology* e pela *European Society of Anaesthesiology*.

Dos inquiridos que afirmaram ter conhecimento da recomendação (17%), quando questionados sobre as suas *vantagens* (gráfico 15), a mais referida foi que levava a uma resposta mais rápida e eficaz (33%), seguindo-se que a uniformização do número facilita a sua memorização (22%), é de fácil ativação (17%) e, portanto, contribui para a redução do erro (6%). Estes resultados vão de encontro à literatura, uma vez que é defendido que a preferência por sequências do mesmo número torna-se mais fácil de memorizar e de digitar por todos os profissionais da Instituição. A nível nacional, o Despacho n.º 9639/2018 recomenda aos hospitais do SNS para adotarem o n.º 2222 na sua rede telefónica interna para ativação da EEMI. Está provado que a uniformização é um mecanismo de redução do erro, permite ganhos de tempo na intervenção, sendo estabelecida como medida de segurança do doente e como melhoria da qualidade dos cuidados (Despacho n.º 9639/2018).

Gráfico 15 – Vantagens para a uniformização do número de emergência médica intra-hospitalar



As opiniões dos participantes sobre os *motivos pelos quais ainda não foi implementada a EEMI* na Unidade Hospitalar (gráfico 16), distribuem-se pela falta de recursos humanos (16%); custos acrescidos necessários à criação e à atividade da equipa (16%); estrutura física da Unidade Hospitalar (13%), uma vez que se trata arquitetonicamente de um edifício antigo e, por vezes, pouco adaptado às exigências atuais; dificuldade na organização dos serviços (11%); manter a equipa disponível 24h por dia (13%); bem como, a inexistência de protocolos clínicos de atuação (8%). Com menos expressividade, foi também mencionado a resistência à mudança (7%), a falta de motivação dos profissionais (4%) e o desconhecimento das vantagens da EEMI pelos mesmos (2%).

Gráfico 16 – Motivos pela qual não está implementada a EEMI na Unidade Hospitalar



Quando questionados acerca da necessidade da equipa de enfermagem e médica que integre a EEMI deter *competências* na abordagem avançada da via aérea e em técnicas de reanimação, a posição foi consensual, com a totalidade dos profissionais a responderem afirmativamente.

Para que seja implementada uma EEMI é fundamental perceber se os profissionais estão motivados e se existe o número de elementos necessários à sua criação. Desta forma, considerou-se importante auscultar o desejo dos inquiridos em pertencer à EEMI, se esta fosse criada na Unidade Hospitalar. Constatou-se que, apenas 27% dos enfermeiros (n=17) e 19% dos médicos (n=3) se mostraram interessados em fazer parte da EEMI. Salva-se, no entanto, que os participantes representaram 30% da população. Mesmo assim, os enfermeiros seriam em número suficiente para propor a criação da equipa, contudo, o mesmo não se verifica com os médicos. Claro que, teria que ser considerado todo o universo dos enfermeiros, mas fundamentalmente dos médicos.

Quanto às *áreas de formação* que os profissionais interessados em integrar a EEMI necessitam de aprofundar e desenvolver competências (Tabela 4), a mais mencionada foi na abordagem da via aérea (23%), seguindo-se o trauma e o SAV (15%), a abordagem ao doente em peri-paragem e a terapêutica em emergência (11%), o SIV pediátrico, a monitorização eletrocardiográfica e a ventilação invasiva e não invasiva (9%). A identificação destes dados é crucial para, posteriormente, serem definidos e elaborados os planos de formação aos profissionais, no sentido de desenvolver competências na atuação ao doente crítico, essenciais para a implementação da EEMI. Citando fontes do INEM (2019), os profissionais que integram as EEMI necessitam de formação e treino em competências que lhes assegurem uma melhor atuação. Assim, para manter e melhorar essas competências, minimizar erros e otimizar resultados é fundamental investir numa reciclagem constante do conhecimento, orientados e fundamentados nas diretrizes mais atuais (Kronick, [et.al.], 2015).

Tabela 4 – Áreas de formação a desenvolver para integrar a EEMI

	n	%
Via Aérea	11	23%
Trauma	7	15%
SAV	7	15%
Abordagem ao doente em peri-paragem	5	11%
Terapêutica em Emergência	5	11%
SIV Pediátrico	4	9%
Monitorização Eletrocardiográfica	4	9%
Ventilação Invasiva e Ventilação Não Invasiva	4	9%

Da entrevista

Da análise do conteúdo das entrevistas realizadas aos três elementos do CH, a desempenharem funções de gestão, por forma a perceber os seus pontos de vista em relação à intervenção da EEMI, tendo em conta os preceitos da análise de conteúdo de Bardin (2019), emergiram os seguintes temas:

1. Benefícios da implementação da EEMI;
2. Dificuldades à implementação da EEMI,
3. Necessidades para a implementação da EEMI;
4. Fatores facilitadores à implementação da EEMI.

Para apresentação da análise dos resultados obtidos, recorreu-se a tabelas onde se estruturam as categorias e subcategorias, que decorrem dos temas supracitados. A análise destas é acompanhada pelas unidades de registo, com a respetiva discussão dos resultados.

- **Tema 1 - Benefícios da implementação da EEMI**

Na opinião dos entrevistados existem benefícios da implementação da EEMI na Unidade Hospitalar, trazendo ganhos para os **profissionais**, para a **Instituição** e para o **doente**, focando ainda a **qualidade na intervenção**. Da categoria benefícios **para os profissionais**, emergiram as subcategorias **motivação profissional**, **reconhecimento profissional**, **segurança**, **trabalho em equipa**, **uniformização de procedimentos**, **definição de orientações** e **definição de responsabilidades** (tabela 5).

Tabela 5 – Benefícios da implementação da EEMI

Benefícios da Implementação da EEMI	
Categorias	Subcategorias
Para os profissionais	Motivação profissional
	Reconhecimento profissional
	Segurança
	Trabalho em equipa
	Uniformização dos procedimentos
	Definição de orientações
	Definição de responsabilidades
Para a Instituição	
Para o doente	Prevenção de complicações
	Prevenção de PCR
Qualidade na intervenção	

Quanto aos ganhos **para os profissionais**, a implementação da EEMI contribui para a **motivação profissional**, nomeadamente dos enfermeiros especialistas com competências na abordagem ao doente crítico, como refere E1 “(A *motivação, a satisfação profissional (...) há profissionais que têm interesse por esta área (...)*”.

O **reconhecimento dos profissionais**, nomeadamente dos especialistas, como forma de diferenciação e valorização das suas competências foi também um benefício apontado por E1 que menciona (...) *no caso dos enfermeiros especialistas que poderiam diferenciar o seu desempenho (...)*”.

A **segurança das equipas** dos serviços, foi referida por dois informantes como benefícios da implementação da EEMI, uma vez que, na perspetiva destes, ao existir uma equipa diferenciada de intervenção ao doente crítico e com competências neste âmbito, sentem-se mais apoiados e seguros ao saberem que os cuidados estão assegurados, como se pode verificar nos seguintes excertos “(...) *se soubermos que há sempre essa retaguarda, os próprios profissionais vão estar a aprender de uma forma mais segura (...) porque sabem que a parte da segurança e da resposta à emergência está acautelada (...)*” (E1); “(...) *traria então mais segurança a todos.*” (E2).

A existência da EEMI, na opinião de alguns, fomenta o **trabalho em equipa**, nomeadamente entre as equipas dos serviços e a equipa de emergência, dado que estas têm que se articular e colaborar em consonância, pois como refere E1 “(...) *haver uma*

articulação perfeita dos profissionais”, opinião partilhada por E2 e E3, respetivamente, ao considerarem que “(...) *tem que trabalhar em equipa, com as pessoas que estão nos serviços.*” e “(...) *é mais fácil que colaborem uns com os outros (...)*”.

A **uniformização dos procedimentos**, foi outra subcategoria abordada como vantagem da EEMI para os profissionais, com a elaboração de protocolos de atuação, uma vez que possibilita “(...) *ter uma resposta transversal aos serviços todos (...)*” (E1) e permite que “(...) *haja protocolos de monitorização e de sinais de alarme (...)* cada doente deverá ter um plano de avaliação e de monitorização (...)” (E2). Esta premissa alicerça-se na importância de cada doente ter um plano de monitorização de sinais vitais que explicita as variáveis a monitorizar e a frequência com que devem ser avaliadas para, posteriormente, segundo escalas de alerta ou critérios de ativação, sejam identificadas as necessidades de solicitar ajuda diferenciada (Soar [et. al.], 2021).

Na mesma linha de pensamento, é fundamental a **definição de orientações** claras e comuns a todos os serviços, como refere E1 “(...) *com definidas orientações, circuitos, pontos de resposta (...)* que sejam definidas orientações precisas e transversais (...)”, assim como, a subcategoria **definição de responsabilidades** tanto da equipa de emergência como de todos os profissionais da Unidade Hospitalar, como aponta E2 “(...) *trazia responsabilidades a todos (...)*”. O fluxograma de atuação imediata ao doente instável está descrito na Circular Normativa da DGS (2010), 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. 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).

Como segunda categoria dos contributos benéficos da implementação da EEMI surgem os contributos para a **Instituição**, que na ótica de dois informantes, acrescentaria também valor na gestão e articulação interna dos serviços, quando consideram que “(...) *acrescentando valor aos serviços e a cada um (...)* traz ganhos à Instituição.” (E1) e “(...) *Urgência passará a funcionar melhor (...)* a ligação entre os serviços funciona melhor (...)” (E3).

A categoria dos benefícios da EEMI relaciona-se com o **doente**, em que os informantes consideram que com a intervenção da EEMI, haveria **prevenção de complicações**, tendo sido esta a primeira subcategoria evidenciada, como refere E2 e E3, respetivamente, “(...) *a intenção é da prevenção (...)*” e “(...) *os doentes são mais bem*

tratados, atendidos (...)”. Também a **prevenção de PCR**, surge como subcategoria, como defende E2 *“(...) para prevenir as paragens cardiorrespiratórias (...)*”. Estas linhas de pensamento vão de encontro ao que é considerada medida importante e objetivo central da intervenção da EEMI, por esta contribuir para a diminuição das taxas de PCR e, conseqüentemente, a mortalidade dentro das Unidades Hospitalares pela mesma causa (INEM, 2019).

A categoria **qualidade na intervenção** surge por considerarem que a intervenção da EEMI permite uma resposta rápida com qualidade na intervenção, como afirma E2 *“(...) se deteriorar, sinais de alarme, esses sim chamam uma equipa de emergência. (...) tem que se responder rápido (...)*”. 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, 2019). Assim, os resultados finais no doente são inteiramente influenciados pela deteção antecipada e pela intervenção precoce.

- Tema 2 - Dificuldades à implementação da EEMI

Relativamente às dificuldades na implementação da EEMI e pela análise dos discursos emergiram três categorias: **financeiras**, **estruturais** e de **recursos humanos**, conforme apresentado na tabela 6.

Tabela 6 – Dificuldades à implementação da EEMI

Dificuldades à implementação da EEMI	
Categorias	Subcategorias
Financeiras	
Estruturais	Barreiras arquitetónicas Dispersão dos serviços de internamento Inexistência de um serviço de continuidade de cuidados ao doente crítico
Recursos humanos	

As questões **financeiras** foram apontadas como dificuldade por um dos entrevistados, uma vez que, para constituir a EEMI é necessário, antecipadamente, um reforço de recursos humanos, materiais e ações formativas, que implicam algum investimento, tal

com está narrado por E1 “(...) implicaria reforço de recursos, de recursos humanos e prepará-los (...) prepará-los vem trazer custos (...) isto esbarra em questões financeiras (...)”.

Por sua vez, da categoria **estrutural**, ressalta a subcategoria **barreiras arquitetónicas** onde é referido por E1 “(...) temos muitas barreiras em termos de estrutura, é um edifício muito antigo que não foi pensado aos dias de hoje (...) os serviços cresceram em termos de atendimento e de produção e as paredes não acompanharam (...)” e por E3 “(...) que não é a ideal, mas que é a possível na estrutura que existe”. Dentro da mesma categoria, identifica-se ainda a subcategoria **dispersão dos serviços de internamento**, sendo esta também apontada como contrariedade à implementação da EEMI, uma vez que, o CH comporta duas Unidades distintas, situadas em cidades diferentes, como citado por E3 “(...) Não há as condições ideais, porque nós temos um Centro Hospitalar (...) essa equipa não iria poder dar resposta à Unidade (...) onde está o internamento de Medicina Interna (...) fruto desta divisão das duas Unidades”. Da mesma forma, a subcategoria **inexistência de um serviço de continuidade de cuidados ao doente crítico** é mencionada por E3 como dificuldade por considerar que falta “(...) uma Unidade de Cuidados Intermédios (...) para continuidade assistencial ao doente (...) que vai precisar de vigilância apertada e que neste momento não existe (...)”.

Os **recursos humanos** é a outra categoria que advém das dificuldades apontadas para a implementação da EEMI, uma vez que, para a constituição da mesma são necessários recursos humanos disponíveis e dedicados, como refere E1 “(...) para termos uma equipa dedicada, numa cobertura total, implicaria reforço de recursos, de recursos humanos (...)” e E2 “(...) é uma questão de recursos humanos (...)”.

- Tema 3 - Necessidades para implementação da EEMI

Para o presente tema, que se debruça sobre o que é necessário para a implementação da EEMI, da opinião dos informantes surgiram como categorias **criação de uma Unidade de Cuidados Intermédios, formação, recursos humanos, recursos materiais e alterações estruturais** da Unidade Hospitalar, como expõe a tabela 7.

Tabela 7 – Necessidades para a implementação da EEMI

Necessidades para implementação da EEMI	
Categorias	Subcategorias
Criação de Unidade de Cuidados Intermédios	
Formação	Contínua Recurso à simulação Em áreas específicas
Recursos humanos	
Recursos materiais	
Alterações estruturais	

A **criação de uma Unidade de Cuidados Intermédios** é vista como uma necessidade e que completa a atividade assistencial da EEMI, por ser um serviço de cuidados mais diferenciados ao doente que teve agravamento do seu estado clínico e que não poderá manter-se na enfermaria de origem, tal como é indicado por E3 “(...) *haverá uma Unidade de Cuidados Intermédios para que esses doentes tenham uma vigilância sequente ao invento (...)*”. Esta Unidade permitiria uma retaguarda de vigilância, tratamento e estabilização do doente crítico, que na atualidade não existe, antes da sua transferência para outro hospital de referência com resposta mais diferenciada.

Relativamente à categoria **formação**, esta divide-se nas subcategorias **contínua**, **recurso à simulação** e em **áreas específicas**. Na subcategoria formação **contínua**, os informantes consideram que a formação aos elementos que integrarem a EEMI tem que ser uma constante visando profissionais qualificados e altamente competentes, capazes de atuar de forma pronta, à luz das mais recentes evidências científicas, tal como menciona E1 a “(...) *formação tem que ser permanente, continua (...)*”. Relativamente à subcategoria **recurso à simulação**, os participantes entendem que a simulação e o treino simulado são hoje reconhecidos como estratégias pedagógicas fundamentais na formação de profissionais de saúde, com impacto a várias dimensões, como afirma E1 “(...) *têm que fazer simulações, têm que estar sempre treinados (...)*”. Por último, a formação deverá incidir em **áreas específicas**, como se pode constatar nos seguintes segmentos de frase “(...) *educação em emergência (...)* *têm que ter formação em Suporte Avançado de Vida, no mínimo Suporte Imediato de Vida (...)*” (E2); “(...) *médico e enfermeiro com formação de Suporte Avançado de Vida (...)*” (E3). É recomendado que os profissionais que compõem estas equipas de emergência médica detenham

competências e treino em SAV e via aérea (Sethi e Chalwin, 2018). O objetivo é assegurar que adquiram as melhores competências que lhes permita atuar eficazmente e melhorar a sobrevivência dos doentes (INEM, 2019).

A categoria **recursos humanos**, anteriormente apontada como dificuldade, surge também como uma necessidade à implementação da EEMI, sendo estes um dos componentes mais importantes e essenciais para que seja possível a constituição da equipa de emergência, tal como é expresso por E3 “(...) *faz todo o sentido termos uma equipa dedicada nas 24hs. (...) uma equipa que deveria ter a autonomia e independência (...) teria elementos próprios, médico e enfermeiro*”. Está preconizado que as EEMI devem ser constituídas por um médico e um enfermeiro e que devem estar dedicadas 24 horas por dia, todos os dias do ano (DGS, 2010; INEM 2019).

A quarta categoria nomeada reporta-se aos **recursos materiais** e equipamentos, que juntamente com os recursos humanos, constituem peças basilares na criação e implementação da EEMI, como se pode verificar nos excertos de E1 e E2, respetivamente, “(...) *os recursos materiais, obviamente teríamos que ter meios para a resposta (...)*” e “(...) *equipamento (...)*”. A EEMI, para além do material e equipamento existente no serviço de internamento, deve fazer-se acompanhar por um monitor/desfibrilhador, material da via aérea, material de acesso endovascular e fármacos de emergência, aquando da sua ativação (DGS, 2010).

Por fim, a necessidade de **alterações estruturais** é fundamental à implementação da EEMI, uma vez que, como já referido anteriormente, a estrutura do Hospital é antiga e inadequada, tanto nos acessos internos como na dispersão dos serviços de internamento que, na opinião de E3, a melhoria desta contribuía de forma significativa para a eficácia na intervenção da EEMI, ao expor que “(...) *quando nós conseguíssemos ter os internamentos todos na mesma Unidade Hospitalar (...) centralizar internamentos num espaço único (...)*”.

- Tema 4 - Fatores facilitadores à implementação da EEMI

A abordagem do tema fatores facilitadores à implementação deu origem a cinco categorias que a seguir se apresentam na tabela 8, não se tendo evidenciado nenhuma subcategoria.

Tabela 8 – Fatores facilitadores à implementação da EEMI

Fatores facilitadores à implementação da EEMI	
Categorias	Subcategorias
Rentabilização de recursos humanos	
Melhoria dos serviços complementares	
Projeto de alterações arquitetónicas	
Apoio organizacional à formação dos profissionais	
Capacitação dos profissionais	

A primeira categoria que emerge é a **rentabilização de recursos humanos** existentes no CH. Na palavra de E3, com a reorganização e a centralização dos serviços, haveriam profissionais que podiam ser otimizados e direcionados para esta atividade assistencial ao doente crítico intra-hospitalar, ao considerar que *“(...) a equipa de residência que neste momento temos só de apoio ao internamento de Medicina, poderá ser convertida parcialmente nessa equipa de emergência interna (...) Faz todo o sentido rentabilizarmos aquela equipa (...) aqueles recursos que estavam subaproveitados passarão a integrar uma equipa (...)”*.

A categoria que se relaciona com a **melhoria dos serviços complementares** é considerada como aspeto facilitador, uma vez que, na Unidade Hospitalar houveram recentes alterações de melhoria nos meios complementares de diagnóstico e tratamento, nomeadamente a nível de radiologia e da tomografia computadorizada, de forma a otimizar a sua resposta diagnóstica, como transcreve o excerto *“(...) a radiologia evoluiu, já temos cá a TAC a funcionar (...)”* (E3).

Da análise dos discursos emerge também como fator facilitador da implementação da EEMI o **projeto de alterações arquitetónicas**, que neste momento se encontra em fase de planeamento, de forma a minimizar as dificuldades existentes. As condições da Unidade Hospitalar já não respondem eficazmente às necessidades, quer em termos de funcionalidade dos espaços e ao número de vagas nos internamentos, que se revelam insuficientes em determinadas épocas do ano, quer agravado pelo facto de o serviço de Medicina Interna se encontrar na Unidade do CH diferente do SU. Como evidenciou E3 *“(...) temos projetos (...) estamos em fase de inicio da alteração estrutural do edifício ao lado (...) ao criar espaços novos permite reorganizar”*.

O **apoio organizacional à formação dos profissionais** emerge como outra categoria, ao considerarem que os coordenadores e gestores hospitalares, de uma forma geral, reconhecem a importância da formação e facilitam a sua concretização, como se pode constatar no discurso proferido por E2 “(...) *é verdade que o hospital tem favorecido isso e dá tempo de serviço para a formação (...)*”.

Por último, como fator facilitador referem a **capacitação dos profissionais**. Dos discursos produzidos ressalva-se a existência de uma maior consciencialização e formação profissional em áreas de intervenção ao doente crítico, bem como, nos principais aspetos a considerar em situações de emergência intra-hospitalar. Cada vez mais, os profissionais estão despertos para uma monitorização mais precoce e para a deteção de sinais de alarme, como revela E2 “(...) *têm uma educação em emergência diferente (...) sabem que têm que avaliar o doente, já sabem fazer SBV (...) sabem já utilizar a maior parte das pessoas bem os equipamentos (...)*”.

De acordo com os resultados obtidos, conclui-se que a grande maioria dos enfermeiros e dos médicos questionados afirmam, em algum momento da sua atividade profissional, **ter experienciado situações de emergência e contacto com o doente em PCR**. Alguns reconhecem como **dificuldade a ativação da equipa** do SU numa situação de emergência intra-hospitalar. Ao não ter um papel exclusivo de EEMI, atualmente a equipa do SU funciona de uma forma informal como a equipa de emergência interna, em que a sua atividade poderá estar dividida entre a prestação de cuidados ao doente no SU e a assistência ao doente crítico na enfermaria. Geralmente, a equipa que se desloca em primeiro do SU ao internamento onde ocorre a emergência, é médico da especialidade clínica, que por sua vez poderá ativar Medicina Interna ou outra especialidade, se assim o considerar. O enfermeiro responsável pelo doente no serviço de internamento, fica também com a responsabilidade na intervenção ao doente em situação de emergência, tendo a colaboração dos restantes colegas de turno.

Das **dificuldades** apontadas na abordagem ao doente crítico salientam a inexistência de uma metodologia de atuação e da uniformização de protocolos, que de forma encadeada possam facilitar as intervenções e o encaminhamento da situação, espelhando-se numa desorganização que por vezes se faz sentir.

Contata-se que a grande maioria dos participantes não têm conhecimento dos critérios de ativação da EEMI. Contudo, é consensual a **importância da existência da equipa dedicada para a abordagem em situações de emergência intra-hospitalar**, uma vez que esta trará ganhos diretos para o doente, nomeadamente no que concerne a uma

atuação mais rápida e diferenciada, refletindo-se numa melhoria na qualidade dos cuidados e na diminuição das complicações imediatas e tardias. Na perspetiva dos inquiridos, a atuação por uma equipa diferenciada, possibilita uma tomada de decisão mais rápida e eficaz, onde a definição e distribuição de responsabilidades permite uma melhor coordenação de esforços, que resulta numa maior confiança e segurança das equipas prestadoras de cuidados, bem como na diminuição do stress e da ansiedade das mesmas, sendo estas apontadas como **vantagens da intervenção da EEMI** à pessoa em situação crítica.

Vários são os **motivos** que mencionam para a inexistência de uma EEMI na Unidade Hospitalar como os **problemas estruturais, défice de recursos humanos e os custos acrescidos** inerentes à criação e implementação da equipa. Por sua vez, também nas entrevistas foram apontados os **problemas estruturais** e o **défice ou não rentabilização de recursos humanos**, esta última pelo facto de o CH ser constituído por duas Unidades separadas.

É unânime entre os participantes que os elementos constituintes da EEMI devam **deter competências acrescidas em técnicas de reanimação cardiorrespiratória** e que, para isso, deva ser investido num plano de formação, com períodos de atualização de conhecimentos e treinos. É igualmente consensual que todos os profissionais da Instituição devam ser alvo de formação em SBV e dos critérios de ativação da EEMI. Será da responsabilidade do Grupo de Emergência Médica (GEM), constituído por enfermeiros e médicos, entidade institucional responsável pela formação em emergência no Hospital, em SBV, SIV e SAV.

Similarmente, os elementos entrevistados reconhecem que existem **dificuldades à implementação da EEMI**, mas **que esta é necessária na Unidade Hospitalar**, trazendo ganhos para o doente, para a Instituição e também para os profissionais, como forma de motivação e reconhecimento profissional daqueles que investem e aprofundam na área do doente crítico, contribuindo para a segurança dos que cuidam nas enfermarias e fomentando o trabalho em equipa.

Reconhecem que apesar das dificuldades, existem **fatores facilitadores já presentes na Instituição**, como a recente evolução dos meios complementares de diagnóstico, a existência de um projeto de alterações da estrutura física do Hospital, o reconhecimento da importância do investimento na formação dos profissionais por parte dos gestores e a formação em emergência dos profissionais.

Dos resultados obtidos ressalva-se que, de uma forma geral, os participantes reconhecem o problema - **a criação e implementação da EEMI na Unidade Hospitalar**, como real e necessário.

Análise SWOT

Para além dos resultados encontrados através do questionário e da entrevista, efetuamos como já referido, uma análise *SWOT*, de forma a identificar as variáveis que poderiam interferir no desenvolvimento deste projeto (tabela 9). Neste contexto, foram analisadas as forças (*Strengths*) - os pontos fortes, as potencialidades e as vantagens; e as fraquezas (*Weaknesses*) - os pontos fracos e as desvantagens existentes ao nível interno da Instituição, de modo a potenciar o que existe de positivo e minimizar os aspetos mais frágeis, respetivamente. Foram também refletidas as oportunidades (*Opportunities*) de intervenção e as ameaças (*Threats*), isto é, as circunstâncias e os fatores externos favoráveis ou os que possam levar ao insucesso do projeto (Schiefer, [et.al.], 2007).

Tabela 9 – Análise SWOT

	Pontos Fortes	Pontos Fracos
Fatores Internos	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa Médica e de Enfermagem motivada e disponível para constituir a EEMI; - Necessidade e importância da EEMI identificadas pela equipa e órgãos de gestão; - Melhoria na qualidade dos cuidados; - Segurança do doente; - Otimização do trabalho em equipa multidisciplinar; - Existência de um GEM no CH; - Existência de material necessário; - Projeto de requalificação da Unidade Hospitalar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipas heterogéneas quanto à experiência profissional; - Estrutura física atual da Unidade Hospitalar desadequada; - Inexistência de EEMI; - Inexistência de protocolos clínicos de atuação; - Inexistência de n.º telefónico de emergência interna; - Inexistência de um serviço de continuidade de cuidados ao doente crítico; - Custos acrescidos.

	Oportunidades	Ameaças
Fatores Externos	<ul style="list-style-type: none"> - Processo de Acreditação em Qualidade no CH; - Existência de <i>guidelines</i> nacionais e internacionais; - Existência de evidência científica internacional acerca da importância da intervenção das EEMI nos hospitais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evidência científica escassa acerca da intervenção das EEMI nos hospitais nacionais; - Falta de financiamento para a requalificação da Unidade Hospitalar.

Esta análise trouxe um importante contributo na execução do presente trabalho, pois através dela conseguiu-se perceber o que constitui recursos e forças que ajudam na resolução do problema, o que poderia e deveria ser feito, de forma a aproveitar os pontos fortes e as oportunidades, como melhorar os pontos fracos identificados e tentar minimizar o efeito das potenciais ameaças (Schiefer, [et.al.], 2007). Foram evidenciados alguns aspetos menos positivos para o desenvolvimento do projeto, no entanto, uma vez que os aspetos positivos os superam, este torna-se exequível.

2.2. Objetivos

Identificado o problema como real e justificada a sua pertinência que resulta da análise das necessidades da equipa de enfermagem e médica, enunciamos os objetivos que orientam o desenvolvimento deste trabalho de projeto, sendo que delinear os objetivos é nortear os resultados que se pretende atingir (Ferro, 1999, *in* Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

Assim, definimos como objetivo geral promover a criação e implementação da EEMI, na Unidade Hospitalar.

Como objetivos específicos pretende-se:

- Divulgar o projeto junto dos médicos, enfermeiros e do Conselho de Administração Hospitalar;
- Analisar os recursos materiais existentes e os necessários à implementação da EEMI;
- Analisar os recursos humanos necessários à criação e implementação da EEMI;
- Definir os critérios de ativação da EEMI;
- Criar sinaléticas de divulgação dos critérios de ativação da EEMI;

- Elaborar uma proposta de protocolo de atuação imediata à pessoa em situação crítica e ativação da EEMI;
- Planear um programa de formação em resposta às necessidades identificadas para os elementos constituintes da EEMI, em colaboração com o GEM hospitalar;
- Elaborar uma proposta de criação e implementação da EEMI, ao Conselho de Administração Hospitalar;
- Divulgar o trabalho em eventos científicos.

Este trabalho de projeto permitirá a implementação de estratégias para a criação de uma equipa diferenciada e com meios de atuação adequados, que possibilita uma rápida intervenção perante situações de emergência intra-hospitalar, o que contribui para diminuição da morbilidade e mortalidade hospitalar associada a eventos críticos nas enfermarias, bem como numa melhoria na qualidade de cuidados e ganhos em saúde, sendo esta a sua principal finalidade. Os ganhos da existência da EEMI na Unidade Hospitalar, com profissionais dedicados, reflete-se também nas equipas prestadoras de cuidados, que ao sentirem apoio na retaguarda, aumenta-lhes a confiança e a segurança e diminui-lhes o stresse, uma vez que a resposta à emergência está acautelada, o que contribui para uma melhor organização interna dos serviços, fomentando o trabalho em equipa e uma melhor gestão de cuidados.

2.3. Planeamento da Ação e Execução do Projeto

O plano de ação consiste na organização de todas as atividades necessárias para atingir o objetivo esperado - a criação e implementação da EEMI na Unidade Hospitalar. Constituindo a terceira fase que estrutura o trabalho de projeto, é aqui que se define um plano de atividades a desenvolver e o levantamento dos recursos disponíveis, sustentados no diagnóstico de situação, nas necessidades identificadas e nos objetivos previamente delineados (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

Após o planeamento das atividades, dos meios e das estratégias a utilizar, a quarta fase da metodologia de projeto, a execução, materializa a realização, pondo em prática tudo o que foi planificado (*Idem*).

Para a consecução deste trabalho de projeto, foram pensadas, planeadas e realizadas diversas atividades para dar sentido ao objetivo geral e dar resposta ao problema real identificado. Assim, as atividades delineadas são as seguintes:

- **Atividade 1** – Divulgação do projeto aos órgãos de gestão, à equipa médica e de enfermagem da Unidade Hospitalar;

- **Atividade 2** – Realização de turno de observação na EEMI de uma Unidade Hospitalar do Minho;
- **Atividade 3** – Análise do material e equipamento existente e necessário à implementação da EEMI;
- **Atividade 4** – Análise dos recursos humanos necessários à criação da EEMI;
- **Atividade 5** – Definição dos critérios de ativação da EEMI e criação de um número telefónico para a sua ativação;
- **Atividade 6** – Elaboração de proposta de um protocolo de atuação imediata e ativação da EEMI;
- **Atividade 7** – Elaboração de um plano de formação para os profissionais que integram a EEMI.

Como já referido anteriormente, este trabalho de projeto emergiu de uma inquietação pessoal e de uma necessidade partilhada e comprovada após a realização do diagnóstico de situação. Com o planeamento e a execução das atividades supracitadas, pretende-se tornar possível a concretização do projeto, uma vez que, uma equipa de prestação de cuidados diferenciados ao doente crítico assegura uma melhor assistência e intervenção e, desta forma, contribui para a segurança do doente e confiança dos profissionais.

O planeamento do estudo está apresentado num diagrama de Gantt (Apêndice 8), que ilustra o avanço das diferentes atividades desenvolvidas, através de uma representação gráfica, nas datas designadas, proporcionando assim uma melhor perspetiva das mesmas.

Atividade 1 – Divulgação do projeto aos órgãos de gestão à equipa médica e de enfermagem da Unidade Hospitalar

A principal motivação para a concretização deste projeto pautou-se, fundamentalmente, pelas dificuldades sentidas na atuação ao doente crítico em contexto de trabalho, partilhadas em equipa. Posteriormente, esta motivação enfatizou-se ainda mais, após a realização do Estágio em Cuidados Intensivos, no âmbito do Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica, ao perceber o papel da EEMI na atuação ao doente crítico, nomeadamente na sua intervenção diferenciada e antecipada.

A divulgação deste projeto iniciou-se desde logo, ainda numa fase embrionária do mesmo. Enquanto problemática, foi apresentada a ideia inicial e a motivação a alguns elementos com funções de coordenação no CH, de forma a envolvê-los ativamente na construção deste processo, tornando este projeto uma mais valia para a Instituição, possível de ser

implementado e concretizado. Mais do que uma concretização pessoal e profissional, pretende-se que este trabalho contribua para a melhoria na assistência à pessoa em situação crítica, sendo esta a principal aspiração.

Para isto, foram agendadas reuniões com alguns elementos diretamente ligados à gestão hospitalar e outros cargos de coordenação, onde se pretendeu, em simultâneo, apresentar e sensibilizar para a importância da temática e para o seu papel crucial enquanto melhoria na qualidade dos cuidados e nos ganhos em saúde no CH, tendo-se obtido sempre abertura e disponibilidade de colaboração.

Posteriormente, no sentido de dar a conhecer mais amplamente o projeto e os seus objetivos e de perceber o interesse que a problemática desperta nos profissionais, foi realizada uma ação de formação, intitulada de *“Apresentação do Projeto de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI): Proposta de Criação e Implementação”*, destinada a toda a equipa médica e de enfermagem do CH, em parceria com o GEM e com a Unidade Funcional de Formação (UFF). A UFF assegurou toda a sua divulgação junto dos profissionais, as inscrições e toda a parte técnica inerente à realização da ação de formação. A divulgação procedeu-se via *email* (Apêndice 9) e foi elaborado o plano de sessão da formação (Apêndice 10).

Esta formação teve como principais objetivos:

- Divulgar o projeto de Mestrado aos órgãos de gestão, médicos e enfermeiros da Unidade Hospitalar;
- Sensibilizar para as vantagens da implementação da EEMI na abordagem ao doente crítico intra-hospitalar;
- Reforçar a importância da existência da EEMI para intervenção ao doente crítico na Unidade Hospitalar.

Nesta atividade apresentaram-se as respetivas fases da metodologia de projeto, foram dados a conhecer os objetivos delineados, os principais resultados e conclusões do diagnóstico de situação, assim como, as atividades a desenvolver para dar resposta ao objetivo geral – promover a criação e implementação da EEMI. Foram ainda apresentadas as estratégias planeadas tendo em vista a resposta às necessidades identificadas (Apêndice 11).

A ação de divulgação/formação decorreu presencialmente e on-line, via *Teams*, de acordo com a disponibilidade de cada participante (Anexo 2). Pretendia-se a participação do maior número de profissionais possível, de forma a envolvê-los ativamente enquanto equipa na construção deste processo.

No final, para avaliação da formação e do formador, aplicou-se um questionário de pertença da UFF, cujos itens têm por base uma escala do tipo *Likert* com cinco níveis de respostas (Anexo 3).

Os resultados obtidos (Anexo 4) permitiram concluir que relativamente à clareza e transmissão de conhecimentos pelo formador, a grande maioria dos participantes (71%) consideram muito boa. No que concerne aos casos práticos apresentados, 71% afirmam terem sido muito bons e 21% afirmam terem sido bons.

Quanto à metodologia utilizada, a grande maioria (64%) considero-a de muito boa. A apresentação foi essencialmente expositiva. Contudo, no final, os participantes tiveram oportunidade de interagir, tendo-se gerado um amplo espaço de discussão, comentários e reflexões. Embora com diferentes pontos de vista, as várias reflexões convergiram para a mesma conclusão – reforço da necessidade da criação e implementação da EEMI. De uma forma geral, todos os intervenientes consideraram o tema meritório e necessário à Instituição, reconhecendo as suas vantagens de intervenção.

Relativamente ao relacionamento interpessoal entre formador e formandos, decorrente da abertura do debate gerado à volta do tema, 71% consideram este ter sido muito bom.

A análise dos dados permitiu concluir que, no que respeita às expectativas idealizadas, estas foram amplamente alcançadas, uma vez que a totalidade dos participantes afirmam concordarem (57%) ou concordarem totalmente (43%) com o facto dos conhecimentos que esperavam vir a adquirir na formação terem sido obtidos, o que se considera um aspeto bastante positivo da formação.

De uma forma geral, os participantes consideraram terem ficado agradados com a formação, pelo que se pode concluir que a mesma foi apropriada e relevante na abordagem dos conteúdos apresentados, o que despertou o interesse para a temática.

Como aspetos positivos desta atividade apontaram como fundamental o facto de a temática ser uma proposta a implementar no Hospital, bem como, a clareza da exposição do assunto. Por outro lado, como aspetos a melhorar numa próxima sessão salientam a necessidade de melhorar a articulação entre a formação presencial com a on-line, visto que na fase inicial houve um desfasamento técnico entre a apresentação presencial e a via *Teams*.

Por tudo isto, podemos concluir que este momento informativo/formativo foi crucial, onde a partilha de experiências e pontos de vista sobre o assunto dos participantes constituiu um ponto forte, uma vez que permitiu uma reflexão conjunta acerca da importância da intervenção da EEMI ao doente crítico intra-hospitalar.

Atividade 2 – Realização de turno de observação na EEMI de uma Unidade Hospitalar do Minho

No sentido de melhor desenvolver e concretizar as restantes atividades e dar resposta aos objetivos delineados, foi solicitado ao Presidente do Conselho de Administração da Unidade Hospitalar, a realização de um turno de observação, integrado na EEMI, com a finalidade de perceber as dinâmicas de trabalho e a intervenção desta equipa na abordagem ao doente crítico intra-hospitalar, enquadrado num contexto real. Para isto, procedeu-se à solicitação formal via *email*, onde foi apresentado o âmbito da investigação, os objetivos da mesma e o objetivo da realização do turno (Apêndice 12). A resposta à solicitação foi de total recetividade, agendando-se, posteriormente, uma data.

A principal aspiração em recorrer e incluir peritos na área do doente crítico para a execução deste projeto prende-se com o facto de estes deterem competências, experiências e conhecimentos aprofundados nesta área de intervenção. Para Benner (2001), um profissional perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação no seu todo e de uma forma global. É flexível e com um nível elevado de adaptabilidade, agindo rapidamente e em conformidade com a situação.

Para a concretização desta atividade, foi decisiva toda a disponibilidade demonstrada pelo enfermeiro coordenador da EEMI da Unidade Hospitalar, com o qual tive oportunidade de realizar o turno, sendo este um perito na área do doente crítico. Procurou transpor todo o seu conhecimento, experiência e perícia naquilo que é a intervenção da EEMI, nos objetivos da mesma e no papel do enfermeiro na atuação ao doente crítico intra-hospitalar.

A opção pela EEMI desta Unidade de Saúde deve-se ao facto de esta ter implementado um sistema de resposta à emergência interna bem consolidado, que integra profissionais peritos na área. Ficou perceptível que se trata de uma equipa sólida e experiente, com objetivos bem definidos e com uma dinâmica de trabalho muito bem construída, perfeitamente articulada com os restantes profissionais que estão nas enfermarias. As funções e responsabilidades de cada um estão bem definidas e são conhecidas por todos.

Esta experiência foi sem dúvida uma mais valia na construção e execução das atividades que compõe este projeto, por proporcionar uma visão geral do bom funcionamento desta EEMI, enquanto modelo a seguir. Foi possível perceber o material e equipamento necessário à sua intervenção, todo o sistema de comunicação e ativação da equipa (sistema rádio), bem como o programa informático utilizado para o registo da ativação. Similarmente, foi possível perceber a importância que a formação assume, nomeadamente em SAV, uma vez que só com a formação dos profissionais se consegue

uma prática clínica atualizada e de qualidade, baseada nos mais recentes conhecimentos científicos.

Desta experiência sobressai uma representação mental daquilo que é necessário à criação e implementação de uma EEMI, bem como à implementação de todo um sistema de resposta, com o intuito de obter um exemplo a seguir.

Atividade 3 – Análise do material e equipamento existente e necessário à implementação da EEMI

A análise do equipamento, dos fármacos e do material utilizado em emergência é uma importante atividade a ser desenvolvida, no sentido de garantir que todos os requisitos estejam reunidos para que se torne possível a criação e implementação da EEMI e, futuramente, o seu bom funcionamento. Para isto, primeiramente procedeu-se à análise do já existente na Unidade Hospitalar, bem como, dos locais onde se encontram armazenados para, posteriormente, se perceber o que poderá ser necessário adquirir.

Esta análise foi efetuada tendo por base o **manual dos carros de emergência** e o **manual dos sacos de emergência da Unidade Hospitalar**, cuja elaboração e revisão é da autoria do GEM.

Assim, decorrente desta análise e da colaboração do GEM, constata-se que atualmente existem 4 carros de emergência para adulto e 2 sacos de emergência, na Unidade Hospitalar.

Os carros de emergência, enquanto estrutura móvel, comportam equipamentos, materiais e fármacos de emergência, utilizados em situações de PCR ou situações de agravamento clínico, de acesso rápido e de fácil transporte, sendo estes do conhecimento geral de todos os profissionais.

Os carros de emergência na Unidade Hospitalar, estão distribuídos pelos diferentes pisos, da seguinte forma:

- Carro de emergência do Piso 0 – dá apoio a toda a área do SU (Geral e Pediátrico), à consulta externa, radiologia, ecografia, eletrocardiografia, laboratório e às áreas não clínicas do rés-do-chão;
- Carro de emergência do Piso 1 – serve os serviços de internamento de obstetrícia/ginecologia, bloco de partos, ortopedia e unidade de recobro, bem como toda a área não clínica desse piso;
- Carro de emergência do Piso 2 – apoia os serviços de internamento de cirurgia, pediatria, fisioterapia e consulta externa desse piso;

- Carro de emergência do BO – dá apoio ao BO.

Em conformidade com as orientações da DGS (2011), todos os carros de emergência existentes na Unidade Hospitalar têm conteúdo interno idêntico, com a exceção de algumas particularidades relacionadas com os monitores/desfibrilhadores, devidamente assinaladas em cada um deles.

Tratando-se alguns destes carros de estruturas antigas e dadas as suas diferenças físicas, a uniformização quanto à organização dos equipamentos, materiais e fármacos também diferem entre si. No entanto, tal como o GEM descreve “a organização do conteúdo foi assim adaptada às características de cada carro, tendo-se utilizado a metodologia de organizar por material de via aérea, circulação, fármacos, etc. e a facilidade de acesso rápido com a menor probabilidade de erro” (GEM, 2018, p. 5). Assim, a organização do conteúdo de cada carro está adaptada às suas características específicas e estruturais, segundo uma *checklist* como demonstra o anexo 5.

Por existirem diferentes tipos de monitores/desfibrilhadores, com características e funcionalidades diferentes (uns bifásicos e outros monofásicos), cada carro encontra-se identificado com o tipo de monitor/desfibrilhador que comporta.

A localização dos carros de emergência na Instituição Hospitalar é do conhecimento de todos os profissionais de saúde do Hospital, estando situados em locais centrais, bem definidos e devidamente sinalizados, sem nenhum obstáculo a impedir a sua mobilidade e equidistantes entre as várias áreas (Anexo 6).

Para além dos carros de emergência, existem também 2 sacos de emergência para a adultos na Unidade Hospitalar. Os sacos de emergência encontram-se disponíveis para serem utilizados na intervenção ao doente crítico, quer seja numa transferência inter-hospitalar ou em situações de emergência intra-hospitalar. Estes sacos encontram-se atualmente armazenados no SU (na sala da pequena cirurgia) e podem ser utilizados por profissionais de qualquer serviço (Anexo 7). O conteúdo e a organização de ambos são iguais.

Todos os carros obedecem a uma verificação diária, mensal e a cada utilização/abertura, com registo em documento próprio. Por sua vez, os sacos cumprem a uma verificação mensal e a cada abertura. Todas estas estruturas são alvo de auditorias por parte do GEM, uma vez por ano.

Uma vez implementada a EEMI, nas suas ativações, só necessitará de levar consigo um monitor/desfibrilhador, visto existirem carros de emergência em todos os pisos, totalmente equipados com materiais e fármacos que dão resposta às intervenções em SAV,

devidamente sinalizados e localizados em zonas centrais, de fácil acesso a qualquer ponto desse piso. Como os monitores/desfibrilhadores presentes nos carros de emergência diferem entre si, a medida mais eficaz de redução do erro é a EEMI transportar um que já faça parte seu equipamento habitual.

Assim, desta análise dos materiais e equipamentos necessários à atividade da EEMI, sobressai a necessidade de uma proposta de aquisição de um monitor/desfibrilhador. Para apoio às deslocações mais distantes e áreas não clínicas, como acontece com o bar/cantina, área do Conselho de Administração, portaria principal ou oficinas de trabalho, propõe-se também a aquisição de um *trolley* com material e fármacos de emergência, que dê resposta em SAV.

Atividade 4 – Análise dos recursos humanos necessários à criação da EEMI

À semelhança dos recursos materiais, os recursos humanos são também elementos imprescindíveis à criação e implementação da EEMI.

Para a constituição da EEMI, numa primeira fase e extensível a todos os médicos e enfermeiros, teriam que ser identificados os profissionais, que tivessem interesse em integrar a equipa.

No diagnóstico de situação anteriormente realizado, identificou-se que 27% dos enfermeiros e 19% dos médicos mostraram-se interessados em fazer parte da EEMI. Apesar destas percentagens não abrangerem a população total, correspondendo apenas à amostra de 30% dos enfermeiros e médicos, estes dados por si só já demonstram existirem condições, pela preferência e motivação de alguns profissionais por esta área de intervenção.

Posteriormente e idealmente, tendo em conta a realidade da Unidade Hospitalar, os critérios de seleção com maior ponderação incluem a formação e experiência na abordagem ao doente crítico, em técnicas de reanimação e em técnicas de via aérea, nomeadamente SAV, pelo que preferencialmente, devem ser selecionados profissionais com uma maior diferenciação nestas áreas, como recomenda a literatura (DGS, 2010, INEM, 2019). Assim, os médicos a serem primeiramente incluídos deverão ser os de Medicina Interna e os de Anestesia, preferencialmente com formação e treino em SAV. Para a equipa de enfermagem, os primeiros a serem incluídos serão os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com preferência na área da pessoa em situação crítica, ou outros enfermeiros com formação também na mesma área, nomeadamente pós-graduações. No entanto, o requisito comum e transversal a todos os

profissionais para integrarem a EEMI é terem formação atualizada e treino em SAV (DGS, 2010; INEM, 2019).

Desta primeira análise, seleção dos profissionais e constituição da equipa, propõe-se que, por cada dia, fiquem escalados:

- para a equipa médica - 1 médico que fique de urgência nas 24h;
- para a equipa de enfermagem - 2 enfermeiros, um nas 12h diurnas e o outro nas 12h noturnas.

Com isto, pretende-se propor uma equipa dedicada e operacional 24 horas por dia, 365 dias por ano, o que vai de encontro às diretrizes da DGS (2010).

De forma a garantir uma equipa disponível para se deslocar aquando da ativação, estes profissionais terão que ficar supranumerários às equipas de prestação de cuidados e não terem doentes diretamente à sua responsabilidade nesses turnos em que estão escalados para a EEMI. Os profissionais que integrarem a EEMI será num regime de acumulação de funções com o seu serviço.

Dado que no CH não existe um serviço de Medicina Intensiva, propõe-se que a EEMI fique sediada no SU, na sala de emergência.

Atividade 5 – Definição dos critérios de ativação da EEMI e criação de um número telefónico para a sua ativação

A atuação precoce, quer na deteção quer na intervenção da EEMI, pode contribuir significativamente para reduzir o número de PCR, mortes e admissões em UCI, ou para garantir uma maior probabilidade de sobrevivência após a PCR presenciada.

Como já referido anteriormente na contextualização teórica, os critérios de ativação da EEMI estão publicados pela DGS, na Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO (DGS, 2010), definidos segundo a abordagem por prioridades ABCD.

É preconizado que os critérios de ativação sejam do conhecimento geral de todos os profissionais da Instituição Hospitalar. Para isso, devem ser realizadas ações de informação que permitam o seu conhecimento e divulgação. Como adjuvante desta medida pode-se proceder à afixação de sinaléticas em pontos estratégicos nos serviços, de fácil observação, memorização e consulta. Assim, apresenta-se uma proposta de sinalética para os critérios de ativação (Apêndice 13).

Para além de serem definidos os critérios de ativação da EEMI, é fundamental a existência de um número telefónico de ativação da mesma. O ERC, o *European Board of*

Anaesthesiology, a *European Society of Anaesthesiology* e em Portugal o Despacho n.º 9639/2018, publicado em Diário da República, assumiram a recomendação pelo número de telefone interno 2222 para ativação destas equipas, em todos os hospitais.

No sentido de dar cumprimento a estas recomendações, sugere-se que seja adotado e ativado o número **2222** para a ativação da emergência interna. Na mesma linha de pensamento, sugere-se que o CH, ou o grupo de trabalho constituído para o efeito, realize uma campanha de divulgação do referido número, através de uma Circular Informativa direcionada a todos os profissionais, no sentido de divulgar de forma clara e esclarecedora a existência deste número e da própria EEMI.

Para que seja praticável a existência de um número de emergência interna, é igualmente importante que a EEMI tenha um telemóvel para uso exclusivo da sua atividade, um para o enfermeiro e outro para o médico. Desta forma, propõe-se igualmente a aquisição destes equipamentos de comunicação.

Atividade 6 – Elaboração de proposta de um protocolo de atuação imediata e ativação da EEMI

A uniformização do processo de ativação da EEMI e atuação imediata em toda a Unidade Hospitalar, permite uma melhor resposta na assistência ao doente em situação crítica dentro do Hospital. Aliado a este preceito, identificou-se como uma das dificuldades de atuação dos profissionais ao doente crítico a falta de metodologia de intervenção e a não existência de protocolos de uniformização de cuidados.

Para dar resposta a este propósito, foi elaborado um protocolo de ativação da EEMI e atuação imediata, em colaboração com o Gabinete de Gestão de Risco, tendo por base aquilo que são as diretrizes e orientações mais atualizadas em reanimação intra-hospitalar (Apêndice 14). Embora este documento tenha sido construído com a colaboração deste Gabinete, para constituir um protocolo institucional, ficará sujeito a posterior revisão e aprovação, aquando da implementação efetiva da EEMI.

A construção desta proposta de protocolo, objetiva essencialmente, uniformizar as práticas clínicas e reduzir os erros associados à não padronização de procedimentos; proporcionar cuidados baseados na mais atual evidência científica; melhorar os resultados com a redução da mortalidade e morbilidade associada a eventos críticos intra-hospitalares; e promover o trabalho em equipa, evidenciando a obtenção dos melhores resultados e da elevação dos padrões de qualidade, na procura permanente de melhores cuidados.

Importa ressaltar que a aplicação do protocolo deve ser encarada como um documento norteador da atuação dos profissionais em contexto de emergência intra-hospitalar, constituído por orientações que, perante as circunstâncias específicas do evento crítico, possam carecer da análise crítica e reflexiva dos profissionais que o executam, de forma a equacionar e adequar as diretrizes que considerem ser necessárias e enquadrá-las na situação.

Atividade 7 – Elaboração de um plano de formação para os profissionais que integram a EEMI

A formação deve visar profissionais qualificados e altamente competentes, capazes de atuar de forma pronta perante as várias necessidades, à luz das mais recentes evidências científicas. Consequentemente, assume-se como peça basilar na construção da EEMI, consolidando os conhecimentos e as práticas e, portanto, melhorando a atuação na abordagem à pessoa em situação crítica.

O diagnóstico de situação permitiu perceber as necessidades formativas dos profissionais que demonstraram interesse em integrar a EEMI, tanto em relação ao aprofundamento de conhecimentos como ao treino de procedimentos. Destas áreas, as que mais se evidenciaram como necessidades de formação foi a via aérea, o trauma e o SAV, alinhando com as recomendações da DGS (2010), do INEM (2019) e do ERC (2021), onde referem que o médico e o enfermeiro que constituem a EEMI devem ser dotados de competências na abordagem avançada da via aérea e técnicas de reanimação.

Assim, o plano de formação para os médicos e enfermeiros para integrarem a EEMI tem de incidir nos conteúdos do SAV, para que lhes seja facultada a aquisição e aprofundamento de conhecimentos e competências para atuarem numa situação de emergência interna e prestarem os cuidados mais diferenciados ao doente crítico.

Da mesma forma, a formação em SBV tem que incidir sobre todos os restantes profissionais de saúde da Instituição Hospitalar, de uma forma massiva, com o objetivo de que à chegada da EEMI já tenham sido iniciadas manobras de reanimação cardiopulmonar de qualidade, diminuindo o tempo decorrido pós PCR. Acresce que, todos os funcionários da Unidade Hospitalar devem ter formação periódica e atualizada em SBV.

No CH é o GEM (do qual fazem parte médicos e enfermeiros) quem está responsável pela formação interna na área do doente crítico, seja SBV, SIV ou SAV. Aquando da aprovação do Concelho de Administração para a criação efetiva da EEMI, estas

formações têm que ser incluídas nos planos de formação do GEM e contemplar todos os profissionais que integrarem a EEMI, para garantir os conhecimentos mais atuais e treino em SAV e SBV.

2.4. Considerações Éticas

Os aspetos éticos revelam-se fundamentais no processo de investigação. A inexistência de um código de ética que regulamente e delimite os passos da investigação pode pôr em causa a própria investigação (Ribeiro, 2010).

Segundo o Código Europeu de Conduta para a Integridade da Investigação (2018), as boas práticas de investigação baseiam-se em princípios fundamentais de integridade, que orientam os investigadores no desenvolvimento do seu trabalho, bem como no seu compromisso em relação aos desafios práticos, éticos e intelectuais intrínsecos à mesma (Allea European Academies, 2018).

Qualquer investigação realizada com seres humanos suscita questões morais e éticas, o que implica ao investigador assegurar e garantir o cumprimento de princípios éticos, uma vez que os resultados obtidos poderão contribuir, por um lado, para o desenvolvimento do conhecimento científico, mas por outro, poderá comprometer a individualidade e integridade dos participantes (Fortin, 2009).

Para Ribeiro (2010), os investigadores, antes de iniciar a investigação, deverão obter a devida autorização para a realização da mesma, por parte da Instituição Hospitalar onde se vai realizar a investigação. Assim, tendo por base este princípio ético, procedeu-se à solicitação de um pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do CH e à Comissão de Ética (Apêndice 15), do qual se obteve um parecer favorável para a realização do mesmo.

É de extrema importância preservar e assegurar que os direitos e a liberdade das pessoas alvo do estudo não sejam rompidos. O respeito pela dignidade, segurança, intimidade e bem-estar dos participantes deve estar entre as considerações primárias de qualquer investigação, assegurando o princípio do anonimato e da confidencialidade de todos os que participaram no estudo, bem como dos dados colhidos e tratados durante o mesmo (Fortin, 1999). A condução do estudo teve por base estes princípios, nomeadamente na recolha de dados, tendo participado profissionais que, de uma forma livre e esclarecida, se voluntariaram a colaborar, como já foi referido, e continuará na fase de divulgação dos resultados.

Os dados apenas serão utilizados para dar cumprimento ao trabalho e serão no seu final eliminados de forma definitiva. Por tudo o exposto, consideramos que os princípios éticos fundamentais para a concretização desta investigação foram salvaguardados e protegidos.

Por tudo isto e visto que o estudo foi realizado com enfermeiros e médicos, através da aplicação de questionários e realização de entrevistas, foram respeitados o direito à intimidade e à confidencialidade. Neste sentido, os profissionais foram informados do tema, dos objetivos e da finalidade do estudo, bem como da liberdade de recusarem a participação no mesmo, podendo abandonar em qualquer fase, se essa for a sua vontade. Desta forma, foi solicitado o consentimento informado para a autorização da sua participação. Só participaram no estudo os profissionais que, de uma forma livre, espontânea e esclarecida, demonstraram vontade em o fazer.

Para a realização das entrevistas, optou-se pela gravação áudio das mesmas, com o objetivo final de serem transcritas, para posterior análise. No final do estudo, comprometemo-nos a eliminá-las de forma definitiva. Também aqui os participantes foram informados e deram o seu consentimento para que a gravação pudesse ser realizada. Da mesma forma, fica a responsabilidade de que todos os questionários serão igualmente eliminados.

Por fim, terminado este capítulo referente ao percurso metodológico, onde foi realizado o diagnóstico de situação, a apresentação e análise dos resultados e desenvolvido o plano de ação, segue-se as conclusões finais decorrentes deste projeto.

CONCLUSÃO

As equipas de resposta rápida, inicialmente conhecidas como equipas de reanimação e atualmente como EEMI, desenvolveram-se como estratégia de intervenção precoce, após ser verificado que os doentes exibiam sinais de deterioração que antecedem a PCR. Segundo as *guidelines* do ERC (2021), independentemente da causa, as PCR surgem sempre com sinais precoces de agravamento clínico, que é necessário reconhecer e identificar, no sentido de otimizar a atuação. Este reconhecimento precoce permite uma intervenção atempada, antes da ocorrência de eventos críticos mais graves, reduzindo as comorbilidades associadas, as admissões em UCI e ainda o tempo de internamento hospitalar (Soar, [et.al.], 2021).

Baseados nestas evidências, tanto a nível internacional como nacional, houve a necessidade de se implementarem estratégias institucionais para que os profissionais dos serviços de internamento pudessem ser apoiados, tanto no reconhecimento precoce do agravamento clínico dos doentes, como na atuação perante a instabilidade clínica. Assim, foram constituídas equipas para responderem à emergência interna, de forma a avaliar o doente com sinais de deterioração, estabilizá-lo e estabelecer um plano de intervenção com vista à obtenção dos melhores resultados. Estas equipas vieram trazer um novo paradigma de abordagem baseado na antecipação, em prol da segurança do doente e da qualidade dos cuidados, em contexto intra-hospitalar. O reconhecimento precoce da deterioração do doente e a prevenção da PCR constituem os primeiros elos da cadeia de sobrevivência da PCR intra-hospitalar e são determinantes na abordagem à pessoa em situação crítica (INEM, 2019; Lavonas, [et.al.], 2020).

Enquadrado no mesmo pressuposto, é reconhecido que os hospitais devam implementar sistemas de resposta que incluam profissionais treinados na identificação dos sinais de deterioração e na resposta rápida ao doente em risco. Da mesma forma, devem estabelecer um modelo claro de ativação de ajuda e capacidade para responder de imediato à situação (Soar, [et.al.], 2021). O objetivo é incluir um sistema que providencie uma resposta no socorro a situações clínicas emergentes que ocorrem dentro dos hospitais, em que sejam identificados sinais clínicos que evidenciem deterioração clínica aguda e que possam comprometer as funções vitais da pessoa. Para tal, é necessário que os profissionais que ativam este sistema de emergência estejam igualmente despertos para esta problemática, nomeadamente no que se refere aos enfermeiros, uma vez que são estes quem mais tempo permanece junto do doente, desenvolvendo assim uma cultura preventiva e de antecipação, focalizada na identificação dos sinais de alerta.

Reconhecidos todos os benefícios da existência de uma EEMI como resposta aos eventos críticos que ocorrem dentro das Instituições de Saúde, a nível mundial têm sido várias as recomendações por todas as organizações da qualidade em saúde, para a implementação de um sistema de resposta rápida de emergência interna. Em Portugal, também é recomendada a criação e implementação do mesmo sistema em todos os hospitais do SNS, com o propósito de dar resposta aos eventos críticos e reduzir a variabilidade na taxa de mortalidade durante a noite e dias de fim-de-semana (DGS, 2010).

Refletindo sobre as vantagens da implementação da EEMI na abordagem ao doente crítico intra-hospitalar, na importância do desenvolvimento de uma cultura de segurança para doente, na qualidade dos cuidados e nos ganhos em saúde, estas equipas vêm colmatar muitas das dificuldades sentidas na atuação à pessoa em situação crítica nas enfermarias, tendo sido esta a principal motivação para o desenvolvimento deste projeto na Unidade Hospitalar.

A realização deste trabalho de projeto permitiu refletir acerca da problemática, identificar necessidades e equacionar hipóteses de resposta num contexto específico de uma Unidade Hospitalar. Permitiu ainda perceber em que ponto estamos, o que é possível mudar e o que pretendemos alcançar...

O diagnóstico de situação veio, uma vez mais, confirmar e reforçar a necessidade pessoal e profissional, sentida na prestação de cuidados ao doente crítico, partilhada e comum a outros profissionais de saúde. Foi consensual a importância da existência de uma equipa dedicada para a abordagem em situações de emergência intra-hospitalar e que a EEMI traz ganhos diretos para o doente, com uma atuação mais rápida, individualizada e diferenciada, refletindo-se numa diminuição das complicações imediatas e tardias. Da mesma forma, houve uma concordância nas reflexões partilhadas em que a atuação pela EEMI possibilita a definição e distribuição de responsabilidades, permitindo uma melhor coordenação de esforços, o que contribui para a segurança e confiança das equipas prestadoras de cuidados, para a diminuição do stress e da ansiedade das mesmas, ao sentirem-se mais apoiadas.

Ainda decorrente do diagnóstico de situação, sobressai a necessidade da uniformização dos procedimentos e da metodologia de intervenção à pessoa em situação crítica na Unidade Hospitalar, de forma a obter equipas mais homogéneas na sua atuação e diminuir a disparidade dos cuidados. Para colmatar esta dificuldade mencionada por alguns profissionais, foi elaborada uma proposta de protocolo de atuação imediata, tendo

como suporte bibliográfico as *guidelines* mais atuais na área do doente crítico, de forma a contribuir para a uniformidade dos cuidados ao doente em risco.

Como projeto a ser implementado na Unidade Hospitalar, a sua construção foi sempre partilhada com os gestores hospitalares, com o GEM e com o Gabinete de Gestão do Risco, de forma a estabeleceram-se pontes e partilha de reflexões. Tendo por base que o trabalho de projeto contribui para o envolvimento das equipas e que estas são inevitavelmente incluídas na sua concretização e implementação. Em consonância com a literatura, só faz sentido se este for enquadrado nas necessidades da Instituição Hospitalar e na sua própria realidade.

Com o intuito de envolver toda a equipa de médicos e enfermeiros, o projeto foi divulgado junto da comunidade hospitalar, onde se pretendeu sensibilizar e promover as vantagens da implementação da EEMI na abordagem ao doente crítico intra-hospitalar, sendo reforçada a importância da existência da EEMI para a intervenção ao doente crítico na Unidade Hospitalar.

Embora tenha sido sempre uma necessidade identificada e reconhecida como imprescindível à Unidade Hospitalar, por constituir um processo moroso, a implementação deste projeto vai mais além da sua própria elaboração. Primeiro, por ser essencialmente uma questão de gestão hospitalar, é necessário obter um parecer definitivo do Conselho de Administração para a criação e implementação da EEMI. Depois, é igualmente necessário constituir um grupo de trabalho, formado por peritos na área, para que sejam avaliadas todas as particularidades intrínsecas ao mesmo. Por esta razão, dada a complexidade e a abrangência do tema, as atividades que foram desenvolvidas no sentido de dar resposta ao objetivo geral – promover a criação e implementação da EEMI – constituem nesta fase, propostas de implementação. Espera-se que, aquando da decisão efetiva do Conselho de Administração Hospitalar, este trabalho seja valorizado e considerado, enquanto projeto que enquadra um conjunto de ações planeadas e fundamentadas, como base de trabalho, no percurso de criação e implementação da EEMI.

A garantia de uma resposta adequada, implica uma equipa com profissionais de saúde experientes, com formação específica e treino de competências nesta área. Daí a importância de se estabelecer planos de formação que se adequem às necessidades dos profissionais dentro das equipas e à função que estes desempenham dentro das Instituições. Importa ainda ressaltar a valorização do enfermeiro dentro das equipas multidisciplinares, particularmente inserido numa EEMI. De acordo com OE (2017), o profissional de Enfermagem que melhor se coaduna para integrar as EEMI é

preferencialmente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica, pelos conhecimentos e competências que adquire durante a sua formação (Parecer n.º 09 da OE / 2017). Assim, parece-nos importante que as Instituições de Saúde dotem as suas equipas de enfermeiros qualificados, no sentido de reconhecer e valorizar a sua formação, otimizando as competências daqueles que melhor estão habilitados.

Findado este percurso, como contributos deste projeto salienta-se toda a reflexão e crescimento profissional, que emergiram do seu desenvolvimento, para melhor cuidar a pessoa em situação crítica. Dignificando as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, mobilizou-se conhecimentos e habilidades para o desenvolvimento do pensamento crítico, de modo a as apropriar e consciencializar. Contribuiu igualmente para o reconhecimento da importância determinante que os profissionais dos serviços de internamento assumem, em complementaridade, para que possam sentir-se mais apoiados na sua intervenção e para que a Instituição possa manter o compromisso com a qualidade contínua de cuidados. Por fim, este projeto contribuiu para que fossem refletidas questões tão importantes como a necessidade de criar um serviço com um maior nível de diferenciação de cuidados - Unidade de Cuidados Intermédios - com vista à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis. Doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais nos serviços de internamento, em que é ativada a EEMI, após estabilização, têm que ser transferidos para um serviço de nível superior de cuidados, podendo esta Unidade diminuir as transferências inter-hospitalares que atualmente se verificam.

As dificuldades surgem inerentes ao desenvolvimento de qualquer projeto. Na fase final do mesmo, importa referir que a maior dificuldade relacionada com a aplicação da metodologia de trabalho de projeto, acabou por se traduzir numa aprendizagem, pela procura constante de conhecimento e reflexão, não só no que se relaciona com a investigação, mas também no que diz respeito à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Como limitação, importa realçar a escassez de estudos nacionais acerca da intervenção das EEMI, sendo que as *guidelines* e estudos existentes são maioritariamente internacionais. Sabe-se que existem hospitais nacionais onde o sistema de emergência interna funciona desde há alguns anos, no entanto, existe pouca evidência publicada que demonstre a sua atuação e que possam servir de modelo à implementação noutros hospitais. Entendemos serem necessários mais estudos nesta área para a consolidação dos resultados existentes. Outra limitação prende-se com o facto deste projeto ser

demorado e passível de ser implementado num período de tempo mais prolongado do que o expectável, que vai para além do término deste período formativo. No entanto, fica o compromisso de manter a ligação na sua continuidade, em colaboração com o CH, para a corporalização do objetivo maior, a sua implementação.

Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para uma maior segurança na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, no contexto intra-hospitalar em estudo, ou seja, para a implementação da EEMI, a curto prazo. Acreditamos que todo este percurso foi progressivo e que durante o mesmo foram potencializados conhecimentos e aprendizagens, tendo-se revelado bastante enriquecedor a nível pessoal, mas também a nível profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLEA EUROPEAN ACADEMIES - **Código europeu de conduta para a integridade da investigação: edição revista**. [em linha]. Berlim: ALLEA, 2018, 22 p. [consultado em 17 de setembro de 2020]. Disponível na www: <URL: https://www.allea.org/wp-content/uploads/2018/11/ALLEA-European-Code-of-Conduct-for-Research-Integrity-2017-Digital_PT.pdf>.

ALMEIDA, Leandro; FREIRE, Teresa – **Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação**. 5ª ed. Braga: Psiquilíbrios Edições, 2017. ISBN 978-972-97388-5-2. p. 1-159.

AL-OMARI, A.; MUTAIR, A.; ALJAMAAN, F. - Outcomes of rapid response team implementation in tertiary private hospitals: a prospective cohort study. **International Journal of Emergency Medicine**. [em linha]. (2019), p. 1-5. [consultado em 24 de setembro de 2019]. Disponível na www: <URL: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12245-019-0248-5.pdf>>

BARBOSA, Vera, [et.al.] - Falha na ativação da equipe de emergência intra-hospitalar: causas e consequências. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. ISSN 1982-4335. Vol.28, N.º 4, (2016), p.420-426.

BARDIN, L. - **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, (2019). ISBN 918-972-44-1506-2.

BENNER, P. - **De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora, Coimbra, (2001). ISBN: 972-8535-97-X.

BOSSAERT, LEO, [et.al.] – **Resumo das principais alterações nas guidelines em ressuscitação: guidelines ERC 2015**. [em linha]. Belgium: European Resuscitation Council, 2015, 24 p. [consultado em 17 de setembro de 2019]. Disponível na www: <URL: <https://www.alento.com.pt/wp-content/uploads/2018/06/Guidelines.pdf>>.

BOUTINET, Jean-Pierre – **Antropologia de Trabalho de Projeto**. Lisboa: Instituto Piaget, (1997). ISBN 978-972-8329-35-0.

CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM/VILA DE CONDE - **Relatório de Gestão e Contas**. [em linha]. (2018), p. 1- 28. [consultado em 10 de março de 2020]. Disponível na [www:<URL:http://www.chpvvc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/34/2019/10/Relatorio de-Gestao Contas 2018.pdf](http://www.chpvvc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/34/2019/10/Relatorio_de-Gestao_Contas_2018.pdf).

COIMBRA, N.; AMARAL, T. - Acompanhamento de Enfermeiro no Transporte Primário do Doente Crítico. **Revista Nursing**. [em linha]. (fevereiro de 2016). [consultado em 5 de dezembro de 2020]. Disponível na [www: <URL: http://www.nursing.pt/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/acompanhamento-de-enfermeiro-no-transporte-primario-do-doente-critico.pdf](http://www.nursing.pt/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/acompanhamento-de-enfermeiro-no-transporte-primario-do-doente-critico.pdf).

CZEMPIK, Piotr F., [et. al.] - Effects of introducing a rapid response team in a university teaching hospital – preliminary analysis. **Anaesthesiology Intensive Therapy**. [em linha]. Vol.51, N.º 5, (2019), p.409-411. [consultado em 19 de fevereiro de 2020]. Disponível na [www: <URL: file:///C:/Users/Adriana/Downloads/AIT_Art_39172-10.pdf](file:///C:/Users/Adriana/Downloads/AIT_Art_39172-10.pdf).

DECRETO-LEI n.º 180/2008. **DR I Série**. 164 (2008/08/26) 5999-6000.

DESPACHO n.º 18459/2006. **DR II Série**. 176 (2006/09/12) 18611-18612.

DESPACHO n.º 3635/2013. **DR II Série**. 47 (2013/03/07) 8528-8529.

DESPACHO n.º 1400-A/2015. **DR II Série**. 28 (2015/02/10) 3882-(2) a 3882-(10).

DESPACHO n.º 5613/2015. **DR II Série**. 102 (2015/05/27) 13550 a 13553.

DESPACHO n.º 9639/2018. **DR II Série**. 198 (2018/10/15) 27533.

DeVITA, Michael A.; [et.al.] – Identifying the hospitalised patient in crisis – A consensus conference on the afferent limb of Rapid Response Systems. **Resuscitation**. Vol.81, N.º 4, (abril, 2010), p.375-382.

DIFONZO, M.; BISCEGLIE, A. - Emergenza intraospedaliera: identificare il paziente in crisi. **Clinical Management Issues**. [em linha]. Vol.9, N.º 4, (2015), p. 69-78. [consultado em 28 de maio de 2019]. Disponível na [www: <URL: file:///C:/Users/Adriana/Downloads/1185-3473-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Adriana/Downloads/1185-3473-1-PB%20(3).pdf).

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO – Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar.** [em linha] Lisboa. (junho de 2010), p. 1-11. [consultado em 10 de março de 2019]. Disponível na www: <URL: <https://www.dgs.pt/?ci=594&ur=1&newsletter=262>.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Orientação n.º 08/2011 - Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde.** [em linha]. Lisboa. (março de 2011), p. 1-11. [consultado em 11 de dezembro de 2020]. Disponível na www: <URL: http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/Orientacao_DGS_08_2-03-2011_Carros_Emergencia.pdf.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de Acreditação em Saúde.** [em linha]. Lisboa. (setembro de 2014), p. 1-21. ISBN 978-972-675-206-6. [consultado em 10 de fevereiro de 2020]. Disponível na www: <URL: <https://www.dgs.pt/ms/8/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/acreditacao--brochura--modelo-de-acreditacao-do-ministerio-da-saude-pdf.aspx>.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Norma n.º 001/2017 – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.** [em linha]. Lisboa. (8 de fevereiro de 2017), p. 1-8. [consultado em 10 de março 2019]. Disponível na www: <URL: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>.

ETTER, R.; TAKALA, J.; MERZ, T. - Intensive care without walls – introduction of a Medical Emergency Team system in a Swiss tertiary care centre. **Swiss Medical Weekly.** [em linha]. (2014), p. 1-8. [consultado em 22 de fevereiro de 2019]. Disponível na www: <URL: [file:///C:/Users/Adriana/Downloads/smw_2014_14027%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Adriana/Downloads/smw_2014_14027%20(1).pdf).

FERNANDES, A.P.; VANCINI, C.R; COHRS, F.; MOREIRA, R.S.L. - Qualidade das anotações de enfermagem relacionadas à ressuscitação cardiopulmonar comparadas ao modelo Utstein - **Acta Paulista Enfermagem.** Vol. 23, N.º 6, (2010), p. 757-763.

FERREIRA, C.A. – A avaliação na metodologia de trabalho de projecto: uma experiência na formação de professores. **Revista Portuguesa de Pedagogia.** [em linha]. Coimbra. (2009), p. 143-158. [consultado em 21 de junho de 2020]. Disponível na www: <URL: https://impactum-journals.uc.pt/rppedagogia/article/view/1647-8614_43-1_7711.

FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de investigação: Da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10.

FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusociência, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

GRAÇA, A.C.; SILVA, N.A.; CORREIA, T.I.; MARTINS, M.D. - Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal - **Revista de Enfermagem Referência**. Série IV, N.º 15 (2017), p.133-144.

GRASNER, J., [et. al.] – European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe. **Resuscitation**. [em linha]. (2021), p. 1-19. [consultado em 28 de março de 2021]. Disponível na www: <URL: [file:///C:/Users/Adriana/Downloads/RESUS-8900-Epidemiology%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Adriana/Downloads/RESUS-8900-Epidemiology%20(1).pdf).

GREIF, R.; LOCKEY, A. S.; CONAGHAN, P.; LIPPERT, A.; DE VRIES, W.; MONSIEURS, K. G. - European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 10. Education and implementation of resuscitation. **Resuscitation**. [em linha]. Vol. 95, (2015), p. 288-301. [consultado em 11 de novembro de 2020]. Disponível na www: <URL: <https://cpresuscitacao.pt/wp-content/uploads/2017/04/Guidelines-S10.pdf>.

GRUPO DE EMERGÊNCIA MÉDICA (GEM) – **Manual dos Carros de Emergência**. 2018. Documento acessível no Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila de Conde, Portugal.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA (INEM) – **Manual de Suporte Avançado de Vida**. Lisboa. INEM. 2019.

KRONICK, Steven, [et. al.] - 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Circulation**. [em linha]. Vol. 132, N.º 18, (novembro de 2015), p. 397-413. [consultado em 10 de novembro de 2019]. Disponível na www: <URL: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIR.000000000000258>.

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.

LEACH, L.; MAYO, A. - Rapid response teams: qualitative analysis of their effectiveness. **American Journal of critical care**, Vol. 22, N.º 3 (maio de 2013), p. 198-210.

MANY, E.; GUIMARÃES, S. – **Como Abordar... A Metodologia de Trabalho de Projeto**. Lisboa: Areal Editores, 2006. ISBN 978-972-627-912-9.

MARTINS, José - Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. **Revista de Enfermagem Referência**. Série IV, N.º 12 (2017), p.155-162.

MOREIRA, A.A., [et. al.] - Rapid response team: what factors interfere with its performance? **Investigacion y Educacion en Enfermeria**. Vol.36, N.º 2 (2018).

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério - **Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN: 978-989-8444-30-1.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos**. [em linha]. (dezembro de 2001). [consultado em 11 de fevereiro de 2020]. Disponível na www: <URL: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Avaliação do Enfermeiro em estágio e condução na VMER – Parecer CJ 121/2012**. [em linha]. (dezembro de 2013). [consultado em 5 de dezembro de 2020]. Disponível na www: <URL: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_12_1_2012_Avaliacao_do_enfermeiro_em_estagio_e_conducao_na_VMER.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Transporte da Pessoa em Situação Crítica - Parecer N.º 09 / 2017**. [em linha]. (março de 2017). [consultado em 5 de dezembro de 2020]. Disponível na www: <URL: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacacritica.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Estatística de Enfermeiros**. [em linha]. (dezembro de 2018). [consultado em 17 de outubro de 2020]. Disponível na www: <URL: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/111135/c%C3%B3pia-de-2018_acumulado_dadosestatisticos_nacional.pdf.

ORDEM DOS MÉDICOS; SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – **Transportes de Doentes Críticos: Recomendações**. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Emergency Medical Services Systems in the European Union**. [em linha]. Relatório da Organização Mundial de Saúde, (2008). [consultado em 18 de setembro de 2020]. Disponível na www:<URL: <https://ec.europa.eu/digital-single-market/sites/digital-agenda/files/WHO.pdf>.

PAIVA, José, [et.al.] – **Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência – Relatório CRRNEU**. [em linha]. (fevereiro de 2012), p. 1-110. [consultado em 20 de janeiro de 2020]. Disponível na www: <URL: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crrneu-pdf.aspx>.

PATRICK, Vicki – Enfermagem de Urgência: uma revisão histórica. In SHEEHY, Susan - **Enfermagem de urgência: da teoria à prática**. 6ª. ed. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-63-9. p. 3-8.

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.

REGULAMENTO n.º 361/2015. **DR II Série**. 123 (2015/06/26) 17240-17243.

REGULAMENTO n.º 190/2015. **DR II Série**. 79 (2015/04/23) 10087-10090.

REGULAMENTO n.º 429/2018. **DR II Série**. 135 (2018/07/16) 19359-19370.

REGULAMENTO n.º 226/2018. **DR II Série**. 74 (2018/04/16) 10758-10764.

RIBEIRO, José Luís Pais – **Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde**. 3ª ed. Porto: Legis Editora, 2010. ISBN 978-989-8148-46-9.

RODRIGUES, Patrícia Claus, [et.al.] - Infarto Agudo do Miocárdio. In PEDREIRA, Larissa e MARGULHÃO, Beatriz - **Cuidados Críticos em Enfermagem**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. ISBN 978-85-277-3052-5, p.33-42.

RUIVO, M.; FERRITO, C.; NUNES, L. - Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. **Percursos**. Nº 15, (2010), p. 1-37. ISSN 1646-5067.

SAMPIERI, R.; COLLADO, C.; LUCIO, P. - **Metodologia de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: McGraw-Hill, (2013). ISBN ISBN 978-85-65848-36-7.

SCHIEFER, Ulrich, [et. al.] - **MAPA – Manual de Planejamento e Avaliação de Projetos**. Estoril: Príncipia, 2007. ISBN 978-972-8818-58-6.

SETHI, S.S.; CHALWIN, R. - Governance of rapid response teams in Australia and New Zealand. **Anaesthesia and Intensive Care Journal**. [em linha]. Vol.46, Nº3 (2018), p.304-312. [consultado em 19 de fevereiro de 2020]. Disponível na www: <URL: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0310057X1804600308>.

SILVA, A.; FOSSÁ, M. – Análise de Conteúdo: Exemplo de Aplicação da Técnica para Análise de Dados Qualitativos – **Qualitas Revista Eletrônica**. [em linha]. Vol.17. N.º 1 (2015). ISSN 1677 4280, p. 1-14. [consultado em 1 de dezembro de 2020]. Disponível na www: <URL: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403>.

SOAR, J., [et. al.] – European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. **Resuscitation**. [em linha]. (2021), p. 1-37. [consultado em 28 de março de 2021]. Disponível na www: <URL: [file:///C:/Users/Adriana/Downloads/RESUS-8903-ALS%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Adriana/Downloads/RESUS-8903-ALS%20(1).pdf).

STEINMAN, Rebeca – Avaliação do doente. In SHEEHY, Susan - **Enfermagem de Urgência: da teoria à prática**. 6ª. ed. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-63-9. p.79-106.

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.º 12 (2019), p.949-955.

VALENTE, João, [et. al.] – Contributo assistencial da equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar do Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco. **Revista de Saúde Amato Lusitano**. [em linha]. Nº. 46 (Set-Dez., 2017), p. 8-9. [consultado em 15 de dezembro de 2019]. Disponível na www: <URL: http://www.ulscb.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/9/2017/02/revista_46-setembro-dezembro-2017-1.pdf.

WALSTON, J.M., [et. al.] - Vital Signs Predict Rapid - Response Team Activation Within Twelve Hours of Emergency Department Admission. **Western Journal of Emergency Medicine**. [em linha]. Vol. 17, N.º 3, (2016), p.324-330. [consultado em 19 de fevereiro de 2020]. Disponível na www: <URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4899064/>.

WHITAKER, D.K., [et. al.] – Implementing a standard internal telephone number 2222 for cardiac arrest calls in all hospitals in Europe – **Resuscitation**. [em linha]. Vol. 115. (2017). [consultado em 15 de fevereiro de 2019]. Disponível na www: <URL: <https://www.resuscitationjournal.com/action/showPdf?pii=S0300-9572%2817%2930126-0>.

WINTERS, B.D., [et. al.] - Rapid-Response Systems as a Patient Safety Strategy. **Annals of Internal Medicine**. [em linha]. Vol. 158. (março de 2013), p. 417-425. [consultado em 15 de fevereiro de 2019]. Disponível na www: <URL: <https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00009>.

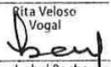
ANEXOS

ANEXO 1

Parecer do Conselho de Administração e Comissão de Ética

Autorizado.

Registo nº CA/CHP/VC/19/00011/12/19

 Gaetano Paes Presid. C. A.	 Rita Veloso Vogal
 Iolanda Silva Vogal	 Isabel Rocha Enfermeira Diretora
 Joaquim Monteiro Diretor Clínico	

Estudo: "Equipa de Emergência Intra-Hospitalar: Da Criação à Implementação"

Responsável: Adriana Filipa Azevedo Marques

Informação:

No pedido referente à realização do estudo identificado supra nada há a opor, na perspetiva da segurança e proteção de dados (preenchimento do questionário).

Também no que concerne à segunda alínea do pedido (levantamento do número de médicos e enfermeiros distribuídos pelos serviços da unidade da Póvoa de Varzim, a fazer junto do serviço de Gestão de Recursos Humanos) nada há a opor, desde que a informação fique cingida, apenas, à divulgação do número de profissionais existentes.

Paula Esteves

EPD 

Impresso em CHP/VC

(31007) (4-3)

ANEXO 2

Folha de Presenças na Ação de Formação

ANEXO 3

Questionário de Avaliação da Formação e Formador

Questionário de Avaliação da Formação - Formandos

Candidatura Nº:

Tipologia Intervenção:

Região:

Curso:

nº:

Ação nº:

Este questionário pretende avaliar a opinião dos formandos em relação à formação frequentado e poder analisar a satisfação geral da acção de formação recolhendo informações que, futuramente, permitam aperfeiçoá-lo.

Assinale com **X** as respostas que melhor correspondem à sua opinião.

FORMADORES

1. Como aprecia a prática pedagógica dos formadores deste curso em função dos seguintes critérios:

1.1. Clareza na Transmissão de Conhecimentos

Muito Bom Bom Razoável Mau Muito Mau

1.2. Casos Práticos apresentados

Muito Bom Bom Razoável Mau Muito Mau

1.3. Relacionamento Interpessoal

Muito Bom Bom Razoável Mau Muito Mau

1.4. Metodologia Utilizada

Muito Bom Bom Razoável Mau Muito Mau

Comentários:

ACOMPANHAMENTO TÉCNICO-PEDAGÓGICO

2. Como avalia a organização da acção de formação relativamente aos seguintes pontos:

2.1. Documentação distribuída

Concordo Totalmente Concordo Nem Concordo nem Discordo
Discordo Discordo Totalmente

2.2. Duração da Acção

Concordo Totalmente Concordo Nem Concordo nem Discordo
Discordo Discordo Totalmente

3. Expectativas

3.1. Os conhecimentos que esperava vir a adquirir nesta acção de formação foram obtidos.

Concordo Totalmente Concordo Nem Concordo nem Discordo
Discordo Discordo Totalmente

APRECIÇÃO GLOBAL

4. Globalmente esta acção de formação agradou:

Concordo Totalmente Concordo Nem Concordo nem Discordo
Discordo Discordo Totalmente

Comentários:

5. Aspectos Positivos

6. Aspectos Negativos

Obrigado pela colaboração.

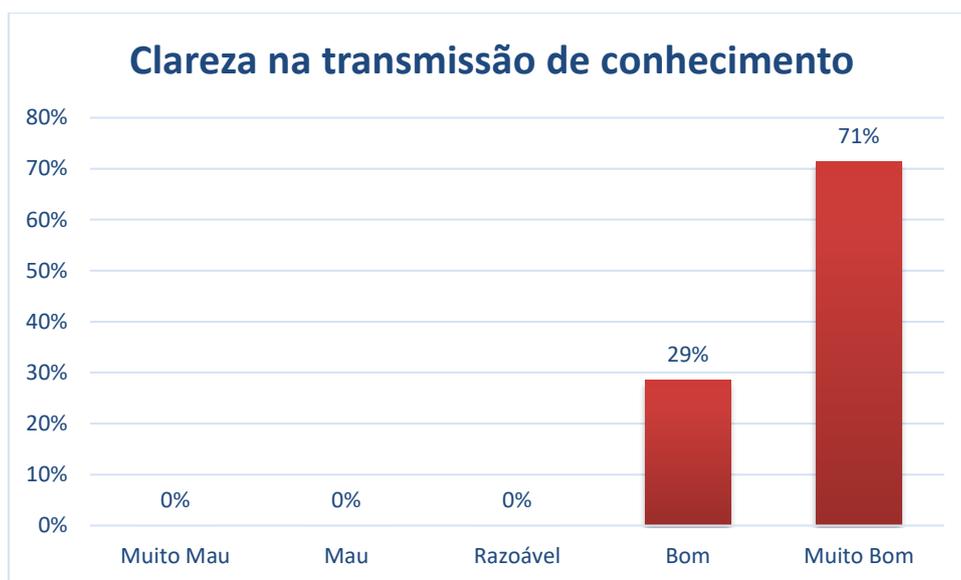
A Unidade de Formação

ANEXO 4

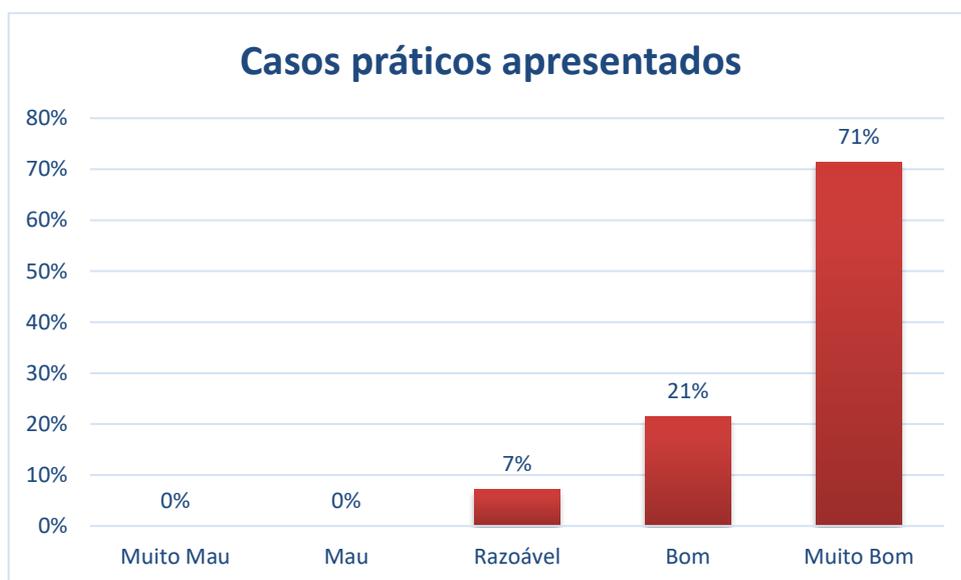
Avaliação da Formação e Formador

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO E DO FORMADOR

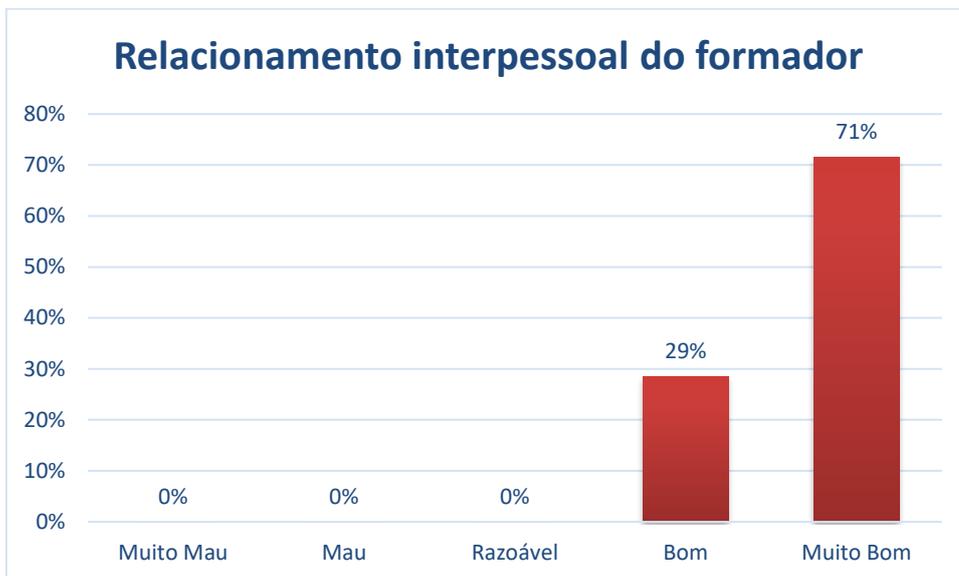
1 - Prática pedagógica do formador em função da clareza na transmissão de conhecimento



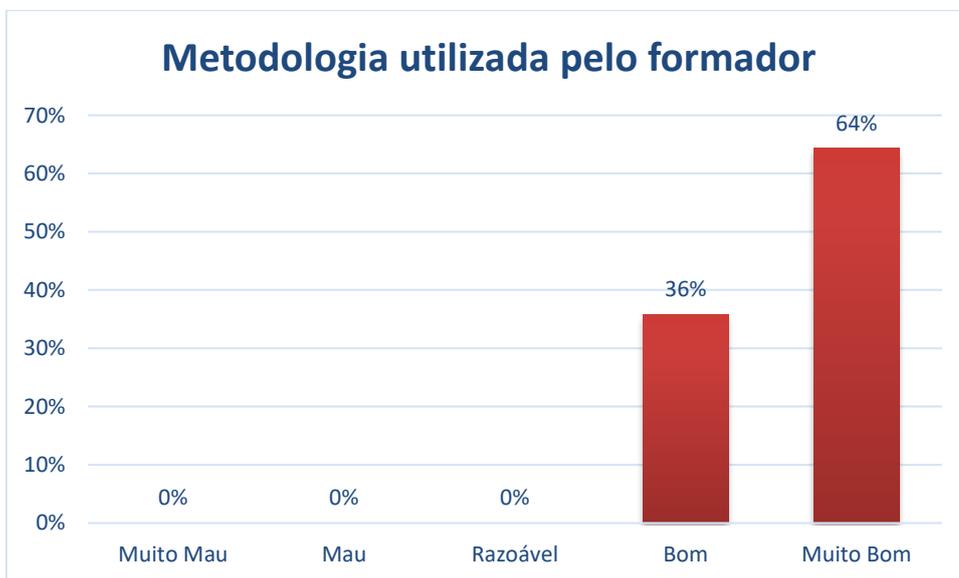
2 - Prática pedagógica do formador em função dos casos práticos apresentados



3 – Avaliação do relacionamento interpessoal do formador



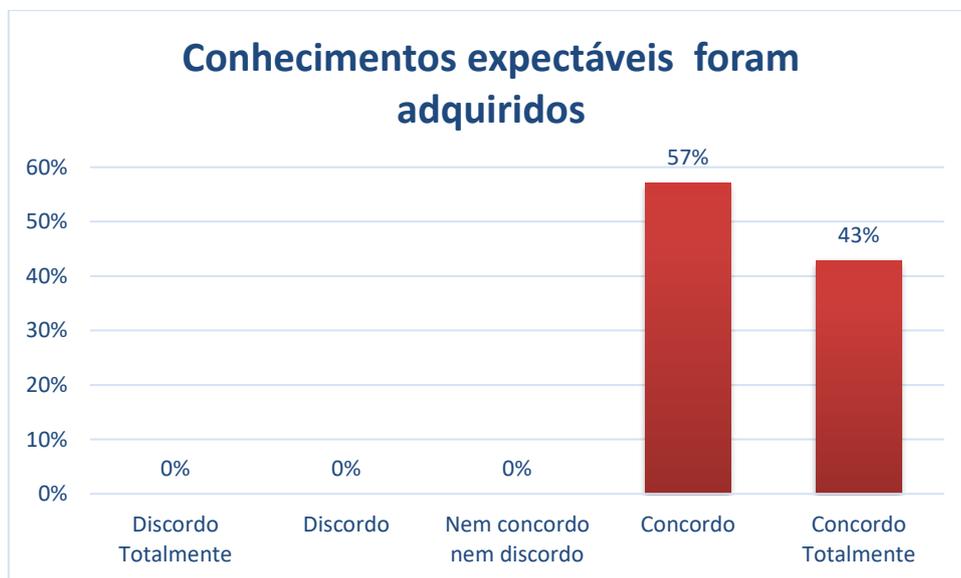
4 – Avaliação da metodologia utilizada pelo formador



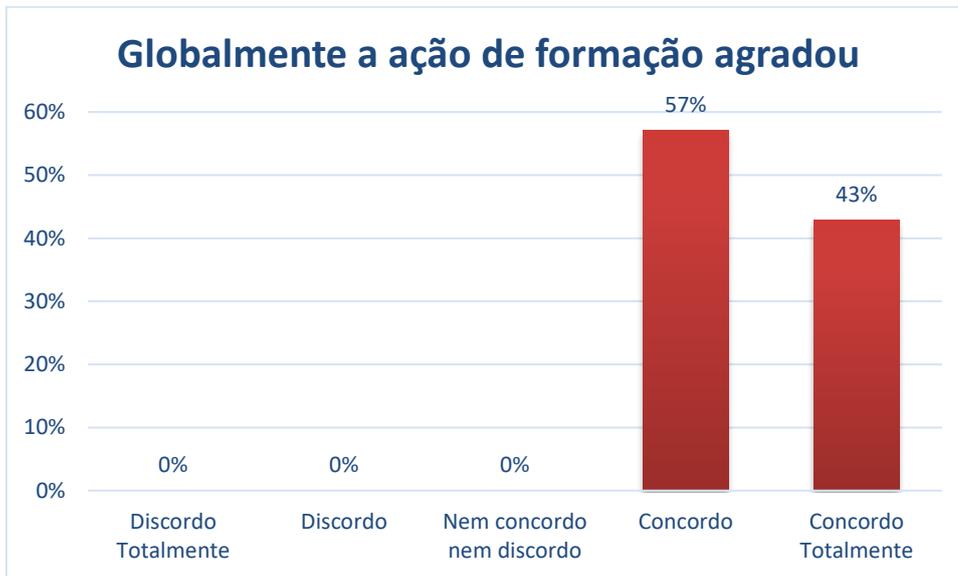
5 – Avaliação da organização da formação



6 – Os conhecimentos que esperava vir a adquirir nesta formação foram obtidos



7 – Globalmente esta ação de formação agradou



Aspetos Positivos:

Temática fundamental a ser implementada no hospital.

Clareza de exposição do assunto em apresentação.

Importância do assunto debatido.

Reforço da necessidade da criação da EEMI.

Aspetos Negativos:

Alguma confusão na receção da formação on-line.

Necessidade de melhor articulação entre a formação presencial e on-line.

ANEXO 5

Listas de verificação de fármacos, material e equipamento dos Carros de Emergência

Lista de verificação de fármacos e material do Carro de Emergência PISO 0

EXTERIOR			
Monitor/desfibrilhador bifásico SCHILLER	1	Cabo monitorização de oximetria	1
Pás de desfibrilhação de adulto	2	Rolo de papel para ECG no monitor/desfibrilhador	1
Cabo monitorização ECG de 3 derivações	1	<i>Dossier</i>	1
Bala de oxigénio	1		

PRIMEIRA GAVETA							
ácido acetilsalicílico 100mg comprimido	4	DIazepam 10mg/2ml	2	fenitoína 250mg/5ml	2	labetalol 100mg/20ml	1
adenosina 6mg/2ml	6	DIazepam 5mg rectal	2	fenobarbital 200mg/2ml	2	MIDazolam 15mg/3ml	2
adRENALina 1mg/1ml	10	digoxina 0,5mg/2ml	2	flumazenil 0,5mg/5ml	2	morfina 10mg/1ml	2
água bidestilada 5ml	2	dinitrato de isossorbido 5mg comprimido	2	furosemida 20mg/2ml	6	naloxona 0.4mg/1ml	4
amioDARONA 150mg/3ml	4	DOBUTamina 250mg/20ml	2	gluconato de cálcio 1g/10ml (10%)	2	proPOFOL 200mg/20ml (1%)	2
aTROPina 0,5mg/1ml	8	DOPamina 200mg/5ml	2	glucose 6g/20ml (30%)	2	sulfato de magnésio 2g/10ml (20%)	2
bicarbonato de sódio 8.4% 100ml	2	etomidato 20mg/10ml	2	hidrocortisona 100mg/2ml	2		

SEGUNDA GAVETA							
CVP nº14	2	Agulha EV 19G	6	Seringa 1ml	2	Sistema de soro	2
CVP nº16	2	Agulha IM 21G	2	Seringa 2 ml	6	Sistema de soro opaco	1
CVP nº18	4	Agulha SC 25G	2	Seringa 5 ml	6	Torneira 3 vias	2
CVP nº20	4	Adaptador de CVP para colheita de sangue	2	Seringa 10 ml	6	Prolongador 25cm	2
CVP nº22	4	Tubos (H+B+C)	2+2+2	Seringa 20 ml	4	Garrote	1
CVP nº24	2	Obturador de CVP	4	Seringa 100 ml	1	Adesivo cortado	12
CVP nº26	2	Minispike	2	Seringa gasimetria	2		

TERCEIRA GAVETA					
Eléctrodos para ECG	6	Lâmina para tricotomia	2	Peça desfibrilhador/pacemaker	1
Eléctrodos multi-funções - adulto	1	Rolo de papel suplente para ECG	1		
Placas em gel para desfibrilhação	1	Cronómetro	1		

QUARTA GAVETA							
Cabo laringoscópio	1	TET com cuff nº7,5	2	Tubo guedel nº5	1	Pinça maggil - adulto	1
Lâmina curva nº2	1	TET com cuff nº8,0	2	I-gel nº3.0	1	Mandril entubação - adulto	1
Lâmina curva nº3	1	Seringa 10ml	1	I-gel nº4.0	1	Peça em T	1
Lâmina curva nº4	1	Insuflador manual de adulto com reservatório, tubo de conexão de O ₂	1	I-gel nº5.0	1	Máscara de venturi - adulto	1
Lâmina recta nº1	1	Máscara facial "ambu" nº3	1	Cânula aspiração rígida	1	Máscara alto débito - adulto	1
Lâmina recta nº2	1	Máscara facial "ambu" nº4	1	Sonda aspiração nº12	1	Estetoscópio	1
Lâmina recta nº3	1	Máscara facial "ambu" nº5	1	Sonda aspiração nº14	2	Fita nastro - cortada	qb
TET com cuff nº6,5	1	Tubo guedel nº3	1	Sonda aspiração nº16	2	Rolo de adesivo castanho	1
TET com cuff nº7,0	2	Tubo guedel nº4	1	Sonda aspiração nº18	2	Conjunto de pilhas suplentes para laringoscópio	1

QUARTA GAVETA – BOLSA VIA AÉREA PEDIÁTRICA							
TET sem cuff nº3,0	1	Insuflador manual pediátrico com reservatório, tubo de conexão de O ₂	1	Pinça maggil - pediátrica	1		1
TET sem cuff nº3,5	1	Máscara facial "ambu" nº2	1	Mandril entubação - pediátrico	1		1
TET sem cuff nº4,0	1	Tubo guedel nº2	1	Máscara de Venturi - pediátrica	1		1
TET sem cuff nº4,5	1	I-gel nº1.5	1	Máscara alto débito - pediátrica	1		1
TET sem cuff nº5,0	1	I-gel nº 2.0	1	Catéter nasal - pediátrico	1		1
TET sem cuff nº5,5	1	Sonda aspiração nº8	1				
TET com cuff nº6,0	1	Sonda aspiração nº10	1				

QUINTA GAVETA							
Caixa de luvas L	1	Saco colector esterilizado	2	SNG nº10	1	Lanterna	1
Luvas esterilizadas 6.5	1	Sonda vesical foley nº16	1	SNG nº12	1	Kit de glicemia capilar: Máquina + tiras + lancetas	1+5+5
Luvas esterilizadas 7.0	1	Sonda vesical foley nº18	1	SNG nº14	1	Saco com fechos numerados	1
Luvas esterilizadas 7.5	1	SNG nº6	1	SNG nº16	1	Lidocaína gel	1
Luvas esterilizadas 8.0	1	SNG nº8	1	SNG nº18	1		

SEXTA GAVETA							
SF 100ml	2	Glucose 5% 100ml	2	Pacote de compressas esterilizadas 10x10	2		
SF 1000ml	1	Álcool 70º	1	Contentor corto-perfurantes	1		
Glucose 5% 500ml	1	Pacote de compressas esterilizadas 15x20	2				

Lista de verificação de fármacos e material do Carro de Emergência PISO 1

PRATELEIRA SUPERIOR							
Máscara facial "ambu" nº3	1	Lâmina recta nº2	1	Cânula aspiração rígida	1	Sonda aspiração nº18	2
Máscara facial "ambu" nº4	1	Lâmina recta nº3	1	Rolo de adesivo castanho	1	Placas em gel para desfibrilhação	1
Máscara facial "ambu" nº5	1	Lâmina para tricotomia	2	Kit de glicemia capilar: Máquina + tiras + lancetas	1+5+5	TET com cuff nº6.5	1
Pinça maggil – adulto	1	Lanterna	1	Eléctrodos para ECG	6	TET com cuff nº7.0	2
Mandril entubação – adulto	1	Estetoscópio	1	I-gel nº3.0	1	TET com cuff nº7.5	2
Cabo Laringoscópio	1	Tubo guedel nº3	1	I-gel nº4.0	1	TET com cuff nº8.0	2
Conjunto de pilhas suplentes para laringoscópio	1	Tubo guedel nº4	1	I-gel nº5.0	1	Máscara de venturi – adulto	1
Lâmina curva nº2	1	Tubo guedel nº5	1	Peça em T	1	Máscara alto débito – adulto	1
Lâmina curva nº3	1	Fita nastro - cortada	qb	Sonda aspiração nº12	1	Cronómetro	1
Lâmina curva nº4	1	Lidocaína gel	1	Sonda aspiração nº14	2		
Lâmina recta nº1	1	Seringa 10ml	1	Sonda aspiração nº16	2		

PRATELEIRA SUPERIOR – BOLSA VIA AÉREA PEDIÁTRICA							
TET sem cuff nº3.0	1	Insuflador manual pediátrico com reservatório, tubo de conexão de O ₂	1	Pinça maggil - pediátrica	1		
TET sem cuff nº3.5	1	Máscara facial "ambu" nº2	1	Mandril entubação - pediátrico	1		
TET sem cuff nº4.0	1	Tubo guedel nº2	1	Máscara de Venturi - pediátrica	1		
TET sem cuff nº4,5	1	I-gel nº1.5	1	Máscara alto débito - pediátrica	1		
TET sem cuff nº5.0	1	I-gel nº 2.0	1	Catéter nasal - pediátrico	1		
TET sem cuff nº5,5	1	Sonda aspiração nº8	1				
TET com cuff nº6.0	1	Sonda aspiração nº10	1				

Monitor/Desfibrilhador monofásico S&W	1	Rolo de papel para ECG no monitor/desfibrilhador	1
Pás de desfibrilhação de adulto e pediátricas	2		

GAVETA SUPERIOR							
CVP nº14	2	Aglha SC 25G	2	Prolongador 25cm	2	Saco colector esterilizado	2
CVP nº16	2	Contentor corto-perfurantes	1	Sistema de soro	2	Pacote de compressas esterilizadas 15x20	2
CVP nº18	4	Seringas 1ml	2	Sistema de soro opaco	1	Pacote de compressas esterilizadas 10x10	2
CVP nº20	4	Seringa 2ml	6	Torneira 3 vias	2	Luvas esterilizadas 6.5	1
CVP nº22	4	Seringa 5ml	6	Minispike	2	Luvas esterilizadas 7.0	1
CVP nº24	2	Seringa 10ml	6	SNG nº6	1	Luvas esterilizadas 7.5	1
CVP nº26	2	Seringa 20ml	4	SNG nº8	1	Luvas esterilizadas 8.0	1
Obturador de CVP	4	Seringa 100ml	1	SNG nº10	1	Caixa de luvas L	1
Adesivo cortado	12	Seringa gasimetria	2	SNG nº12	1	Sonda vesical foley nº16	1
Garrote	1	Álcool 70º	1	SNG nº14	1	Sonda vesical foley nº18	1
Aglha EV 19G	6	Tubos (H+B+C)	2+2+2	SNG nº16	1	Cabo de monitorização ECG	1

Agulha IM 21G	2	Adaptador de CVP para colheita de sangue	2	SNG nº18	1	Insuflador manual de adulto com reservatório, tubo de conexão de O ₂	1
---------------	---	--	---	----------	---	---	---

GAVETA LATERAL							
ácido acetilsalicílico 100mg comprimido	4	DIAzepam 5mg <u>rectal</u>	2	fenobarbital 200mg/2ml	2	MIDAzolam 15mg/3ml	2
adenosina 6mg/2ml	6	digoxina 0,5mg/2ml	2	flumazenil 0,5mg/5ml	2	morfina 10mg/1ml	2
aDRENALina 1mg/1ml	10	dinitrato de isossorbido 5mg comprimido	2	furosemda 20mg/2ml	6	naloxona 0.4mg/1ml	4
água bidestilada 5ml	2	DOBUTamina 250mg/20ml	2	gluconato de cálcio 1g/10ml (10%)	2	proPOFOL 200mg/20ml (1%)	2
amioDARONA 150mg/3ml	4	DOPamina 200mg/5ml	2	glucose 6g/20ml (30%)	2	sulfato de magnésio 2g/10ml (20%)	2
aTROPina 0,5mg/1ml	8	etomidato 20mg/10ml	2	hidrocortisona 100mg/2ml	2		
DIAzepam 10mg/2ml	2	fenitoína 250mg/5ml	2	labetalol 100mg/20ml	1		

PRATELEIRA INFERIOR							
SF 100ml	2	bicarbonato de sódio 8,4% 100ml	2	Glucose 5% 100ml	2	Saco com fechos numerados	1
SF 1000ml	1	Glucose 5% 500ml	1	Rolo de papel suplente para ECG	1		

EXTERIOR							
Dossier			1	Bala de oxigénio			1
Aspirador de secreções			1				

Lista de verificação de fármacos e material do Carro de Emergência PISO 2

PRATELEIRA SUPERIOR							
Máscara facial "ambu" nº3	1	Lâmina recta nº2	1	Rolo de adesivo castanho	1	Lâmina para tricotomia	2
Máscara facial "ambu" nº4	1	Lâmina recta nº3	1	Eléctrodos para ECG	6	Kit de glicemia capilar: Máquina + tiras + lancetas	1+5+5
Máscara facial "ambu" nº5	1	Lanterna	1	Placas em gel para desfibrilhação	1	Cronómetro	1
Pinça maggil – adulto	1	Tubo guedel nº3	1	Sonda aspiração nº12	1	TET com cuff nº6.5	1
Mandril entubação – adulto	1	Tubo guedel nº4	1	Sonda aspiração nº14	2	TET com cuff nº7.0	2
Cabo Laringoscópio	1	Tubo guedel nº5	1	Sonda aspiração nº16	2	TET com cuff nº7.5	2
Conjunto de pilhas suplentes para laringoscópio	1	Peça em T	1	Sonda aspiração nº18	2	TET com cuff nº8.0	2
Lâmina curva nº2	1	Fita nastro - cortada	qb	I-gel nº3.0	1	Máscara de venturi – adulto	1
Lâmina curva nº3	1	Lidocaína gel	1	I-gel nº4.0	1	Máscara alto débito – adulto	1
Lâmina curva nº4	1	Seringa 10ml	1	I-gel nº5.0	1		
Lâmina recta nº1	1	Cânula aspiração rígida	1	Estetoscópio	1		

PRATELEIRA SUPERIOR – BOLSA VIA AÉREA PEDIÁTRICA							
TET sem cuff nº3.0	1	Insuflador manual pediátrico com reservatório, tubo de conexão de O ₂	1	Pinça maggil - pediátrica	1		
TET sem cuff nº3.5	1	Máscara facial "ambu" nº2	1	Mandril entubação - pediátrico	1		
TET sem cuff nº4.0	1	Tubo guedel nº2	1	Máscara de Venturi - pediátrica	1		
TET sem cuff nº4,5	1	I-gel nº1.5	1	Máscara alto débito - pediátrica	1		
TET sem cuff nº5.0	1	I-gel nº 2.0	1	Catéter nasal - pediátrico	1		
TET sem cuff nº5,5	1	Sonda aspiração nº8	1				
TET com cuff nº6.0	1	Sonda aspiração nº10	1				

Monitor/Desfibrilhador monofásico S&W	1	Rolo de papel para ECG no monitor/desfibrilhador	1
Pás de desfibrilhação de adulto e pediátricas	2		

PRIMEIRA GAVETA							
CVP nº14	2	Agulha SC 25G	2	Prolongador 25cm	2	Sonda vesical foley nº16	1
CVP nº16	2	Contentor corto-perfurantes	1	Sistema de soro	2	Sonda vesical foley nº18	1
CVP nº18	4	Seringa 1ml	2	Sistema de soro opaco	1	Saco colector esterilizado	2
CVP nº20	4	Seringa 2ml	6	Torneira 3 vias	2	Pacote de compressas esterilizadas 15x20	2
CVP nº22	4	Seringa 5ml	6	Minispike	2	Pacote de compressas esterilizadas 10x10	2
CVP nº24	2	Seringa 10ml	6	SNG nº6	1	Luvas esterilizadas 6.5	1
CVP nº26	2	Seringa 20ml	4	SNG nº8	1	Luvas esterilizadas 7.0	1
Obturador de CVP	4	Seringa 100ml	1	SNG nº10	1	Luvas esterilizadas 7.5	1
Adesivo cortado	12	Seringa gasimetria	2	SNG nº12	1	Luvas esterilizadas 8.0	1
Garrote	1	Álcool 70º	1	SNG nº14	1	Caixa de luvas L	1
Agulha EV 19G	6	Tubos (H+B+C)	2+2+2	SNG nº16	1	Cabo de monitorização ECG	1

Agulha IM 21G	2	Adaptador de CVP para colheita de sangue	2	SNG nº18	1	Insuflador manual de adulto com reservatório, tubo de conexão de O ₂	1
---------------	---	--	---	----------	---	---	---

SEGUNDA GAVETA							
ácido acetilsalicílico 100mg comprimido	4	DIazepam 5mg <u>rectal</u>	2	fenobarbital 200mg/2ml	2	MIDazolam 15mg/3ml	2
adenosina 6mg/2ml	6	digoxina 0,5mg/2ml	2	flumazenil 0,5mg/5ml	2	morfina 10mg/1ml	2
aDRENALina 1mg/1ml	10	dinitrato de isossorbido 5mg comprimido	2	furosemida 20mg/2ml	6	naloxona 0.4mg/1ml	4
água bidestilada 5ml	2	DOBUTamina 250mg/20ml	2	gluconato de cálcio 1g/10ml (10%)	2	proPOFOL 200mg/20ml (1%)	2
amioDARONA 150mg/3ml	4	DOPamina 200mg/5ml	2	glucose 6g/20ml (30%)	2	sulfato de magnésio 2g/10ml (20%)	2
aTROPina 0,5mg/1ml	8	etomidato 20mg/10ml	2	hidrocortisona 100mg/2ml	2		
DIazepam 10mg/2ml	2	fenitoina 250mg/5ml	2	labetalol 100mg/20ml	1		

TERCEIRA GAVETA							
SF 100ml	2	bicarbonato de sódio 8,4% 100ml	2	Glucose 5% 100ml	2	Saco com fechos numerados	1
SF 1000ml	1	Glucose 5% 500ml	1	Rolo de papel suplente para ECG	1		

EXTERIOR							
<i>Dossier</i>			1	Bala de oxigénio			1
<i>Aspirador de secreções</i>			1				

Lista de verificação de fármacos e material do Carro de Emergência BO

EXTERIOR					
Monitor/desfibrilhador monofásico S&W	1	Insuflador manual de adulto com reservatório, tubo de conexão de O ₂	1	Kit de glicemia capilar: Máquina + tiras + lancetas	1+5+5
Pás de desfibrilhação de adulto e pediátricas	2	Máscara facial "ambu" nº3	1	Eléttodos para ECG	6
Placas em gel para desfibrilhação	1	Máscara facial "ambu" nº4	1	Lâmina para tricotomia	2
Cabo de monitorização ECG de 3 derivações	1	Máscara facial "ambu" nº5	1	Estetoscópio	1
Rolo de papel para ECG no monitor/desfibrilhador	1	Conjunto de pilhas suplentes para laringoscópio	1	Bala de oxigénio	1
Rolo de papel suplente para ECG	1	Cronómetro	1	Dossier	1

PRIMEIRA GAVETA							
ácido acetilsalicílico 100mg comprimido	4	DIazepam 5mg rectal	2	fenobarbital 200mg/2ml	2	MIDazolam 15mg/3ml	2
adenosina 6mg/2ml	6	digoxina 0,5mg/2ml	2	flumazenil 0,5mg/5ml	2	morfina 10mg/1ml	2
aDRENALina 1mg/1ml	10	dinitrato de isossorbido 5mg comprimido	2	furosemda 20mg/2ml	6	naloxona 0.4mg/ml	4
água bidestilada 5ml	2	DOBUtamina 250mg/20ml	2	gluconato de cálcio 1g/10ml (10%)	2	proPOFOL 200mg/20ml (1%)	2
amioDARONA 150mg/3ml	4	DOPamina 200mg/5ml	2	glucose 6g/20ml (30%)	2	sulfato de magnésio 2g/10ml (20%)	2
aTROPina 0,5mg/1ml	8	etomidato 20mg/10ml	2	hidrocortisona 100mg/2ml	2		
DIazepam 10mg/2ml	2	fenitoína 250mg/5ml	2	labetalol 100mg/20ml	1		

SEGUNDA GAVETA							
CVP nº14	2	Obturador de CVP	4	Seringa 10 ml	6	Prolongador 25cm	2
CVP nº16	2	Agulha EV 19G	6	Seringa 20 ml	4	Tubos (H+B+C)	2+2+2
CVP nº18	4	Agulha IM 21G	2	Seringa 100 ml	1	Adaptador de CVP para colheita de sangue	2
CVP nº20	4	Agulha SC 25G	2	Seringa gasimetria	2	Garrote	1
CVP nº22	4	Seringa 1ml	2	Sistema de soro	2	Adesivo cortado	12
CVP nº24	2	Seringa 2 ml	6	Sistema de soro opaco	1	Minispike	2
CVP nº26	2	Seringa 5 ml	6	Torneira 3 vias	2		

TERCEIRA GAVETA							
Cabo laringoscópio	1	TET com cuff nº6,5	1	Mandril entubação – adulto	1	SNG nº6	1
Lâmina curva nº2	1	TET com cuff nº7,0	2	Pinça maggil – adulto	1	SNG nº8	1
Lâmina curva nº3	1	TET com cuff nº7,5	2	Cânula aspiração rígida	1	SNG nº10	1
Lâmina curva nº4	1	TET com cuff nº8,0	2	Sonda aspiração nº12	1	SNG nº12	1
Lâmina recta nº1	1	Seringa 10ml	1	Sonda aspiração nº14	2	SNG nº14	1
Lâmina recta nº2	1	Fita nastro - cortada	qb	Sonda aspiração nº16	2	SNG nº16	1
Lâmina recta nº3	1	Peça em T	1	Sonda aspiração nº18	2	SNG nº18	1
I-gel nº3,0	1	Tubo guedel nº3	1	Máscara de venturi – adulto	1	Saco colector esterilizado	2
I-gel nº4,0	1	Tubo guedel nº4	1	Máscara alto débito – adulto	1	Lanterna	1
I-gel nº5,0	1	Tubo guedel nº5	1	Lidocaína gel	1	Rolo de adesivo castanho	1

QUARTA GAVETA – BOLSA VIA AÉREA PEDIÁTRICA					
TET sem cuff nº3.0	1	Insuflador manual pediátrico com reservatório, tubo de conexão de O ₂	1	Pinça maggil - pediátrica	1
TET sem cuff nº3.5	1	Máscara facial "ambu" nº2	1	Mandril entubação - pediátrico	1
TET sem cuff nº4.0	1	tubo guedel nº2	1	Máscara de Venturi - pediátrica	1
TET sem cuff nº4,5	1	I-gel nº1.5	1	Máscara alto débito - pediátrica	1
TET sem cuff nº5,0	1	I-gel nº 2.0	1	Catéter nasal - pediátrico	1
TET sem cuff nº5,5	1	Sonda aspiração nº8	1		
TET com cuff nº6.0	1	Sonda aspiração nº10	1		

TABULEIRO INFERIOR					
SF 100ml	2	Glucose 5% 500ml	1	Saco com fechos numerados	1
SF 1000ml	1	Glucose 5% 100ml	2	Contentor corto-perfurantes	1
bicarbonato de sódio 8,4% 100ml	2	Álcool 70º	1		

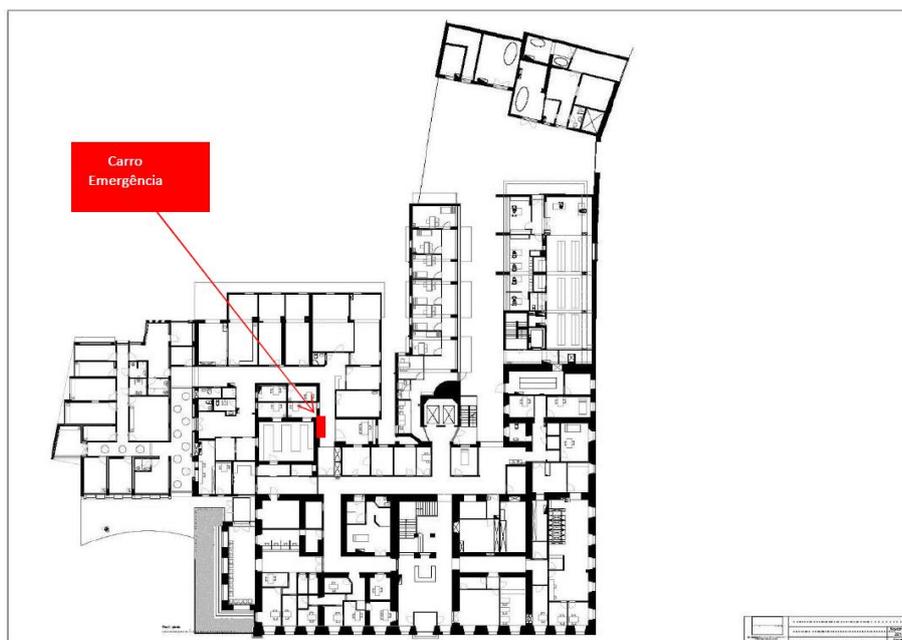
GAVETAS LATERAIS					
Luvas esterilizadas 6.5	1	Luvas esterilizadas 8.0	1	Pacote de compressas esterilizadas 10x10	2
Luvas esterilizadas 7.0	1	Caixa de luvas L	1	Sonda vesical foley nº16	1
Luvas esterilizadas 7.5	1	Pacote de compressas esterilizadas 15x20	2	Sonda vesical foley nº18	1

ANEXO 6

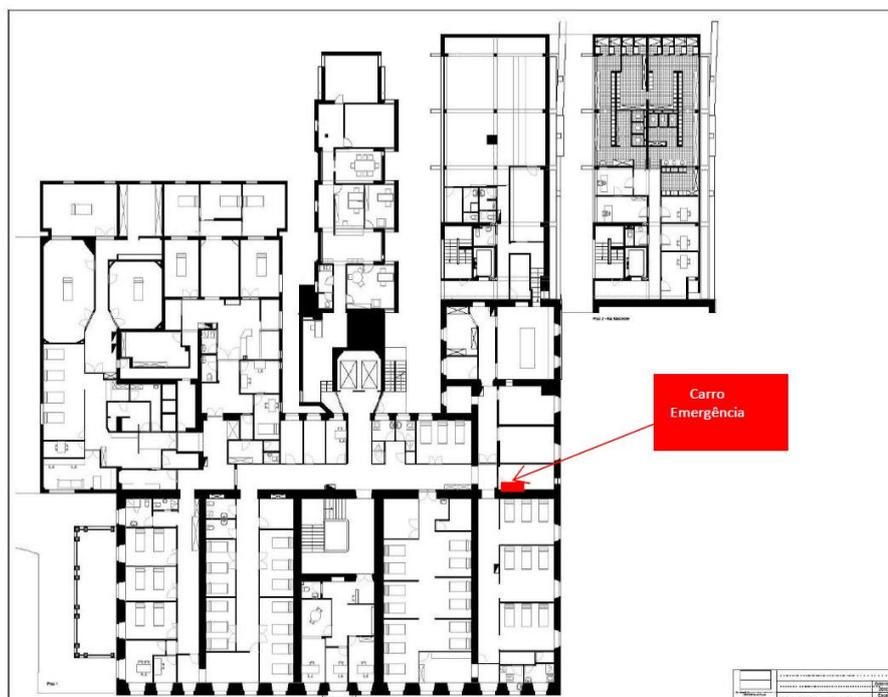
Localização dos Carros de Emergência

Localização e sinalética dos Carros de Emergência

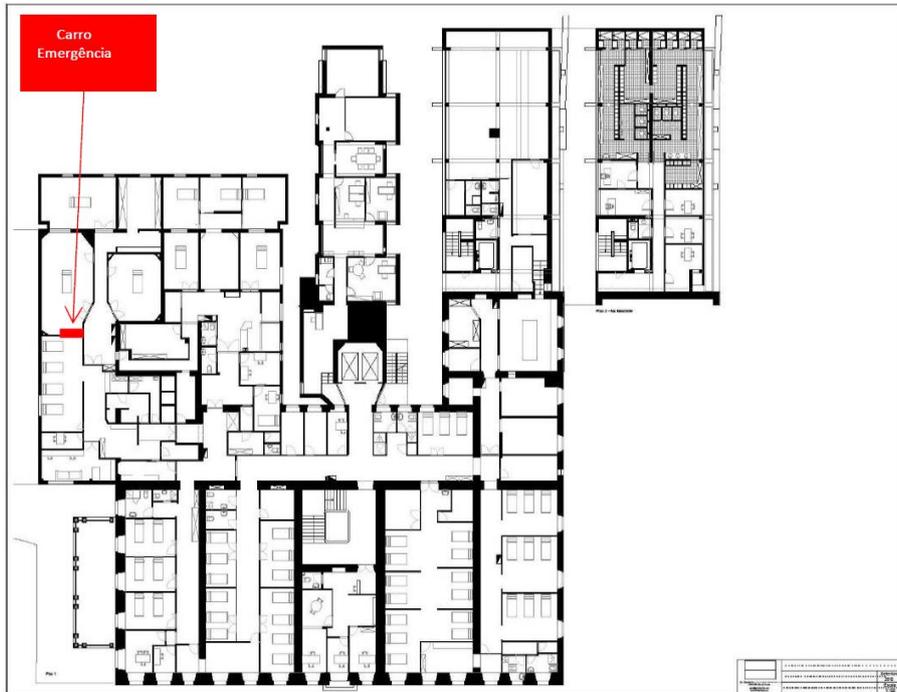
PISO 0 - SU, corredor principal junto ao consultório 4



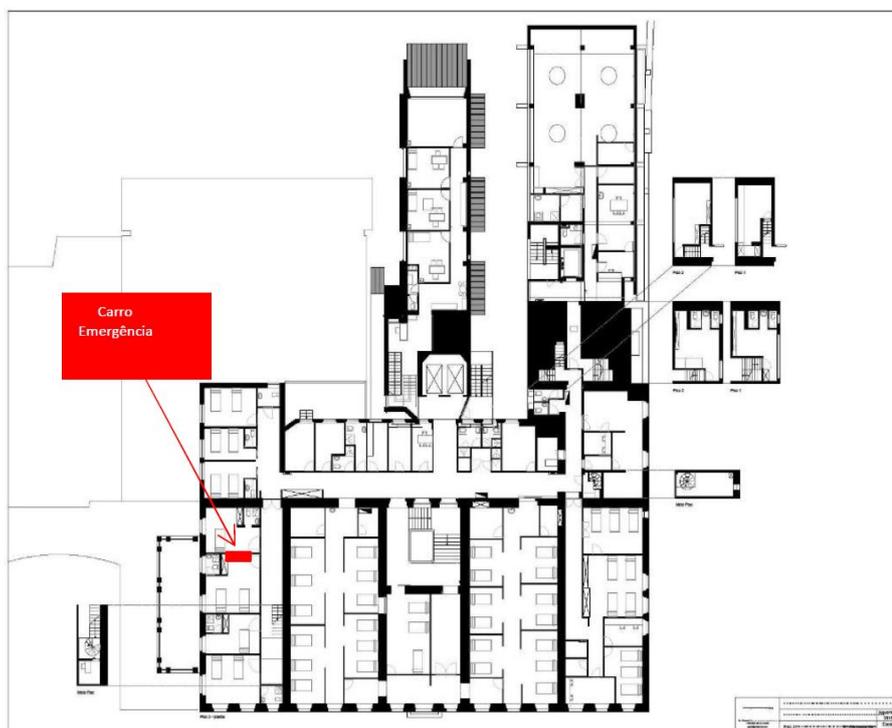
PISO 1 – Serviço de Ortopedia, sala de reuniões



PISO 1 – BO, recobro



PISO 2 – Serviço de Cirurgia, corredor principal

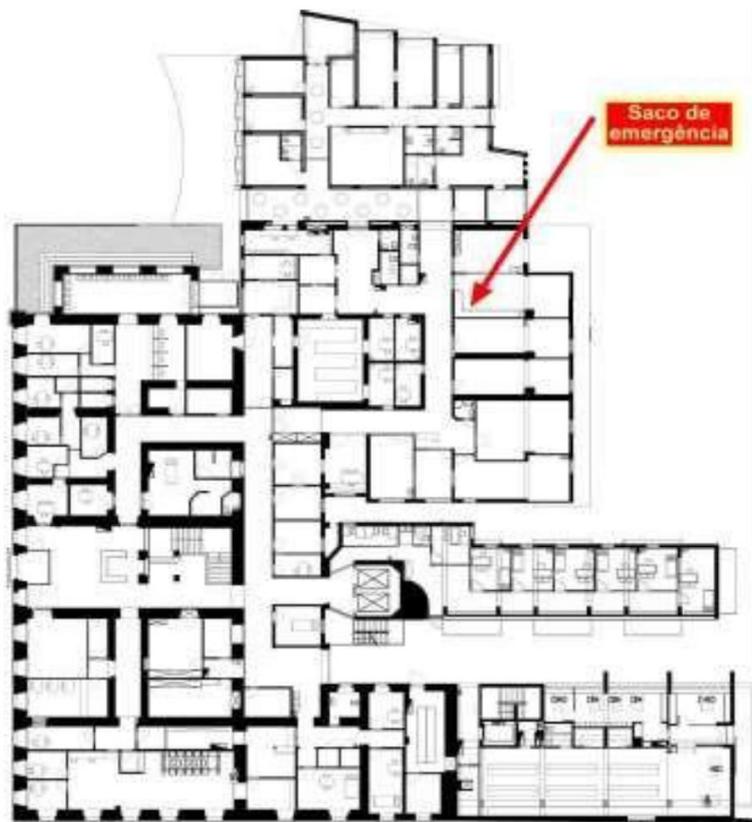


ANEXO 7

Localização dos Sacos de Emergência do Adulto

Localização e sinalética dos Sacos de Emergência do Adulto

Póvoa de Varzim – Piso 0 - Serviço de Urgência, Sala de Pequena Cirurgia



APÊNDICES

APÊNDICE 1

Solicitação aos Recursos Humanos do número de Médicos e Enfermeiros na Unidade Hospitalar, por serviço

Ex.ma Sra. Responsável pelo Serviço de Gestão dos Recursos Humanos do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila de Conde,

No âmbito da realização do estudo de investigação “Equipa de Emergência Intra-Hospitalar: Um Projeto de Criação e Implementação”, enquadrado VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, e para que este trabalho seja possível, venho por este meio solicitar um levantamento do **número dos profissionais de Enfermagem e Médicos**, distribuídos pelos serviços, da **Unidade da Póvoa**.

Assim, solicito que me possam facultar o **número o mais atualizado possível** de profissionais de Enfermagem e Médicos dos Serviços de Cirurgia Geral, Pediatria, Obstetrícia, Ortopedia, Bloco Operatório, UCA, Consulta Externa, Serviço de Urgência Geral e Pediátrica.

Em anexo envio a autorização por parte do Concelho de Administração para o levantamento desta informação junto do Departamento dos Recursos Humanos.

Sem mais de momento.

Atentamente

Adriana Filipa Azevedo Marques

Enfermeira Serviço Cirurgia Geral

APÊNDICE 2

Questionário aos Médicos e Enfermeiros

Questionário

O presente questionário é de preenchimento facultativo. No entanto, dado constituir o instrumento fundamental deste trabalho, **apelo ao seu total preenchimento**. É de toda a conveniência que responda com o máximo de rigor e honestidade, pois só assim, é possível contribuir para a melhoria da prestação de cuidados.

Leia as questões atentamente e responda no espaço reservado para tal ou coloque um (X) na resposta que considera mais adequada.

Por favor, não deixe nenhuma resposta por preencher.

Agradeço a sua colaboração e participação, pois sem ela este trabalho não será possível.

Para qualquer outra questão, poderá contactar a investigadora através dos contactos abaixo indicados.

Adriana Filipa Azevedo Marques

Telemóvel: 917908785

Email: afmarques1988@gmail.com

Grupo I – Caracterização Socioprofissional

1. Género:

Masculino Feminino

2. Categoria Profissional:

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista
- Médico Medicina Interna
- Médico Cirurgião
- Médico Anestésista
- Médico Obstetra/Ginecologista
- Médico Pediatra
- Médico Ortopedista
- Outro. Qual? _____

3. Experiência Profissional:

< 1 ano: _____ (meses)

> 1 ano: _____ (anos)

4. Experiência Profissional no Centro Hospitalar:

< 1 ano: _____ (meses)

> 1 ano: _____ (anos)

5. Serviço onde exerce funções: _____

6. Possui alguma Especialização?

- Sim Qual (ais)? _____
 Não

7. Possui alguma Pós-Graduação?

- Sim Qual (ais)? _____
 Não

8. Possui formação na abordagem ao doente crítico?

- Sim Não
Se Sim: Curso Suporte Imediato de Vida
 Curso Suporte Avançado de Vida
 Curso Avançado de Trauma
 Curso Avançado de Via Aérea
 Outra Qual? _____

Grupo II – Abordagem ao Doente Crítico Intra-Hospitalar

1. No exercício da sua atividade profissional já experienciou alguma situação de emergência?

- Sim Não

2. No exercício da sua atividade profissional já teve contacto com o doente em paragem cardiorrespiratória?

- Sim Não
Se Sim: Inferior a 3 vezes
 Entre 3 e 6 vezes
 Superior a 6 vezes

3. Já teve necessidade de contactar a equipa médica do Serviço de Urgência para observação de doente crítico ou em paragem cardiorrespiratória?

- Sim Não Não se aplica

4. Perante uma situação de emergência, já teve dificuldade em contactar a equipa médica de Serviço de Urgência?

- Sim Não Não se aplica

5. Já sentiu dificuldades/constrangimentos na abordagem ao doente crítico ou em paragem cardiorrespiratória (PCR)?

- Sim Não

6. Indique as dificuldades sentidas na atuação ao doente crítico numa situação de emergência.

Grupo III – Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI)

1. Considera importante a existência de uma EEMI para intervenção ao doente crítico?
- Extremamente importante
 Muito importante
 Importante
 Pouco importante
 Nada importante
2. Considera que a existência de uma EEMI pode reduzir o tempo de início de atuação na abordagem ao doente crítico ou em situações de PCR?
- Sim Não Não sei
3. Considera que a abordagem ao doente crítico ou em situações de PCR efetuada por uma equipa intra-hospitalar diferenciada, pode trazer ganhos para o doente?
- Sim Não Não sei
- Se sim, indique pelo menos 2 ganhos:

4. Tem conhecimento dos critérios de ativação da EEMI?
- Sim Não
5. Considera importante a existência de um número telefónico interno para ativação da EEMI?
- Extremamente importante
 Muito importante
 Importante
 Pouco importante
 Nada importante
6. Tem conhecimento da recomendação para a uniformização de um número de emergência médica intra-hospitalar a nível europeu?
- Sim Não
- Se sim, refira 2 vantagens:

7. Na sua opinião qual(ais) o(s) principal(ais) motivo(s) pelo qual ainda não foi implementada a EEMI nesta Unidade Hospitalar? (Pode assinalar mais do que uma opção)

- Desconhecimento das suas vantagens pelos profissionais
- Falta de motivação dos profissionais
- Falta de recursos materiais
- Falta de recursos humanos
- Custos acrescidos
- Estrutura física
- Organização dos serviços
- Falta de evidência científica
- Resistência à mudança
- Indisponibilidade dos profissionais em integrar a equipa
- Manter a equipa disponível durante 24h/dia
- Inexistência de protocolos clínicos
- Não sei

Outro: _____

8. Considera que os médicos e enfermeiros que integrem a EEMI devem deter competências na abordagem avançada da via aérea e em técnicas de reanimação?

- Sim Não Não sei

9. Se fosse criada e implementada a EEMI nesta Unidade Hospitalar, gostaria de constituir elemento dessa equipa?

- Sim Não

Se sim, indique pelo menos 2 áreas de formação que gostaria de desenvolver

10. Indique 3 vantagens que a implementação de EEMI poderá trazer na abordagem ao doente crítico.

Obrigada pela sua atenção e colaboração!

APÊNDICE 3

Informação ao participante do questionário

Informação ao Participante

A presente investigação intitulada de “**Equipa de Emergência Intra Hospitalar: Um Projeto de Criação e Implementação**”, desenvolve-se no âmbito de um trabalho de projeto inserido no VI curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, tendo como investigadora a Adriana Filipa Azevedo Marques, sob a orientação da Professora Doutora Clementina Sousa e Coorientação da Professora Mestre Arminda Vieira.

O estudo tem como objetivo geral promover a criação e implementação da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, num Centro Hospitalar da região norte, para uma intervenção precoce ao doente crítico. Os dados serão recolhidos através da aplicação de um questionário.

A sua participação é voluntária e só deve aceitar depois de devidamente esclarecido(a). Todos os dados recolhidos são **anónimos** e **confidenciais** e serão apenas utilizados no âmbito desta investigação. Está também garantido o direito de recusar a sua participação no estudo ou de a interromper a qualquer momento se assim o considerar.

A presente Folha de Informação ao Participante ser-lhe-á entregue, devendo primeiramente lê-la com atenção. Se aceitar participar nesta investigação, por favor, assine este documento e guarde-o para si. Para qualquer outra questão ou se estiver interessado(a) em tomar conhecimento dos resultados globais do estudo, poderá contactar a investigadora através do endereço de correio eletrónico abaixo indicado.

Assinatura do Participante: _____

Assinatura da Investigadora: _____

Data: ___/___/_____

Obrigada pela sua disponibilidade e colaboração.

Adriana Filipa Azevedo Marques

Telemóvel: 917908785

e-mail: afmarques1988@gmail.com

APÊNDICE 4

Consentimento Informado para a participação no questionário

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

“Equipa de Emergência Intra Hospitalar: Um Projeto de Criação e Implementação”

Eu, _____, tomei conhecimento do objetivo do estudo de Investigação “**Equipa de Emergência Intra-Hospitalar: Um Projeto de Criação e Implementação**”, que visa promover a criação e implementação da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, num Centro Hospitalar da região norte, para uma intervenção precoce ao doente crítico.

Tenho conhecimento de que neste estudo está prevista a realização de um **questionário**, tendo-me sido explicado em que consiste o mesmo e que tenho o direito de recusar a participar no seu preenchimento, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Fui esclarecido(a) sobre todos os aspetos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informado(a) que o questionário é de natureza **confidencial** e o tratamento dos dados será efetuado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, o que significa que o seu **anonimato** é respeitado.

Autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, sempre com o **princípio do anonimato** garantido.

Por aceitar participar de livre vontade no estudo acima mencionado, assino o presente consentimento informado, conjuntamente com a investigadora do estudo.

Assinatura do Participante: _____

Assinatura da Investigadora: _____

Data: ___/___/_____

APÊNDICE 5

Guião da Entrevista

1ª Parte – Acolhimento	
<p>Objetivo:</p> <p>Informar o participante</p>	<p>O presente estudo é realizado pela Enfermeira Adriana Marques, integrado no VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.</p> <p>O estudo tem como principal objetivo promover a criação e implementação da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI), nesta Unidade Hospitalar.</p> <p>Esta preocupação surge pela importância de uma intervenção precoce e adequada ao doente crítico, que na maioria das vezes sofre um processo de deterioração clínica progressivo e que quando detetado atempadamente pode diminuir a mortalidade e a morbilidade destes doentes.</p> <p>A circular normativa nº 15/DQS/DQCO (2010) previa que a implementação das EEMI deveria ser estendida a todo o território nacional até final de 2011. A mesma refere que situações em que houve uma rápida e eficiente resposta da equipa intra-hospitalar, permitiu uma maior eficácia na intervenção, aumentando as taxas de sobrevivência e melhorando o <i>out come</i> do doente</p> <p>O procedimento de recolha de dados será a entrevista semiestruturada, a qual será gravada, para evitar perda de informação, com consentimento prévio e terá uma duração não superior a 30 minutos.</p> <p>A participação neste estudo é voluntária, confidencial e anónima.</p> <p>O consentimento informado dará início à participação no estudo.</p>

2ª Parte – Acolhimento	
Objetivo: Caracterizar o participante	<p>1. Género:</p> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <p>2. Categoria Profissional:</p> <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Gestor Cargo _____

3ª Parte – Objetivos/Questões orientadoras	
Objetivos específicos	Questões orientadoras
Identificar os benefícios da implementação da EEMI na atuação ao doente crítico, para uma intervenção precoce e diferenciada.	1. Na sua opinião, que benefícios considera que a implementação da EEMI poderia trazer na atuação ao doente crítico nesta Unidade Hospitalar?
Identificar os fatores condicionantes à criação e implementação da EEMI	1. O que pode dificultar a implementação da EEMI nesta Unidade Hospitalar?

4ª Parte – Fecho da Entrevista
<ul style="list-style-type: none"> • Agradecer a colaboração do participante e reforçar a importância da sua participação no estudo; • Resumir os aspetos principais abordados na entrevista; • Dar oportunidade/solicitar ao participante para acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por abordar durante a entrevista.

APÊNDICE 6

Transcrição das entrevistas

Entrevista 1

Entrevistador: Antes de mais, bom dia e obrigado por aceitar esta entrevista e por toda a disponibilidade. Antes de iniciarmos, referir só que estou a efetuar um trabalho de investigação tendo por base a metodologia de projeto, no âmbito do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, com o objetivo de justificar a pertinência da criação e implementação da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, na nossa Unidade Hospitalar. Na sua opinião, que benefícios considera que a implementação desta equipa poderia trazer na atuação ao doente crítico nesta Unidade Hospitalar?

Entrevistado 1 (E1): Para já era ter uma resposta transversal aos serviços todos, com definidas orientações, circuitos, pontos de resposta, portanto haver uma articulação perfeita dos profissionais, todos pensem da mesma maneira e todos funcionem da mesma maneira, independentemente do serviço em que estejam e perante a situação que estiverem. Portanto, que sejam definidas orientações precisas e transversais. E que todos estejam preparados para a resposta independentemente da situação que têm à frente, saber onde cada meio está para atender à situação em concreto.

Entrevistador: Considera que a equipa de emergência poderá criar um clima de maior segurança aos profissionais porque sabem que têm uma retaguarda mais especializada?

E1: Claro que sim, até porque somos uma Instituição em que estamos constantemente a receber novos profissionais que acabam por trazer alguma insegurança às equipas e se soubermos que há sempre essa retaguarda, os próprios profissionais vão estar a aprender de uma forma mais segura, não tão sob pressão porque sabem que a parte da segurança e da resposta à emergência está acautelada. Não há comparação possível.

Entrevistador: Aqui também seria fundamental investirmos na formação dos profissionais. Primeiramente das equipas (EEMI), se chegarmos a esse ponto. Primeiramente, dos elementos que constituem as equipas (EEMI) e depois dos restantes profissionais, que são os elementos que ativam a equipa: os critérios de ativação, estarem atentos aos sinais para não criarem falsas ativações.

E1: Exatamente.

Entrevistador: O que pode dificultar a implementação da EEMI nesta Unidade Hospitalar? Quais os fatores dificultadores?

E1: Vamos cair sempre nas mesmas questões que é a questão estrutural, temos muitas barreiras em termos de estrutura, é um edifício muito antigo que não foi pensado aos dias

de hoje, à dimensão daquilo que é a nossa área de atuação, os serviços cresceram em termos de atendimento e de produção e as paredes não acompanharam esse crescimento. Temos aqui uma barreira de estrutura importante. Por outro lado, temos os meios em termos de recursos humanos, que obviamente para termos uma equipa dedicada, numa cobertura total, implicaria reforço de recursos, de recursos humanos e prepará-los. Este prepará-los vem trazer custos. Formação e esta formação tem que ser permanente, continua, não é fez um curso e está preparado para o resto da vida. Não, têm que fazer simulações, têm que estar sempre treinados, sempre preparados. E depois os recursos materiais, obviamente teríamos que ter meios para a resposta, para atuar em situação de emergência, que tudo isto esbarra em questões financeiras, que também é outra das limitações do Centro Hospitalar.

Entrevistador: Se bem que recursos materiais vamos tendo, os carros (de emergência) estão preparados, temos pelo menos um carro por piso.

E1: Sim, sim. Aliás acho que nesse aspeto até estamos bem, porque também há uma necessidade primeiro de os profissionais investirem um bocadinho mais nisso e terem alguns meios para se sentirem seguros, para também de alguma forma ultrapassarem as barreiras que existem. Uma coisa cobre a outra. Mas acho que também isto iria contribuir, se isto estivesse implementado, para a motivação. A motivação, a satisfação profissional, porque há profissionais que têm interesse por esta área, e esta era também uma forma de diferenciar alguns profissionais, até alguns enfermeiros, no caso dos enfermeiros especialistas que poderiam diferenciar o seu desempenho, indo por esta área, acrescentando valor aos serviços e a cada um e, portanto, a motivação e satisfação profissional, que depois também traz ganhos à Instituição.

Entrevistador: De uma forma geral era isto que se pretendia com estas duas questões, perceber os pontos positivos de uma equipa de emergência e os pontos dificultadores existentes no Hospital. Uma vez mais, obrigada.

Entrevista 2

Entrevistador: Bom dia e obrigado por aceitar esta entrevista. Encontro-me a desenvolver um trabalho de projeto, no âmbito do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, com o objetivo de justificar a pertinência da criação e implementação da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, na nossa Unidade Hospitalar e, portanto, gostaria de perceber qual a sua opinião sobre os principais benefícios que esta equipa poderia trazer na atuação ao doente crítico, na nossa Unidade Hospitalar?

Entrevistado 2 (E2): Acho que é um tema muito pertinente e muito importante, que já há vários anos que estamos a tentar otimizar. Acho que uma equipa de emergência intra-hospitalar é fundamental sobretudo para prevenir as paragens cardiorrespiratórias e o conceito da equipa intra-hospitalar de emergência mudou exatamente por isso, dantes era a equipa da paragem, a intenção é da prevenção. Além dessa equipa é obvio que é preciso que todas as pessoas do hospital tenham essa educação em emergência e que haja protocolos de monitorização e de sinais de alarme, a partir do qual é que se chama ou não a equipa, o que é que deve fazer antes, o que é que deve fazer, entretanto, que material é que deve ter disponível para utilizar enquanto não chega uma equipa e saber utilizá-lo bem. Eu acho que no nosso hospital conseguimos intervir razoavelmente bem nestas fases, que é, embora haja entrada de muitas pessoas de novo para o hospital e nós infelizmente não temos uma capacidade formativa, porque é no nosso horário de trabalho e toda a agente, médicos e enfermeiros trabalham e têm que, às vezes é extra ou têm que ser dispensados para estas ações formativas, assim como os formandos. Mas é verdade que o hospital tem favorecido isso e dá tempo de serviço para a formação, quer para os formandos quer para os formadores. E acho que nós conseguimos intervir aí bem. As pessoas já têm uma educação em emergência diferente. Já sabem que têm que avaliar o doente, já sabem fazer SBV, os serviços têm um esquema muito bem montado, e acho que a Enf.^a Adriana também trata bem isso, sobre o carro de emergência e têm falado aos vossos colegas, enfermeiros, que são na maior parte das vezes os primeiros a intervir. E sabem já utilizar a maior parte das pessoas bem os equipamentos. Percebem que o doente não estará bem e a fase seguinte é aquela que mais falha. Que é quem chamam. E aqui a equipa de emergência intra-hospitalar teria esse benefício. Quem chamam? Chamam em primeira mão o médico. Também depende muito da hora a que isso acontece, porque se for a uma hora em que está mais gente nos serviços se calhar chamam o médico que está lá à beira e depois ele próprio poderá chamar algum colega se achar conveniente. Também para não tirar a responsabilidade dos médicos e dos

enfermeiros que estão de serviço. Por outro lado, uma equipa de emergência tem as pessoas que estão bem preparadas para isso, para intervir e, a partir de um determinado sinal de alerta, aí dever-se-ia chamar a equipa. Porque é que isso não está a acontecer?

Entrevistador: Exatamente, neste momento o que é que está a dificultar?

E2: O que está a dificultar. Sobretudo é uma questão de recursos humanos. Porque a equipa de emergência médica até agora funciona de uma forma informal, que é quem está de urgência. Acaba por funcionar, só que não é de uma forma formal. Esse projeto já foi apresentado há muito tempo ao Conselho de Administração, nunca foi autorizado porque tem havido uma..., uma..., não é obstáculo nem é renitência, nem é nada disso. As pessoas percebem que não conseguem estar a fazer ao mesmo tempo várias tarefas. Se o médico está no serviço de urgência e está ao mesmo tempo numa equipa de emergência formalizada, corre ao mesmo tempo de ter que estar com duas situações emergentes e não vai poder estar. Também é verdade que isso poderia acontecer em última análise no hospital, que é estar uma emergência num serviço e outra noutra. Nós também temos que ter a capacidade de dizer: “olha vais lá tu ver isto”. Todas essas pessoas que estão nesses papéis, quer médicos quer enfermeiros têm que ter formação em Suporte Avançado de Vida, no mínimo Suporte Imediato de Vida, mas quem está a liderar tem que ter Suporte Avançado. O que acontece até agora é exatamente isto, as pessoas que estão no serviço de urgência primeiro acham que não podem estar em mais de que um lado ao mesmo tempo, que é o que acontece. Quando há uma paragem são elas que vão, é o internista a maior parte das vezes que vai. Eu acho que o número de paragens nos serviços, apesar de tudo agora diminuiu, francamente.

Entrevistador: Exatamente, eu ressalvo aquilo que disse, eu acho que cada vez mais estamos sensibilizados para os sinais de alerta e já conseguimos de uma forma geral olhar para o doente e ver que ele não está bem. E daí desperta, apesar de não termos os tais protocolos que são essenciais, já nos desperta a avaliação dos sinais vitais muito mais criteriosa e conseguimos mais rapidamente chegar e ver que o doente está instável, antes de acontecer a paragem. Isso concordo consigo.

E2: E têm já se calhar já um apoio médico mesmo nos serviços que não são de medicina, que não necessariamente o médico da equipa de emergência, mas o médico que dá apoio, o residente. Pronto, eu acho que a equipa de emergência era fundamental porque trazia responsabilidades a todos, atrai responsabilidades a quem chama porque tem que avaliar o doente. Primeiro um doente internado, a maior parte das vezes a paragem não é aguda, não é? O doente vai deteriorando como estava a dizer e muito bem. Portanto, primeiro haver um protocolo de monitorização doente a doente. Há doentes que precisam

que se veja a tensão arterial de 15 em 15min e outros que só precisam que se veja 1 vez por dia, é um exemplo. Cada doente tem que ter um protocolo de monitorização, cada doente deverá ter um plano de avaliação e de monitorização. Aquele doente que foi operado, foi ao bloco, está a perder sangue, tem um dreno. Se tiver isto ou aquilo deve chamar. Até por fases. Primeiro deve chamar o médico assistente, se deteriorar, sinais de alarme, esses sim chamam uma equipa de emergência. E antes de chegar a equipa de emergência, realmente já devemos ter atuado antes, o que me parece que neste momento está a acontecer melhor. A equipa de emergência traria então mais segurança a todos. Primeiro porque havia um número para se chamar e não é andar à procura de alguém, que não se sabe muito bem quem. Depois essa pessoa pode estar ocupada e diz: eu estou ocupada e não posso ir, chamem outro.

Entrevistador: Seria uma equipa mais disponível e mais diferenciada também.

E2: Exatamente. Depois quem chama também tem que, como estava a dizer, tem que perceber que quando pede ajuda tem que saber como está o doente. Já teve que intervir antes. Tem que chamar, mas tem que dizer: “eu encontrei o doente desta forma e desta, eu já fiz isto e isto, já tenho o carro de emergência, já está monitorizado, o que quer que faça, venha já”. Quem vai, tem que ir, tem que responder e tem que responder rápido e tem que responder bem. E tem que trabalhar em equipa com as pessoas que estão nos serviços.

Entrevistador: De uma forma geral era isso. Obrigada pelo seu ponto de vista, foi uma mais valia efetivamente as ideias que apresentou, sobre a pertinência da equipa, da sua implementação e dos constrangimentos que ainda estão em cima da mesa. Agradecer-lhe, então, esta sua disponibilidade.

Entrevista 3

Entrevistador: Bom dia e obrigado por aceitar esta entrevista. Frequento o Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo e, nesta fase, encontro-me a desenvolver um trabalho de projeto, neste âmbito, com o objetivo de justificar a pertinência da criação e implementação da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, na nossa Unidade Hospitalar. Na sua opinião, que benefícios considera que a implementação da EEMI poderia trazer na atuação ao doente crítico nesta Unidade Hospitalar?

Entrevistado 3 (E3): O que nós sabemos em Conselho de Administração é que há 2 ou 3 anos uma proposta do Grupo de Emergência Médica de implementação da equipa de emergência interna e pareceu-nos que conceptualmente estava bem, faz todo o sentido, nós temos um Serviço de Urgência externo que acaba também por nos fazer o apoio às emergências internas, são as equipas basicamente de Medicina Interna e Anestesiologia que colaboram mais nessas situações. Claro que a atividade no Serviço de Urgência, principalmente adultos, onde há mais situações emergentes e ocupação mais frequente da sala de emergência, não disponibiliza muito tempo livre da atividade diária de urgência para a resposta às urgências internas e emergências internas. Por isso faz todo o sentido termos uma equipa dedicada. Equipa dedicada nas 24hs e disponível a todo o tempo para essas situações, ou seja, uma equipa que deveria ter a autonomia e independência em relação à equipa de urgência, nem que tutelada na mesma em determinados períodos pela chefia da equipa de urgência. Mas que teria elementos próprios, médico e enfermeiro, equipamento, maneira de acorrer de imediato para uma situação emergente e urgente que surja nos internamentos. Portanto, se é necessária? Sim, faz todo o sentido. Se há condições? Na altura foi por nós analisado. Não há as condições ideais, porque nós temos um Centro Hospitalar. Ao criarmos essa equipa, essa equipa não iria poder dar resposta à Unidade de Vila do Conde onde está o internamento de Medicina Interna com, por ventura e penso não estar a exagerar nisto, onde está o maior número de doentes que terão como complicação da sua patologia um problema emergente, uma paragem cardiorrespiratória ou uma situação mais aguda a requerer a presença dessa equipa. Portanto, a equipa que funcionasse cá, foi a proposta que nos fizemos, deixaria de fora o apoio em emergência interna ao Serviço de Medicina. Parece-nos não aceitável. Podemos dizer também que a equipa da Urgência também não dá apoio ao Serviço de Medicina, claro que não. Está lá um médico de residência e estão os enfermeiros de apoio ao serviço. Pareceu-nos que o *timing* da criação da equipa independente, e conforme foi

proposta pelo grupo de emergência, seria quando nós conseguíssemos ter os internamentos todos na mesma Unidade Hospitalar. Esse processo está a ser feito, temos projetos, temos o aval da Tutela, da Administração Geral de Saúde do Norte, da ASS, estamos em fase de início da alteração estrutural do edifício ao lado e já temos o projeto para o Serviço de Medicina de internamento, um piso independente, com outras condições em termos de controlo de infeção mais adequadas e estamos convictos que nos próximos tempos, durante este ano ainda se irá iniciar a obra de base, que permitirá ser extensível a um piso que não estava previsto no plano inicial e que será o piso de Medicina Interna com ligação direta à nossa Instituição por uma passagem supra desnivelada e permitindo sempre o apoio da equipa que estiver para todos os doentes internados. Aí parece-nos a altura própria para implementar uma equipa dessas, que vai ter alguns recursos porque irá funcionar 24h/dia no ano, mas nós estamos a pensar nesse contexto de limitação de recursos generalizado e todos os hospitais a nível nacional e não só. Estamos a pensar que a equipa de residência que neste momento temos só de apoio ao internamento de Medicina, poderá ser convertida parcialmente nessa equipa de emergência interna, dando apoio aos serviços todos.

Entrevistador: Portanto, aproveitando aqueles recursos que neste momento temos em Vila do Conde.

E3: Exatamente, no fundo um recurso que já temos, fruto desta divisão das duas Unidades, temos uma equipa de urgência externa e temos uma equipa de residência interna num serviço. No dia em que conseguirmos e há varias razões para que isso seja possível e estamos alinhados com o Ministério da Saúde e eles perceberam a necessidade, tem a ver com este aspeto e não só, com outros aspetos. Faz todo o sentido rentabilizarmos aquela equipa que só está para o Serviço de Medicina, para poder fazer a emergência interna do Serviço de Medicina, de Cirurgia, de Ortopedia, de Ginecologia, de Pediatria, de tudo que tivermos cá. Portanto, na altura foi essa a questão que foi colocada, desde então já se evoluiu em alguns aspetos, temos o projeto feito, temos a validação da Tutela, a radiologia evoluiu, já temos cá a TAC a funcionar, estamos a prever no contexto destas obras criar uma equipa de cuidados intermédios de apoio ao Serviço de Urgência que também dará continuidade a essa atividade da equipa de emergência, porque o doente que precisa da resposta da equipa de emergência interna, supostamente depois não vai ficar lá no internamento, sem vigilância. Pronto e então nesta fase tudo isto irá acontecer mais ou menos em simultâneo porque ao criar espaços novos permite reorganizar, haverá uma Unidade de Cuidados Intermédios para que esses doentes tenham uma vigilância sequente ao invento que justificou a ativação da equipa. De modo que, basicamente foi a situação temporal atual do hospital e que nós prevemos e estamos

a trabalhar num projeto que irá mudar o contexto em que esta equipa irá funcionar. Porque estas equipas existem em praticamente todos os hospitais, mas cada Unidade Hospitalar por si só eventualmente tem uma equipa de emergência interna, o que não faz sentido em Centros Hospitalares distantes em 30Km ou mais, a equipa de emergência quando chegasse ao local a situação já estava ultrapassada. De modo que, a nossa ideia é essa, o projeto que temos é isso. É vir a desenvolver efetivamente, centralizar internamentos num espaço único e que permita que a equipa funcione, rentabilizando a equipa e então o enfermeiro e o médico que dá apoio aos doentes lá também irá fazer a equipa, justificamos em termos de custos a mais valia que é, permitindo que os recursos que estão distribuídos na Urgência sejam concentrados para a atividade da Urgência, que é aí que é o corne da sua importância, da sua razão de ser, é dar atendimento a todas as urgências e emergências que nos entram pela porta do Serviço de Urgência, e não termos equipas fora do Serviço de Urgência a dar apoio à emergência interna. O que faz todo o sentido por uma questão de recursos e de estrutura.

Se concordo ou não, acho que sim. Se vemos algumas dificuldades nesta fase sim, essas em termos de recursos e de implementação de uma equipa que efetivamente dê resposta aos serviços, principalmente aquele que mais beneficiará de uma equipa dessas. E depois termos funcionalmente e estruturalmente resposta para continuidade assistencial ao doente que fez paragem cardiorrespiratória, é um exemplo, e que foi revertida e que vai precisar de vigilância apertada e que neste momento não existe. Portanto, não faz muito sentido a nosso ver estarmos a melhorar um dos aspetos só da resposta mantendo os outros ainda sem resposta. Deverá ser uma solução nova integrada sendo certo que até lá mantemos a resposta que temos, que não é a ideal, mas que é a possível na estrutura que existe.

Entrevistador: O nosso principal, e mais os enfermeiros notam esta dificuldade é que quando temos uma emergência e emergência não é só paragem cardiorrespiratória, o doente começa a descompensar, o que acontece é que o *timing* enquanto comunicamos ao médico residente, o médico residente comunica ao médico de urgência e que poderá dar o apoio necessário, acaba por ser um *timing* muito grande que se perde na atuação.

E3: Sim e corre-se o risco da equipa que está no Serviço de Urgência por ventura tecnicamente mais habilitada a dar resposta estar ocupada ou numa emergência. As maiores emergências e mais frequentes são no Serviço de Urgência que acontecem. Portanto, faz todo o sentido termos uma equipa dedicada, agora nós temos que gerir recursos, quando tivermos aqui os doentes toda a equipa de Urgência dá apoio, porque estão na mesma área, e aqueles recursos que estavam subaproveitados passarão a

integrar uma equipa com um médico e enfermeiro com formação de Suporte Avançado de Vida e capazes de prestar manobras de ressuscitação cardiopulmonar, de tratamentos de emergências médicas com o uma crise hipertensiva, um doente da cirurgia com uma hemorragia digestiva, uma alteração súbita do estado de consciência, uma crise convulsiva, situações dessas que estão ao alcance da equipa. Faz todo o sentido a Urgência passar a funcionar melhor, as equipas passam a estar ligadas aquilo que se espera delas e essa equipa terá autonomia e continuidade assistencial. Nós temos que criar uma equipa que funcione 24h, durante todos os dias do ano. As dificuldades neste momento atual são essas, mas estamos a trabalhar nesse sentido, não é só por isso. Há outras razões também para nós queremos que o Serviço de Medicina Interna venha para aqui e que estejam os serviços de internamento todos próximos, a ligação entre os serviços funciona melhor, os doentes são mais bem tratados, atendidos, é mais fácil que colaborem uns com os outros e que se rentabilizem os recursos que temos.

Entrevistador: Obrigada pelo seu ponto de vista, foi uma mais valia efetivamente as ideias que apresentou, sobre a pertinência da equipa, da sua implementação e dos constrangimentos que ainda existem e dificultam esta implementação. Agradecer-lhe, uma vez mais, esta sua disponibilidade e continuação de um bom dia trabalho.

APÊNDICE 7

Matriz da Análise de Conteúdo das Entrevistas

Matriz da Análise de Conteúdo das Entrevistas

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Tema 1: Benefícios da implementação da EEMI	Para os profissionais	Motivação profissional	<i>“(...) A motivação, a satisfação profissional (...) há profissionais que têm interesse por esta área (...)” E1</i>
		Reconhecimento profissional	<i>“(...) no caso dos enfermeiros especialistas que poderiam diferenciar o seu desempenho (...)” E1</i>
		Segurança	<i>“(...) se soubermos que há sempre essa retaguarda, os próprios profissionais vão estar a aprender de uma forma mais segura (...) porque sabem que a parte da segurança e da resposta à emergência está acautelada (...)” E1</i> <i>“(...) traria então mais segurança a todos.” E2</i>
		Trabalho em equipa	<i>“(...) portanto, haver uma articulação perfeita dos profissionais” E1</i> <i>“(...) tem que trabalhar em equipa, com as pessoas que estão nos serviços.” E2</i> <i>“(...) é mais fácil que colaborem uns com os outros (...)” E3</i>

		Uniformização dos procedimentos	“(...) ter uma resposta transversal aos serviços todos (...)” E1 “(...) haja protocolos de monitorização e de sinais de alarme (...) cada doente deverá ter um plano de avaliação e de monitorização (...)” E2
		Definição de orientações	“(...) com definidas orientações, circuitos, pontos de resposta (...) que sejam definidas orientações precisas e transversais (...)” E1
		Definição de responsabilidades	“(...) trazia responsabilidades a todos (...)” E2
	Para a Instituição		“(...) acrescentando valor aos serviços e a cada um (...) traz ganhos à Instituição.” E1 “(...) Urgência passará a funcionar melhor (...) a ligação entre os serviços funciona melhor (...)” E3
	Para o doente	Prevenção de complicações	(...) a intenção é da prevenção (...)” E2 “(...) os doentes são mais bem tratados, atendidos (...)” E3
		Prevenção de PCR	“(...) para prevenir as paragens cardiorrespiratórias (...)” E2
	Qualidade na intervenção		“(...) se deteriorar, sinais de alarme, esses sim chamam uma equipa de emergência. (...) tem que se responder rápido (...)” E2

Tema 2: Dificuldades à implementação da EEMI	Financeiras		<i>“(...) prepará-los vem trazer custos (...) isto esbarra em questões financeiras (...)” E1</i>
	Estruturais	Barreiras arquitetónicas	<i>“(...) temos muitas barreiras em termos de estrutura, é um edifício muito antigo que não foi pensado aos dias de hoje (...) os serviços cresceram em termos de atendimento e de produção e as paredes não acompanharam (...)” E1</i> <i>“(...) que não é a ideal, mas que é a possível na estrutura que existe” E3</i>
		Dispersão dos serviços de internamento	<i>“(...) Não há as condições ideais, porque nós temos um Centro Hospitalar (...) essa equipa não iria poder dar resposta à Unidade (...) onde está o internamento de Medicina Interna (...) fruto desta divisão das duas Unidades” E3</i>
		Inexistência de um serviço de continuidade de cuidados ao doente crítico	<i>“(...) uma Unidade de Cuidados Intermédios (...) para continuidade assistencial ao doente (...) que vai precisar de vigilância apertada e que neste momento não existe (...)” E3</i>
Recursos humanos		<i>“(...) para termos uma equipa dedicada, numa cobertura total, implicaria reforço de recursos, de recursos humanos (...)” E1</i> <i>“(...) é uma questão de recursos humanos (...)” E2</i>	

Tema 3: Necessidades para a implementação da EEMI	Criação de Unidade de Cuidados Intermédios		<i>“(...) haverá uma Unidade de Cuidados Intermédios para que esses doentes tenham uma vigilância sequente ao invento (...)” E3</i>
	Formação	Contínua	<i>“(...) formação tem que ser permanente, continua (...)” E1</i>
		Recurso à simulação	<i>(...) têm que fazer simulações, têm que estar sempre treinados (...)” E1</i>
		Em áreas específicas	<i>“(...) educação em emergência (...) têm que ter formação em Suporte Avançado de Vida, no mínimo Suporte Imediato de Vida (...)” E2</i> <i>“(...) médico e enfermeiro com formação de Suporte Avançado de Vida (...)” E3</i>
	Recursos humanos		<i>“(...) faz todo o sentido termos uma equipa dedicada nas 24hs. (...) uma equipa que deveria ter a autonomia e independência (...) teria elementos próprios, médico e enfermeiro” E3</i>
	Recursos materiais		<i>“(...) os recursos materiais, obviamente teríamos que ter meios para a resposta (...)” E1</i> <i>“(...) equipamento (...)” E2</i>
	Alterações estruturais		<i>“(...) quando nós conseguíssemos ter os internamentos todos na mesma Unidade Hospitalar</i>

			<i>(...) centralizar internamentos num espaço único (...)"</i> E3
Tema 4: Fatores facilitadores à implementação da EEMI	Rentabilização de recursos humanos		<i>"(...) a equipa de residência que neste momento temos só de apoio ao internamento de Medicina, poderá ser convertida parcialmente nessa equipa de emergência interna (...) Faz todo o sentido rentabilizarmos aquela equipa (...) aqueles recursos que estavam subaproveitados passarão a integrar uma equipa (...)"</i> E3
	Evolução dos serviços complementares		<i>"(...) a radiologia evoluiu, já temos cá a TAC a funcionar (...)"</i> E3
	Projeto de alterações arquitetónicas		<i>"(...) temos projetos (...) estamos em fase de início da alteração estrutural do edifício ao lado (...) ao criar espaços novos permite reorganizar"</i> E3
	Apoio organizacional à formação dos profissionais		<i>"(...) é verdade que o hospital tem favorecido isso e dá tempo de serviço para a formação (...)"</i> E2
	Capacitação dos profissionais		<i>"(...) têm uma educação em emergência diferente (...) sabem que têm que avaliar o doente, já sabem fazer SBV (...) sabem já utilizar a maior parte das pessoas bem os equipamentos (...)"</i> E2

APÊNDICE 8

Diagrama de Gantt

APÊNDICE 9

Divulgação da Ação de Formação “Apresentação do Projeto de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Equipa de Emergência Intra-Hospitalar – Proposta de Criação e Implementação”

APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE Mestrado DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

“EQUIPA DE EMERGÊNCIA INTRA-HOSPITALAR (EEMI): PROPOSTA DE CRIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO”

PROMOVIDO POR: SERVIÇO DE CIRURGIA, COM O APOIO DO GRUPO DE EMERGÊNCIA MÉDICA (GEM)

FORMADORES / PALESTRANTES: ENFERMEIRA ADRIANA MARQUES, COM O APOIO DO GRUPO DE EMERGÊNCIA MÉDICA (GEM)

DESTINATÁRIOS: MÉDICOS E ENFERMEIROS CHPVVC

Nº FORMANDOS: 15 FORMANDOS (com inscrição obrigatória)

DATA DE REALIZAÇÃO: 02 DE FEVEREIRO DE 2021

HORÁRIO: 14:30H

DURAÇÃO: 1.00H

LOCAL: SALA PANORAMICA DA UNIDADE DA PÓVOA DE VARZIM

Objectivos:

- Promover as vantagens da implementação da EEMI na abordagem ao doente crítico intra-hospitalar;
- Reforçar a importância da existência da EEMI para intervenção ao doente crítico na Unidade Hospitalar;
- Divulgar o Projeto de Mestrado aos médicos e enfermeiros da Unidade Hospitalar.

INSCRIÇÃO OBRIGATÓRIA

EMAIL:

formacao@chpvc.min-saude.pt

Ext: 781 / 782

APÊNDICE 10

Plano de Sessão da Formação

TÍTULO	Apresentação de Projeto de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica "Equipa de Emergência Intra-Hospitalar (EEMI): Proposta de Criação e Implementação"
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Promover as vantagens da implementação da EEMI na abordagem ao doente crítico intra-hospitalar; - Reforçar a importância da existência da EEMI para intervenção ao doente crítico na Unidade Hospitalar; - Divulgar o Projeto de Mestrado aos médicos e enfermeiros da Unidade Hospitalar.
DESTINATÁRIOS	Médicos e Enfermeiros do CHPVVC
DATA	02/02/2021
HORA	14:30h
DURAÇÃO	1:00h
LOCAL	Sala Panorâmica – CHPVVC
FORMADORES	Formadora: Enfermeira Adriana Filipa Azevedo Marques Com o apoio do Grupo de Emergência Médica (GEM)

Observações:

O RESPONSÁVEL

A UNIDADE DE FORMAÇÃO

APÊNDICE 11

Apresentação da Formação “Apresentação do Projeto de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Equipe de Emergência Intra-Hospitalar – Proposta de Criação e Implementação”

EQUIPA DE EMERGÊNCIA MÉDICA INTRA HOSPITALAR

PROPOSTA DE CRIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO



Adriana Marques – Enfermeira Serviço de Cirurgia Geral do CHPVIC
Prof.ª Clementina Sousa – Orientadora do Mestrado
Prof.ª Amélia Vieira – Coordenadora do Mestrado

Mestrado Emergência Médica-Cirúrgica
Escola Superior de Saúde – Viana do Castelo
Fevereiro 2021

Índice

- Objetivos
- Justificação do projeto
- Metodologia
- Contextualização teórica
- Diagnóstico de situação
- Planeamento da ação
- Conclusão
- Bibliografia

Objetivos

- = Divulgar o projeto junto da comunidade hospitalar;
- = Promover as vantagens da implementação da EEMI na abordagem ao doente crítico Intra-hospitalar;
- = Reforçar a importância da existência da EEMI para intervenção ao doente crítico na Unidade Hospitalar.

A motivação...

Dificuldades sentidas na atuação ao doente crítico, comuns a outros profissionais, muitas vezes partilhadas em momentos informais de reflexão em equipa.

Inexistência de um número de emergência interna ativo - contacto rápido e direto.

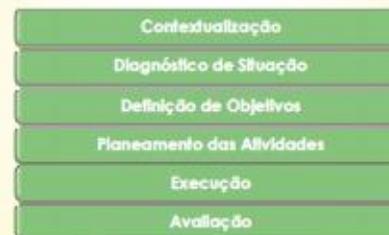
Estágio em Cuidados Intensivos, no âmbito do MBMC despertou o interesse em:
- perceber o papel diferenciado e especializado da EEMI na atuação ao doente crítico Intra-hospitalar.

Metodologia de Projeto

- ⇒ Baseia-se na investigação de um problema real identificado e na implementação de intervenções para a sua resolução (Ruivo, Ferreira e Nunes, 2012).
- ⇒ A metodologia de Projeto assemelha-se à investigação-ação e tem como finalidade estudar um tema ou problema atual (Ferreira, 2009).

A opção pela metodologia de Projeto prendeu-se com o facto desta contribuir para uma maior motivação e envolvimento das equipas, uma vez que estas são inevitavelmente incluídas no próprio processo.

Etapas da Metodologia de Projeto



Pessoa em situação crítica

- ⇒ "é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica" (Regulamento n.º 429/2018, p.1934).

Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica

- ⇒ "são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total" (Regulamento n.º 429/2018, p.1934).

Pessoa em situação crítica - contexto intra-hospitalar

- ⇒ A incidência de fenómenos causados por PCR em contexto hospitalar pode ocorrer entre 1 a 5 casos por 1000 internamentos.
- ⇒ Iniciar de imediato as manobras de SBV e desfibrilar (quando indicado) até 3 a 5 minutos após a PCR pode aumentar a sobrevivência em 50 a 70%.
- ⇒ A probabilidade de sobrevivência dos doentes associada a estes fenómenos diminui de forma inversa ao tempo decorrido até à efetivação de manobras de reanimação.

(INDA, 2019)

(Despacho n.º 9439/2018; INDA, 2019)

Pessoa em situação crítica - contexto intra-hospitalar

- ⇒ A PCR intra-hospitalar, geralmente não ocorre como um acontecimento súbito ou inesperado, nem habitualmente é causada por doença cardíaca primária.
- ⇒ Na maioria das vezes existe uma deterioração fisiológica lenta e progressiva, com sinais de alerta, envolvendo geralmente hipoxémia e hipotensão.
- ⇒ Uma intervenção precoce pode diminuir a mortalidade e a morbilidade dos doentes hospitalizados que sofrem um processo de deterioração clínica aguda.

(ERC, 2015)

(DGE, 2016)

Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI)

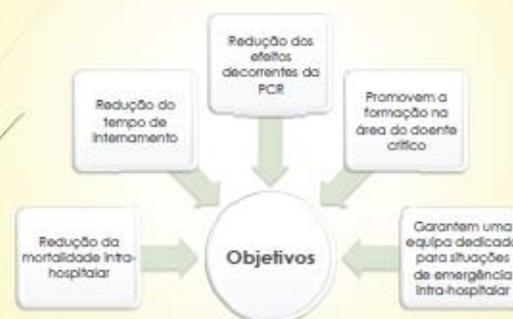
Foram desenvolvidas nos inícios da década de 90 em hospitais da Austrália, América do Norte e mais tarde na Europa Ocidental (Jensen, et al., 2011; Cengel, et al., 2011).

Em Portugal, as EEMI são uma realidade recente comparativamente com o panorama internacional.

O objetivo é garantir uma resposta adequada a eventos de deterioração fisiológica emergentes, dentro das Unidades Hospitalares (MIA, 2015).

O ERC (2015) preconiza a implementação de sistemas de emergência para a identificação precoce da pessoa em situação crítica e, assim, prevenir situações agudas que podem evoluir para PCR.

Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI)



DGE, na Nota Informativa n.º 2/2017

Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI)



- Circular Normativa n.º 15/DGS/DQCO, de 22 de junho de 2010;
- Todos os hospitais dos SNS devem implementar a EEMI;
- Esta concretização deverá estar concluída até final de 2011;
- Para dar resposta aos eventos críticos e diminuir a variabilidade da taxa de mortalidade durante o período da noite e dias de fim-de-semana.

EEMI – Critérios de Ativação

PARÂMETROS	ALTERAÇÕES
A - Via Aérea	Compromisso da via aérea Paragem Respiratória
B - Ventilação	Frequência Respiratória < 6 ou > 35 ciclos/minuto Saturação Oxigénio < 88% com oxigénio suplementar
C - Circulação	PCR Frequência Cardíaca < 40 ou > 140 batimentos/minuto Pressão Arterial Sistólica < 90 mmHg
D - Neurológico	Escala de Coma de Glasgow - diminuição > 2 pontos Crise convulsiva prolongada ou repetida Perda súbita de consciência

DGS, 2010

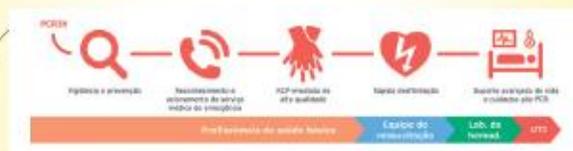
EEMI – Número de Ativação



- "[...] adotem o n.º 2222 na rede telefónica interna para ativação da Equipa de Emergência Médica Intra Hospitalar, até ao dia 31 de março de 2019";
- Fácil de ativação, rápida e eficaz, a partir de qualquer ponto da Unidade Hospitalar;
- Fácil de memorizar e de digitar.

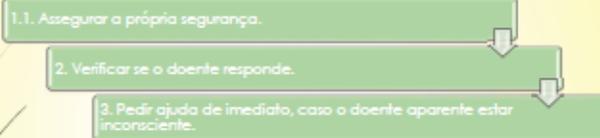
Cadeia de Sobrevivência em PCR Intra-Hospitalar

- O reconhecimento precoce do doente em risco e a prevenção da PCR constituem os primeiros elos da cadeia de sobrevivência.



AHA (2015)

Fluxograma de Atuação Imediata



Se o doente está consciente

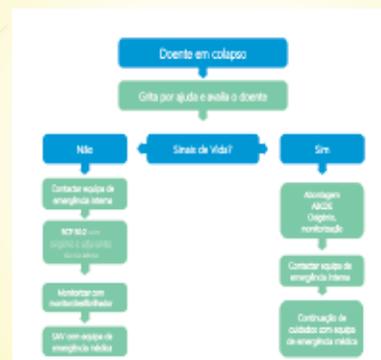
- +1. Avaliação clínica urgente - iniciar oxigenoterapia, monitorizar e cateterizar veia periférica;
- +2. Iniciar outras medidas diagnósticas e terapêuticas se necessário;
- +3. Manter nível de monitorização adequada ao estado clínico;
- +4. Chamar o médico residente, quando existir;
- +5. Ativar a EEMI.

Se o doente está inconsciente

- +1. Pedir ajuda e assegurar que a EEMI é ativada;
- +2. Iniciar algoritmo de SBV e de reanimação intra-hospitalar.

DGS, 2010

Algoritmo de Reanimação Intra-hospitalar



ERC, 2015

EEMI – Recursos Humanos

- = Equipa constituída por 1 médico e 1 enfermeiro;
- = Operacional 24h/dia, 365dias/ano.

Profissionais da EEMI

- + Abordagem avançada da via aérea e técnicas de reanimação - SAV (adulto e pediátrico)
- + Formação e treino atualizado - sessões de reciclagem

Restantes Profissionais

- + SBV
- + Critérios de ativação da EEMI

DGS, 2010; INEM 2019

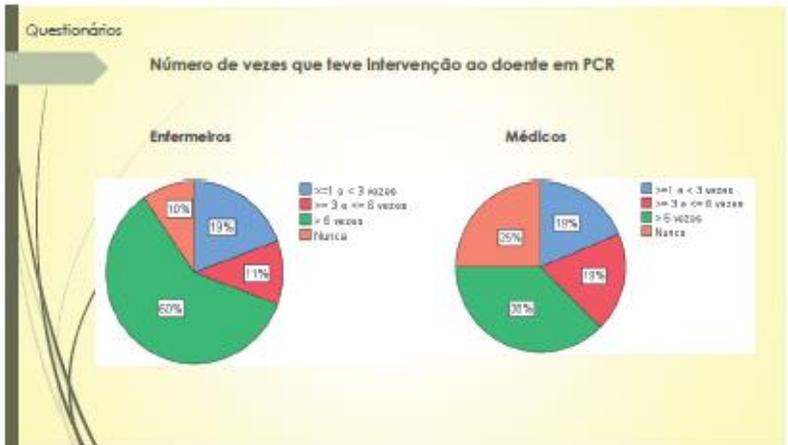
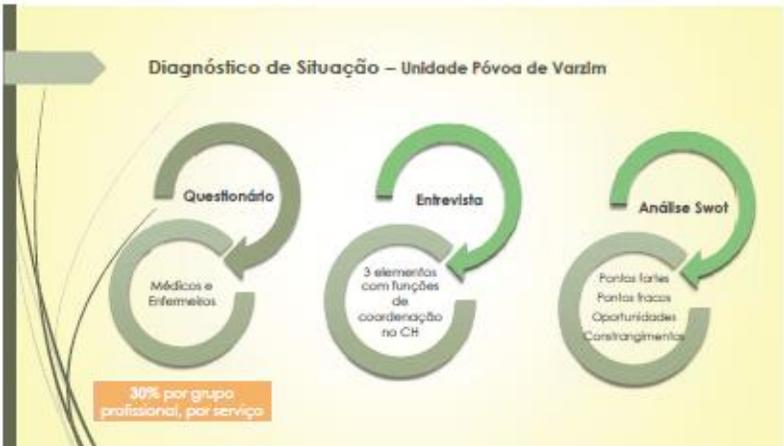
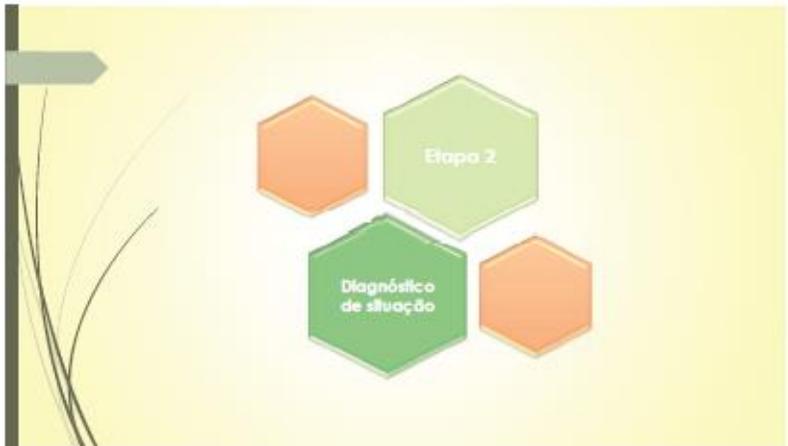
EEMI – Recursos Materiais

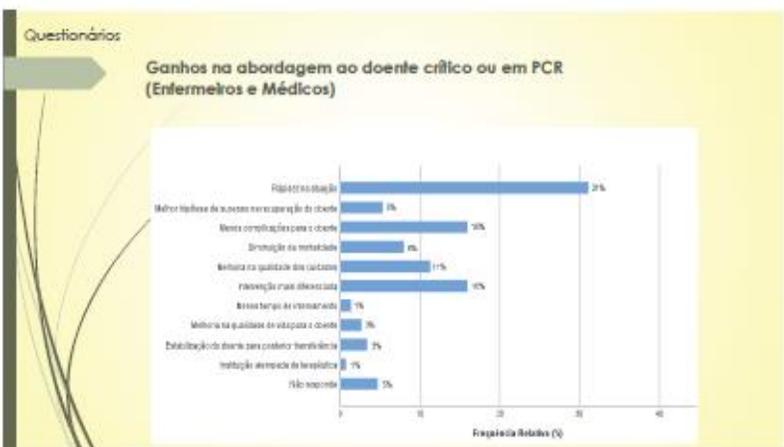
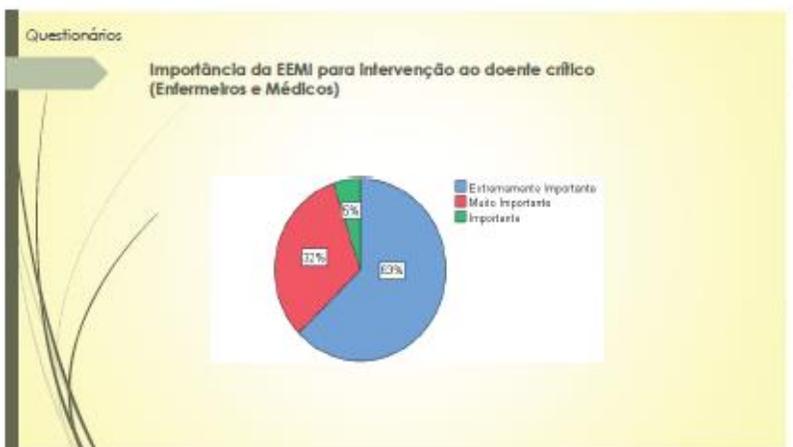
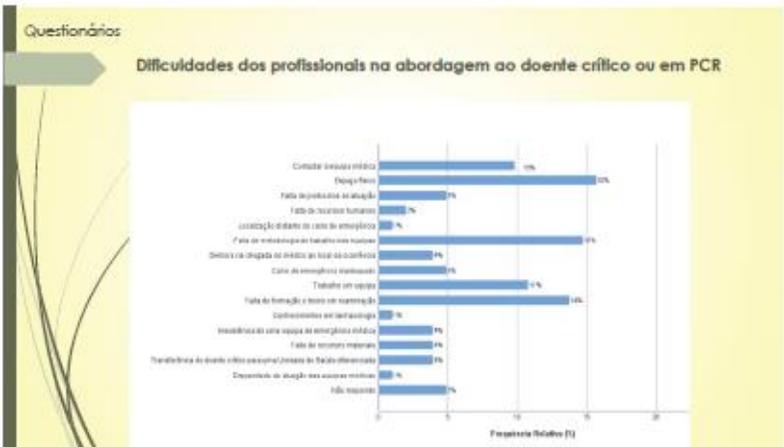
- = Todas as áreas de internamento devem ser de acesso fácil e imediato a equipamentos, materiais e fármacos de emergência - **carros de emergência**.
- = O seu local de permanência deve ser do conhecimento geral de todos os profissionais de saúde.

EEMI

- + Transportar um monitor/desfibrilador, material da via aérea, material de acesso endovascular e fármacos de emergência.

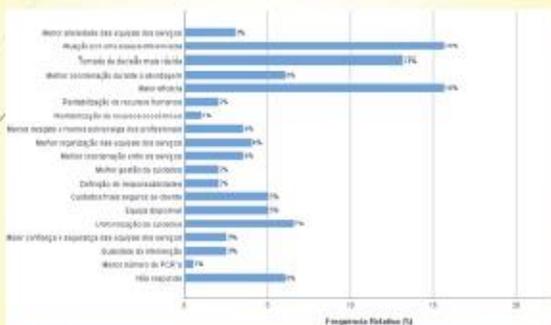
DGS, 2010; INEM 2019





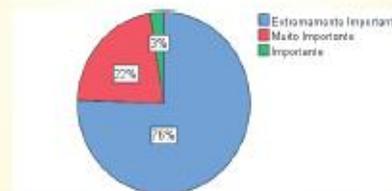
Questionários

Vantagens da implementação da EEMI na abordagem ao doente crítico (Enfermeiros e Médicos)



Questionários

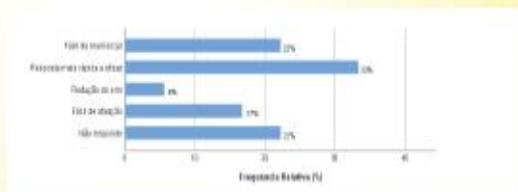
Importância do número telefónico interno para ativação da EEMI (Enfermeiros e Médicos)



Questionários

Vantagens da uniformização do número de emergência médica Intra-hospitalar (Enfermeiros e Médicos)

17% dos participantes tem conhecimento da recomendação para a uniformização do número de emergência médica interna.



Questionários

Áreas de formação a desenvolver para integrar a EEMI (Enfermeiros e Médicos)

27% dos enfermeiros e 19% dos médicos inquiridos demonstraram interesse em integrar a EEMI.

Área	n	%
Via Aérea	11	29%
Trauma	7	18%
SAV	7	18%
Abordagem ao doente em pré-paragem	5	11%
Terapêutica em emergência	5	11%
SIV Pediátrico	4	9%
Monitorização Eletrocardiográfica	4	9%
Ventilação Invasiva e Ventilação Não Invasiva	4	9%

Questionários

Formação dos enfermeiros e médicos na abordagem ao doente crítico

ENFERMEIROS	n	%
Curso SV	44	44%
Curso SAV	31	31%
Curso Avançado de Trauma	16	16%
Curso Avançado de Via Aérea	5	5%
Farmacologia em Emergência	3	1%
Curso Superior Básico de Vida	3	1%
Recratação Intra-Hospitalar	3	1%
Calatrava	3	1%
MÉDICOS	n	%
Curso SAV	13	45%
Curso SV	11	36%
Curso Avançado de Trauma	5	17%

Entrevistas

Benefícios da Implementação da EEMI



Entrevistas

Dificuldades à Implementação da EEMI



Entrevistas

Necessidades para a Implementação da EEMI



Fatores facilitadores á implementação da EEMI

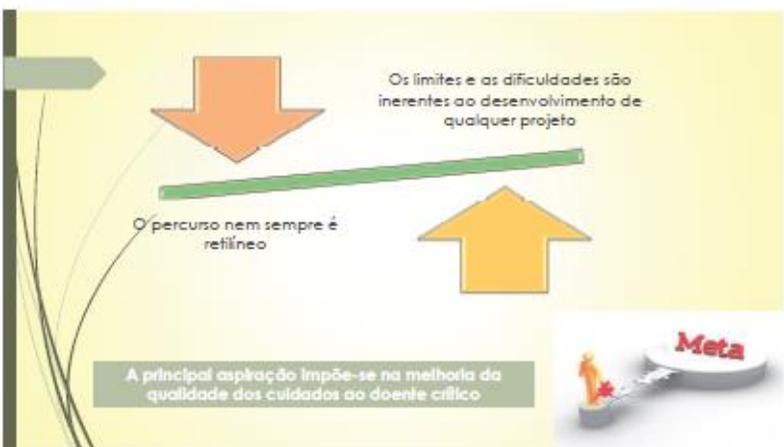
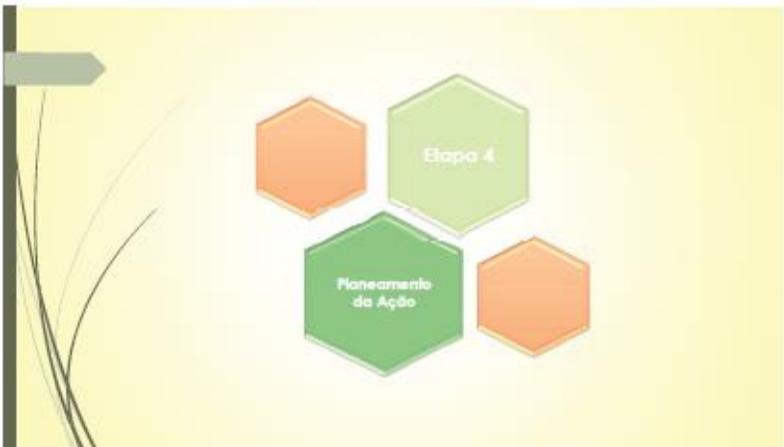
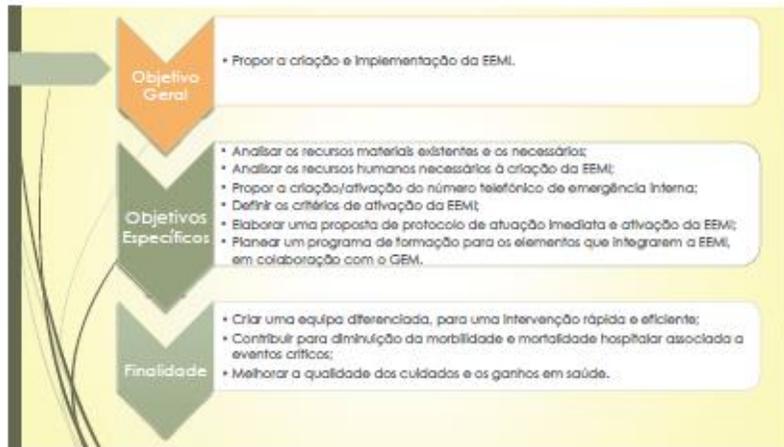


CONCLUSÕES - Diagnóstico de Situação

- É consensual a importância da existência de uma equipa dedicada para a abordagem em situações de emergência intra-hospitalar;
- A grande maioria afirma que a EEMI traz ganhos diretos para o doente, com uma atuação mais rápida e diferenciada, refletindo-se na melhoria na qualidade dos cuidados e na diminuição das complicações imediatas e tardias;
- Da mesma forma, consideram que a atuação pela EEMI possibilita a tomada de decisão mais rápida e eficaz, onde a definição e distribuição de responsabilidades permite uma melhor coordenação de esforços.

Tudo isto resulta numa maior confiança e segurança das equipas prestadoras de cuidados, bem como na diminuição do stress e da ansiedade das mesmas.





APÊNDICE 12

Solicitação para a realização do turno de observação integrado na EEMI de uma
Unidade Hospitalar do Minho

Ex.mo Sr. Presidente do Concelho de Administração da Unidade Local de Saúde Alto Minho,

No âmbito da realização do projeto de investigação “Equipa de Emergência Intra-Hospitalar: Um projeto de Criação e Implementação”, inserido no VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência a autorização para a realização de um turno de observação com a Equipa de Emergência Intra-Hospitalar, da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, com o objetivo de melhor perceber a dinâmica de trabalho e a intervenção da referida equipa, em contexto real.

O presente projeto tem como principal objetivo, promover a criação e implementação da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, na Unidade Hospitalar da Póvoa de Varzim, onde exerço funções.

Melhores cumprimentos,

Adriana Filipa Azevedo Marques
Enfermeira Serviço Cirurgia Geral
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila de Conde

APÊNDICE 13

Sinalética dos Critérios de Ativação da EEMI

CRITÉRIOS DE ATIVAÇÃO EEMI

A VIA AÉREA	Compromisso da via aérea
B VENTILAÇÃO	Paragem Respiratória
	Frequência Respiratória < 6 ou > 35 ciclos/minuto
	Saturação Oxigénio < 85% com oxigénio suplementar
C CIRCULAÇÃO	PCR
	Frequência Circulatória < 40 ou > 140 batimentos/minuto
	Pressão Arterial Sistólica < 90 mmHg
D NEUROLÓGICO	Escala de Coma de Glasgow – diminuição > 2 pontos
	Crise convulsiva prolongada ou repetida
	Perda súbita de consciência



ATIVAR EEMI: 2222

APÊNDICE 14

Protocolo de Atuação Imediata e Ativação da EEMI

PROCOLO

**Atuação Imediata à Pessoa em Situação Crítica
Intra-Hospitalar e Ativação da EEMI**

Fevereiro/2021

Índice

1. Objetivos.....	3
2. Siglas.....	3
3. Âmbito.....	3
4. Fundamentação teórica.....	4
5. Descrição	5
5.1 Algoritmo de atuação imediata.....	6
5.2 Critérios de Ativação da EEMI	8
5.3 Ativação da EEMI	8
6. Conclusão	9
7. Referências bibliográficas.....	9

1. Objetivos

- Definir o protocolo de atuação imediata à pessoa em situação crítica intra-hospitalar;
- Uniformizar o procedimento de ativação da EEMI;
- Definir os critérios de ativação da EEMI;
- Promover uma intervenção diferenciada, rápida e eficaz à pessoa em situação crítica intra-hospitalar.

2. Siglas

- AHA – *American Heart Association*
- DGS – Direção Geral da Saúde
- ERC - *European Resuscitation Council*
- EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar
- INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
- PCR – Paragem Cardiorrespiratória
- SAV – Suporte Avançado de Vida
- SBV – Suporte Básico de Vida

3. Âmbito

- Este protocolo de atuação imediata à pessoa em situação crítica intra-hospitalar procura permitir uma intervenção rápida e eficiente, o mais precoce possível, de forma a aumentar as taxas de sobrevivência e, assim, obter ganhos em saúde.
- Aplica-se a todos os serviços clínicos e áreas não clínicas da Unidade Hospitalar.
- Deve ser do conhecimento geral de todos os profissionais de saúde.

4. Fundamentação teórica

A incidência de fenômenos causados por PCR em contexto hospitalar é variável, podendo ocorrer entre 1 a 5 casos por 1000 internamentos. Iniciar de imediato as manobras de SBV e desfibrilhar (quando indicado) até 3 a 5 minutos após verificada a PCR pode aumentar a sobrevida em 50 a 70% (INEM, 2019).

A PCR intra-hospitalar, geralmente não ocorre como um acontecimento súbito ou inesperado, nem habitualmente é causada por doença cardíaca primária. Estes doentes têm na maioria das vezes deterioração fisiológica lenta e progressiva, com sinais de alerta (ERC, 2015). Os sinais de agravamento refletem-se em insuficiência cardíaca, respiratória ou deterioração neurológica, com potencial risco para a vida (INEM, 2019).

A pessoa em situação crítica exige na maioria das vezes cuidados de saúde emergentes, em que existe uma linha muito tênue entre a vida e a morte. Segundo o regulamento n.º 429 (2018, p.19362), *“a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”*.

As EEMI foram desenvolvidas de forma a garantir uma resposta adequada a estes eventos de deterioração fisiológica emergentes, que ocorrem dentro das unidades hospitalares (AHA, 2015).

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, em que a sua atuação se traduza em 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). Por esta razão, a criação e implementação da EEMI é uma importante medida com o objetivo primordial de diminuir as taxas de PCR e, conseqüentemente, a mortalidade dentro das Unidades Hospitalares por esta causa (Despacho n.º 9639/2018).

A Ordem dos Enfermeiros (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 mesmas promovem a formação na área da pessoa em situação crítica dentro das

instituições de saúde e garantem uma equipa organizada para situações de emergência clínica.

Em 2010, a DGS determinou, por recomendação do Departamento da Qualidade na Saúde, a criação e implementação a nível nacional da EEMI, elaborando a circular normativa nº 15/DQS/DQCO, de 22 de junho.

5. Descrição

As intervenções de atuação imediata após a verificação da deterioração clínica do doente, estão também descritas na Circular Normativa da DGS (2010), onde inclui as ações que devem ser tomadas, desde o reconhecimento dos sinais de instabilidade, até à ativação da EEMI.

Assim, os profissionais de saúde dos serviços de internamento, na abordagem ao doente crítico, devem ter em consideração as seguintes intervenções:

1. Manter a calma e assegurar a própria segurança.
2. Verificar se o doente responde.
3. Pedir ajuda de imediato, caso o doente aparente estar inconsciente.
4. Se o doente está consciente deve:
 - a. Proceder a uma avaliação clínica urgente. Iniciar oxigenoterapia, monitorizar e cateterizar uma veia periférica;
 - b. Iniciar outras medidas diagnósticas e terapêuticas adequadas ao estado clínico do doente e à sua patologia;
 - c. Manter nível de monitorização adequado ao estado clínico;
 - d. Chamar o médico residente, quando existir;
 - e. Ativar a EEMI, através do número 2222;
 - f. Após o atendimento telefónico, proceder à informação necessária:
 - i. Local onde se encontra (pisso, serviço e nº da cama do doente);
 - ii. Fazer breve descrição da situação;
 - iii. Aguardar que a informação foi recebida pelo elemento da EEMI. Só no final desta confirmação é que se pode desligar a chamada.

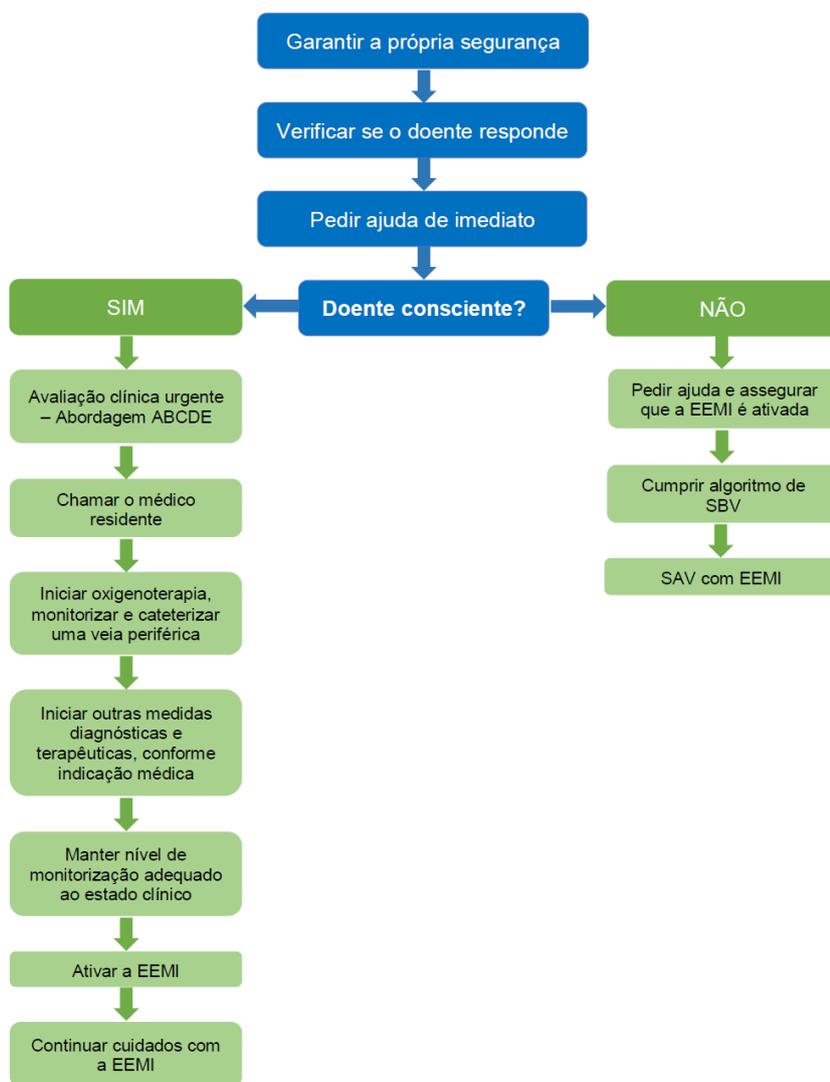
5. Se o doente está inconsciente deve:
- a. Pedir ajuda (se ainda não o fizeram) e assegurar que a EEMI é ativada (ligar para o número 2222 e cumprir as indicações já descritas no ponto i, ii e iii);
 - b. Cumprir algoritmo de SBV.

5.1 Algoritmo de atuação imediata

De uma forma sequenciada, definiu-se um conjunto de procedimentos uniformizados de reanimação intra-hospitalar, tendo por base as recomendações do ERC (2015) e a Norma da DGS (2010), onde deve ser considerado o seguinte **algoritmo de atuação imediata**, como demonstra a figura 1.

Figura 1 – Algoritmo de atuação imediata

Se doente em colapso:



5.2 Critérios de Ativação da EEMI

Os critérios de ativação da EEMI são constituídos por um conjunto de sinais e sintomas de deterioração clínica, que identifica o doente como crítico e os seus cuidados como emergentes.

Os critérios de ativação da EEMI estão publicados pela 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 engloba a via aérea, a ventilação, a circulação e, por fim o sistema neurológico, conforme estão descritos no quadro 1.

Quadro 1 - Critérios de ativação da EEMI

PARÂMETROS	ALTERAÇÕES
A - Via Aérea	Compromisso da via aérea
B - Ventilação	Paragem Respiratória
	Frequência Respiratória < 6 ou > 35 ciclos/minuto
	Saturação Oxigénio < 85% com oxigénio suplementar
C - Circulação	PCR
	Frequência Cardíaca < 40 ou > 140 batimentos/minuto
	Pressão Arterial Sistólica < 90 mmHg
D - Neurológico	Escala de Coma de Glasgow – diminuição > 2 pontos
	Crise convulsiva prolongada ou repetida
	Perda súbita de consciência

5.3 Ativação da EEMI

Tomando por base as recomendações nacionais e internacionais, adota-se o **2222** como número de emergência interna para ativação da EEMI. Cada elemento da equipa, médico e enfermeiro, faz-se acompanhar de um telemóvel.

Sempre que é ativado o sistema de emergência intra-hospitalar, o médico e o enfermeiro da EEMI deslocam-se ao local da ocorrência transportando consigo equipamento

(monitor/desfibrilhador). Transportam também material e fármacos, se a ocorrência for distante dos locais onde existem carros de emergência (ex. áreas não clínicas).

6. Conclusão

As EEMI têm como principal missão uma resposta de atuação imediata e diferenciada ao doente crítico intra-hospitalar.

Pelos desafios cada vez mais exigentes que se colocam no exercício do cuidar ao doente emergente, o objetivo é melhorar a abordagem à pessoa em situação crítica em ambiente intra-hospitalar, diminuir o risco de complicações major e aumentar as taxas de sobrevivência. Tudo isto converge para uma melhoria na qualidade dos cuidados e para a segurança do doente.

Os profissionais que estão na prestação direta nos serviços de internamento têm um papel fundamental, uma vez que estes são os que iniciam todo o processo de reconhecimento dos sinais de instabilidade clínica do doente e a ativação da EEMI.

7. Referências bibliográficas

- AMERICAN HEART ASSOCIATION – **Destaques da American Heart Association 2015 – Atualização das Diretrizes da RCP e ACE** - Edição em português por H.P. Guimarães, MD, PhD, FAHA e equipa do projeto de destaques da AHA. (2015).
- DESPACHO n.º 9639/2018. **DR II Série**. 198 (2018/10/15) 27533.
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO – Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar**. [Em linha] Lisboa. 22/06/2010. [consultado em 10 de março 2019]. Disponível em: [www: <URL: <https://www.dgs.pt/?ci=594&ur=1&newsletter=262>](http://www.dgs.pt/?ci=594&ur=1&newsletter=262).
- EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL – Resumo das principais alterações nas Guidelines em Ressuscitação. Guidelines ERC 2015 – **Conselho Português de Ressuscitação**. Trad. em português por A. Pereira, P. Gonçalves, E. Gomes, L.C. Costa e M. Félix. (2015).

- INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA – **Manual de Suporte Avançado de Vida**. Lisboa: INEM, 2019.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Transporte da Pessoa em Situação Crítica - Parecer N.º 09 / 2017. [Em linha]. Março de 2017. [consultado em 5 de dezembro de 2020]. Disponível em: [www: <URL: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacacritica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacacritica.pdf).

APÊNDICE 15

Solicitação da autorização ao Presidente do Conselho de Administração para a
realização do estudo

Ex.mo Sr. Presidente do Concelho de
Administração do Centro Hospitalar
Póvoa de Varzim/Vila de Conde,

No âmbito da realização do estudo de investigação “Equipa de Emergência Intra-Hospitalar: Um Projeto de Criação e Implementação”, enquadrado VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho por este meio solicitar a autorização para a realização do referido estudo com os profissionais da Unidade Hospitalar da Póvoa de Varzim, devidamente validado e autorizado pela **Comissão de Ética** do Centro Hospitalar e pelo **responsável pela proteção de dados**.

O presente estudo tem como principal objetivo, através da metodologia de projeto, promover a criação e implementação da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, nesta Unidade Hospitalar.

Para que este trabalho seja possível, será necessário também efetuar um levantamento do número dos profissionais de Enfermagem e Médicos, distribuídos pelos serviços, da Unidade da Póvoa. Assim, solicito autorização de vossa excelência para efetuar o pedido desta informação junto dos recursos humanos.

Em anexo envio o projeto do trabalho que se pretende realizar, juntamente com os respetivos instrumentos de colheita de dados e o modelo de consentimento informado.

Sem mais de momento.

Atentamente
Adriana Filipa Azevedo Marques
Enfermeira Serviço Cirurgia Geral