



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

EQUIPA DE EMERGÊNCIA MÉDICA

INTRA HOSPITALAR

A Realidade de Quem Ativa

António Carlos Sousa Vilas Boas

Junho, 2023

Escola Superior de Saúde



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

António Carlos Sousa Vilas Boas

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**EQUIPA DE EMERGÊNCIA MÉDICA INTRA
HOSPITALAR**

A Realidade de Quem Ativa

Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Clementina Sousa

Junho de 2023

AGRADECIMENTOS

Este documento é o culminar de um percurso pessoal e resulta de esforço e muita dedicação, num trabalho tantas vezes solitário, mas também, felizmente, partilhado por diversas pessoas que, de diversas formas, foram a ajuda essencial neste caminho.

À Professora Doutora Clementina Sousa e à Mestre Teresa Alves, por partilharem comigo todo o seu conhecimento, proporcionando momentos de reflexão que me levaram no rumo certo. Obrigado pelo vosso acompanhamento, pela vossa disponibilidade, mas também pelo encorajamento.

À Teresa, ao Ivo e ao Diogo, com vocês foi tudo muito mais fácil.

A todos os colegas do mestrado que proporcionaram um ambiente maravilhoso, formando um grupo fantástico de partilha de experiências pessoais e de enriquecimento.

A todos os professores que se cruzaram comigo, pela partilha de conhecimentos que colocaram durante as aulas.

À enfermeira gestora do meu serviço, pela disponibilidade que demonstrou neste percurso e aos meus colegas do serviço pela paciência com as minhas inquietações.

Aos meus colegas enfermeiros que aceitaram participar neste estudo, pela disponibilidade demonstrada e pelas reflexões que partilharam comigo e que me permitiram cumprir os objetivos a que me propus.

À minha família e aos meus amigos, por nunca me deixarem desanimar.

A todos, o meu MUITO OBRIGADO!

DEDICATÓRIA

Paula, Afonso e Inês

O amor supera tudo...até mesmo a ausência.

Obrigado por NUNCA ter estado só!

Para ti Pai...

Tantas SAUDADES do tempo em que me chamavas de “Mestre”

PENSAMENTO

“Nem todos nós podemos fazer coisas grandes. Mas podemos fazer coisas pequenas com muito amor”

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

O Estágio de Natureza Profissional (ENP) é uma etapa importante pois visa complementar a formação acadêmica da componente de especialização do ciclo de estudos, onde o estudante, integrado num contexto profissional com profissionais experientes e situações clínicas complexas, desenvolve atividades que lhe permitem adquirir e aperfeiçoar competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), incluindo também a componente de investigação.

O presente relatório reflete, desta forma, as oportunidades de aprendizagem e atividades construídas ao longo deste percurso, no Serviço de Urgência (SU) de um hospital do norte do país, percebendo a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC) e a sua capacidade de prestar cuidados altamente qualificados ao doente e família.

O estudo de investigação que integra este relatório assenta num paradigma qualitativo, de carácter exploratório-descritivo, e teve como foco a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI), com o objetivo de compreender a perspetiva dos enfermeiros dos serviços de internamento de adultos acerca da EEMI e do seu funcionamento. O instrumento de recolha de dados utilizado foi a entrevista semiestruturada e participaram no estudo doze enfermeiros dos serviços de internamento de um hospital onde realizamos o ENP, com recolha de dados entre dezembro de 2022 e janeiro de 2023.

Os resultados evidenciaram a existência de duas vias orientadoras, paralelas e complementares, que em uníssono permitem a garantia de um atendimento de qualidade e segurança à Pessoa em Situação Crítica (PSC): uma via aferente (contexto de internamento), na deteção precoce de sinais de instabilidade, e uma via eferente na intervenção de equipas diferenciadas (EEMI).

Ficaram evidentes os contributos da EEMI para a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Fatores relacionados com défice de formação e inexperiência das equipas da via aferente, bem como o desconhecimento dos critérios de ativação da equipa de emergência, impuseram-se como dificultadores da dinâmica da EEMI.

De entre as sugestões de melhoria, destacam-se a necessidade de investimento na formação contínua das equipas, centrada em estratégias interativas e em contexto de cuidados, e o desenvolvimento de canais eficazes de comunicação, no sentido da divulgação junto das equipas, dos procedimentos e normativos associados à ativação da EEMI. Releva a necessidade de criação de ambientes favoráveis ao desenvolvimento das práticas, nomeadamente no cumprimento das dotações seguras e no funcionamento da EEMI durante as 24 horas.

Desta experiência formativa, realçamos a importância da intervenção diferenciadora do EEEMC na melhoria contínua da qualidade de cuidados, num contexto tão complexo como um SU. A nível pessoal, destacamos o desenvolvimento de competências especializadas comuns e específicas, na interação com o ambiente clínico envolvente.

Descritores MeSH: Enfermagem em Emergência, Equipe de Respostas Rápidas de Hospitais, Pessoa Doente.

ABSTRACT

The professional nature internship is an important stage, as it aims to complement the academic training of the specialization component of the study cycle, where the student, integrated into a professional context with experienced professionals and complex clinical situations, develops activities that allow them to acquire and improve common and specific skills of the specialist nurse in medical-surgical nursing, including the research component.

This report reflects the learning opportunities and activities built throughout this journey in the Emergency Department of a hospital in the northern region of the country, understanding the importance of the intervention of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of Critical Condition Individuals and their ability to provide highly qualified care to the patient and their family.

The research study included in this report, based on a qualitative and exploratory-descriptive paradigm, focused on the Intra-Hospital Medical Emergency Team with the objective of understanding the perspective of nurses in adult inpatient services regarding intra-hospital emergencies and their functioning. The data collection instrument used was the semi-structured interview and twelve nurses from the inpatient services of a hospital where we performed the professional nature internship participated in the study, with data collection between December 2022 and January 2023.

The results showed the existence of two guiding and complementary pathways that, together, ensure the provision of quality and safe care to Critical Condition Individuals: an afferent pathway (hospitalization context), in the early detection of signs of instability, and an efferent pathway in the intervention of differentiated teams (Intra-Hospital Medical Emergency Team).

The contributions of the Intra-Hospital Medical Emergency Team to the quality and safety of care provided were evident. Factors related to the lack of training and inexperience of the afferent pathway, as well as the lack of knowledge about the activation criteria for the emergency team, emerged as obstacles to the dynamics of Intra-Hospital Emergency.

Among the suggestions for improvement, the need for investment in continuous team training centered on interactive strategies and in a care context, and the development of

effective communication channels to disseminate the procedures and regulations associated with the activation of the Intra-Hospital Medical Emergency Team are highlighted. It is important to create favorable environments for the development of practices, particularly in terms of complying with safe staffing levels and the functioning of the Intra-Hospital Emergency throughout the 24 hours.

From this formative experience, we highlight the importance of the differentiating intervention of the nurse specialist in medical and surgical nursing in the continuous improvement of the quality of care, in a context as complex as an Emergency Department. On a personal level, we highlight the development of common and specific specialized skills, in interaction with the surrounding clinical environment.

MeSH descriptors: Emergency Nursing, Hospital Rapid Response Team, Patient.

ABREVIATURAS

ed. - edição

et al. - et alii (e outros autores)

n.º/Nº - número

p. - página

pp. - páginas

vol. - volume

% - percentagem

ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABCD - Airway, Breathing, Circulation e Disability

ABCDE - Airway, Breathing, Circulation, Disability e Exposure

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ADR - Área Doentes Respiratórios

CPR - Conselho Português de Ressuscitação

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral da Saúde

DNR - Decisão Não Reanimar

EBA - European Board of Anaesthesiology

EE - Enfermeiro Especialista

EEEMC - Enfermeiro Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMCPSC - Enfermeiro Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

EEMI - Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

ENP - Estágio Natureza Profissional

ERC - European Resuscitation Council

ESA - European Society of Anaesthesiology

GL-PPCIRA - Grupo Local do Programa Prevenção Controlo Infeção Resistência Antimicrobianos

GTU - Grupo Trabalho Urgências

ICN - International Council Nurses

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR - Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation

MEMC - Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial Saúde

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

PNSD - Plano Nacional Segurança Doentes

PSC - Pessoa Situação Crítica

RNP - Relatório de Natureza Profissional

SARS-CoV-2 – Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

SE - Sala de Emergência

SIV - Suporte Imediato de Vida

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SPIKES - Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy

SU - Serviço de Urgência

UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	II
DEDICATÓRIA.....	III
PENSAMENTO	IV
RESUMO	V
ABSTRACT	VII
ABREVIATURAS.....	IX
ACRÓNIMOS E SIGLAS	X
ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS	XIV
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1. DAS APRENDIZAGENS EM CONTEXTO CLÍNICO ÀS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS ADQUIRIDAS.....	5
1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO.....	6
1.2. O CUIDAR À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	11
1.3. REFLEXÃO CRÍTICA ACERCA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	12
1.3.1. Aprendizagens profissionais e melhoria contínua da qualidade.....	13
1.3.2. Gestão dos cuidados	16
1.3.3. Responsabilidade profissional, ética e legal.....	24
1.3.4. Formação em enfermagem.....	31
1.3.5. Cuidar da pessoa e família em situação crítica.....	36
1.3.6. Intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos.....	44
1.3.7. Intervenção em situações de emergência, exceção e catástrofe	46
CAPÍTULO 2. A RELEVÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM: EQUIPA DE EMERGÊNCIA MÉDICA INTRA-HOSPITALAR – A REALIDADE DE QUEM ATIVA.....	50
2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	51
2.1.1. Equipa médica de emergência intra-hospitalar na intervenção à pessoa em situação crítica.....	53
2.1.2. Critérios para ativação da equipa médica de emergência intra- hospitalar	59
2.1.3. A intervenção do enfermeiro especialista em emergência intra- hospitalar	61
2.2. PERCURSO METODOLÓGICO	63

2.2.1. Tipo de estudo	65
2.2.2. Contexto do estudo e participantes	66
2.2.3. Instrumento e procedimento de colheita de dados.....	69
2.2.4. Procedimento de análise de dados	70
2.2.5. Procedimentos formais e éticos	72
2.3. ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	74
2.4. CONCLUSÃO DO ESTUDO E PERSPETIVAS FUTURAS	107
CONCLUSÃO.....	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
ANEXOS	130
Anexo I – Certificado Formação: Consentimento informado e diretivas antecipadas de vontade.....	131
Anexo II – Certificado do II Encontro Urgências Oliveira de Azeméis	133
Anexo III – Certificado: II Congresso APTF Feridas - novas evidências	135
Anexo IV – Autorização hospitalar para o estudo	137
APÊNDICES	139
Apêndice I – ISBAR: Comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde... 140	140
Apêndice II – Projeto de reorganização da Sala de emergência: por uma se mais funcional.....	144
Apêndice III – Projeto de referenciação para os cuidados de saúde primários	151
Apêndice IV – Plano de formação em serviço.....	155
serviço de urgência 2023/2024	155
Apêndice V – Formação Insuficiências respiratórias e ventilação não invasiva em contexto de SU.....	163
Apêndice VI – Formação Abordagem à PSC e família.....	175
Apêndice VII – Formação ISBAR: Comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde.....	189
Apêndice VIII – Avaliação de reação das formações	195
Apêndice IX – Procedimento: Documentação de cuidados de enfermagem à PSC em contexto de SE	205
Apêndice X – Guião da entrevista	210
Apêndice XI – Consentimento Informado do estudo e Informação ao participante	214
Apêndice XII – Matriz de redução de dados	218

ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

FIGURAS

Figura 1 - Planta do Hospital

Figura 2 - Organização do Serviço de Urgência

Figura 3 - Algoritmo de Reanimação Intra-hospitalar

Figura 4 - Algoritmo de Emergência Hospitalar

Figura 5 – Áreas Temáticas

Figura 6 – Contributos da EEMI na Intervenção à PSC nos Serviços de Internamento: categorias e subcategorias

Figura 7 - Fatores que Interferem na Ativação da EEMI pelos Enfermeiros dos Serviços de Internamento

Figura 8 - Sugestões de Melhoria da Dinâmica da EEMI

Figura 9 - Quadro Conceptual

QUADROS

Quadro 1 - Critérios de Ativação da EEMI

TABELAS

Tabela 1 - Caraterização Demográfica e Profissional

INTRODUÇÃO

A Enfermagem enquanto ciência sustenta a sua evolução na capacidade de implementar cuidados diferenciados e diferenciadores, alicerçados em evidência produzida cientificamente. Um caminho que se exige orientado para focos de intervenção sensíveis aos cuidados de enfermagem, rigoroso na sua identificação, mas também exigente e metódico na sua implementação, e que requer, sem qualquer dúvida, profissionais competentes, comprometidos e com elevada consciência da sua missão.

As competências profissionais desenvolvem-se gradualmente ao longo do tempo, sendo que o desenvolvimento das mesmas está condicionado pela capacidade de interiorização, reflexão, motivação e características individuais da pessoa, assim como pelos diferentes contextos profissionais (Benner, 2001). Podem ser expressas num saber mobilizar, integrar e transferir diferentes saberes/recursos para a realização de determinada atividade ou resolver problemas. Se o profissional adquiriu saberes cognitivos, afetivos e técnicos e os usa de forma adequada, tem um saber-agir em ação, e por isso é competente na sua praxis profissional (Le Boterf, 1994).

As competências profissionais têm uma forte ligação com o *continuum* da formação académica, com as experiências vividas no contexto de trabalho e com a motivação pessoal. As competências dos enfermeiros constroem-se pelo aumento do seu nível de saberes, quer técnico-instrumentais, relacionais e éticos, mas também pelo desenvolvimento de pensamento crítico inerente ao saber transformar-se.

De acordo com o Regulamento nº 140/2019, o desenvolvimento de competências especializadas promove a construção e consolidação de conhecimentos científicos, técnicos e humanos, de forma a prestar cuidados de enfermagem globais e de qualidade às pessoas doentes e suas famílias, e alicerça o exercício profissional na elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, sustentando também a formação, investigação e assessoria.

É neste contexto que o Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica (MEMC) assume um papel fundamental na formação do enfermeiro em contexto da PSC. O ENP assume-se assim como um espaço e tempo que visa complementar a formação académica da componente de especialização do ciclo de estudos, onde o estudante, integrado num contexto profissional, desenvolve atividades que lhe permitam adquirir competências comuns e específicas do enfermeiro especialista (EE) (Sousa, 2022), incluindo uma componente de investigação (Regulamento nº 140/2019).

A área de especialização em EEEMCPSC tem como alvo a pessoa 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, terapêutica e monitorização. São cuidados altamente diferenciados, que são colocados em prática “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 nº 429/2018, p. 19362).

A aprendizagem em ambientes de cuidados altamente complexos exige do enfermeiro o domínio de vários saberes, de forma a uma atuação e tomada de decisão rápida, atempada e eficaz.

Nesta linha de pensamento, a escolha do contexto para realização deste ENP assume um papel preponderante, pois, através do contacto permanente com o doente crítico¹, a aprendizagem assume um papel ativo, possibilitando a integração de experiências práticas e teóricas com o pensamento crítico-reflexivo, com a adoção de melhores práticas, com a tomada de decisão e com a busca pelo saber. Foi com base nestes pressupostos que optámos pela realização do ENP num SU de um hospital do norte do País, centrando a nossa área de investigação na EEMI.

Em conformidade com os objetivos e competências elencados no plano de estudos do curso de MEMC (Despacho nº7710/2018), nos objetivos do ENP (Guia Orientador/Protocolo 2022) e em articulação com as competências comuns (Regulamento 140/2019) e específicas do EEEMC no cuidado à PSC (Regulamento nº 429/2018), definimos os seguintes objetivos pessoais:

- Desenvolver e aprofundar competências no cuidado à pessoa/família em situação crítica e antecipar focos de instabilidade e/ou risco de falência orgânica num serviço de urgência, numa prática profissional ética e legal;

¹ Neste relatório utilizar-se-á o termo doente crítico, cliente, paciente, sendo que tal deve entender-se como “pessoa em situação crítica”, que é alvo dos cuidados de enfermagem definido no Regulamento n.º 429/2018.

- Aprofundar competências no âmbito da prevenção e controlo da infeção associados aos cuidados de saúde da PSC;
- Aprofundar conhecimentos e adquirir competências no âmbito da dinamização da formação em serviço;
- Contribuir para a implementação de novas dinâmicas de intervenção, promotoras de inovação, qualidade e segurança no contexto da prática clínica;
- Desenvolver competências e participar ativamente na organização e gestão dos serviços, reconhecendo a importância do trabalho em equipa;
- Desenvolver competências na prática de investigação;
- Articular e consolidar conhecimentos adquiridos ao longo do MEMC, numa *praxis* clínica sustentada em evidência científica.
- Descrever o processo de aprendizagem ao longo do ENP;

Do ponto de vista estrutural e organizacional, este relatório encontra-se dividido em dois capítulos. No primeiro capítulo contextualizamos o local onde decorreu o estágio e descrevemos as atividades, intervenções e estratégias desenvolvidas em contexto de prática clínica, fundamentando crítica e reflexivamente o seu contributo para o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à PSC, nos domínios das aprendizagens profissionais e melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados, da responsabilidade profissional, ética e legal, da formação contínua em enfermagem, do cuidado à pessoa e família em situação crítica, na prevenção e controlo da infeção e na intervenção em situações de emergência e catástrofe.

No segundo capítulo apresentamos o percurso investigativo desenvolvido, intitulado “Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar – A Realidade de Quem Ativa”. Contextualizamos o estudo, definimos a problemática, as opções metodológicas e procedemos à análise e discussão dos resultados obtidos, bem como das principais conclusões.

Este relatório termina com uma reflexão acerca das principais conclusões e dos contributos deste ENP para o desenvolvimento de processos de tomada de decisão avançados no domínio da PSC, e enquanto EEEMCPSC.

**CAPÍTULO 1. DAS APRENDIZAGENS EM CONTEXTO CLÍNICO ÀS
COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS ADQUIRIDAS**

“Os ventos e as ondas estão sempre do lado dos navegadores
mais competentes”

Edward Gibbon (1976)

1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

O ENP decorreu num SU, classificado como serviço de urgência básica com capacidade cirúrgica, de um hospital do Norte do país. Têm como área de influência cerca de 380 km², que inclui 70 freguesias distribuídas por dois concelhos, assumindo a referenciação de todos os centros de saúde, extensões de saúde e unidades de saúde familiar destas áreas e abrangendo uma população total de cerca de 155.000 habitantes.

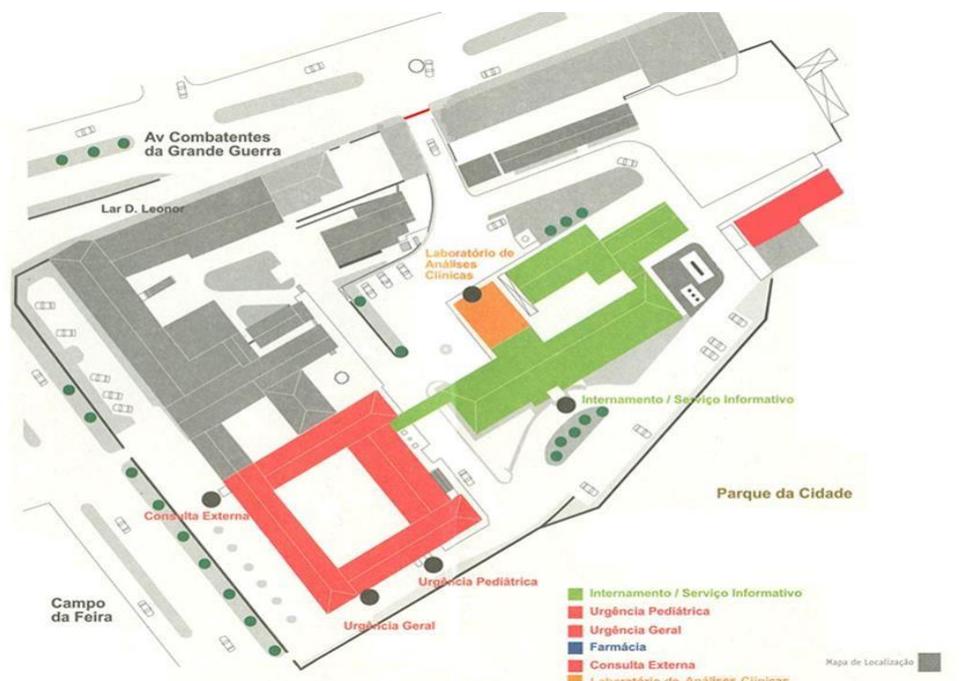


Figura 1 - Planta do hospital (Fonte: adaptado do website hospitalar).

O hospital foi inaugurado oficialmente apenas a 25 de junho de 1970, e ao longo dos anos foi sofrendo várias remodelações. Atualmente, as instalações que formam a instituição

hospitalar são compostas por um conjunto de três edifícios principais e dois edifícios anexos. O contexto onde decorreu o ENP está integrado num destes edifícios, assinalado na Figura 1 com a cor vermelha.

Na sua página online, podemos verificar que o hospital tem como missão prestar cuidados de saúde de qualidade à população da sua área de influência, promovendo e assegurando, em simultâneo, o desenvolvimento dos seus profissionais, num quadro de eficiência e de eficácia, respeitando sempre o princípio da humanização e promovendo uma cultura de espírito de grupo, com forte sentido de orgulho pela pertença à instituição.

A mesma também refere que, no desenvolvimento da sua atividade, a instituição e os seus profissionais regem-se pelos valores de respeito pela dignidade humana; qualidade, assegurando os melhores níveis de resultados e de serviço; atitude centrada no primado do doente; cultura de excelência técnica e do cuidar; cultura de valorização profissional assente na qualificação, inovação e responsabilização.

Atualmente, disponibiliza cuidados urgentes 24 horas por dia nas especialidades de medicina interna, cirurgia geral e pediatria, com apoio de patologia clínica, laboratório, radiologia, imagiologia com recurso a tomografia axial computadorizada 24 horas e ecografia durante algumas horas por semana. Disponibiliza ainda a valência de Ortopedia diariamente entre as 08h00 e as 24h00 e de Anestesiologia nos dias úteis entre as 08h00 e as 20h00.

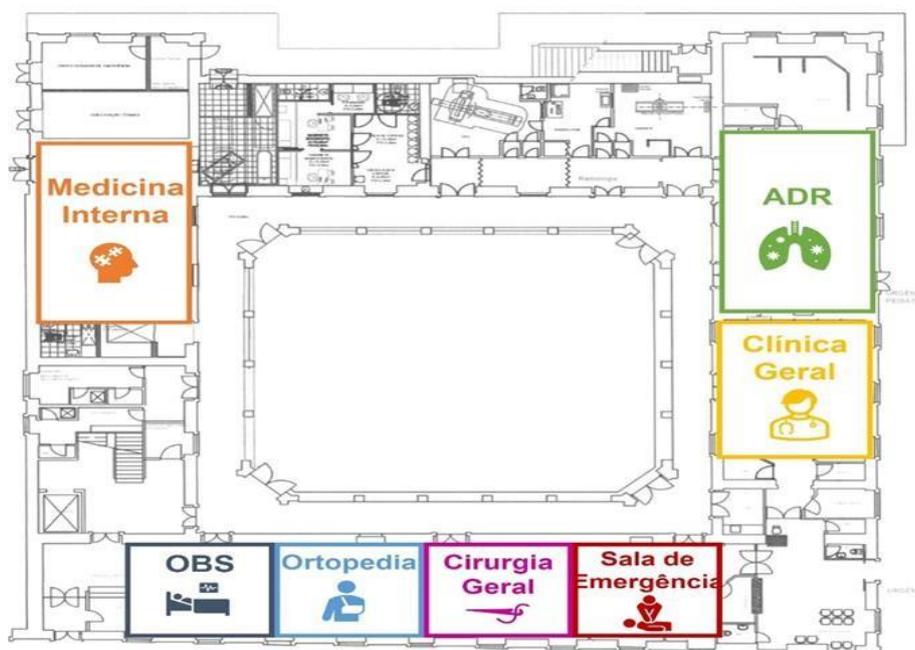


Figura 2 - Organização do serviço de urgência (Fonte: adaptado do website hospitalar).

Não pretendendo alongar este relatório com a descrição pormenorizada de cada espaço que compõe o SU, gostaríamos de destacar espaços de cuidados que tiveram particular relevância no contexto deste estágio e no desenvolvimento de aprendizagens e competências especializadas próprias:

Triagem de Manchester: A utilização do sistema de Triagem de Manchester, para atribuição de prioridades de atendimento, permite identificar, através de critérios de gravidade, e de uma forma objetiva e sistematizada, a prioridade clínica com que o utente deve ser atendido e o respetivo tempo de espera apropriado para a primeira avaliação médica, permitindo, de certo modo, minorar o problema da elevada afluência, estratificando o atendimento em função da gravidade da situação.

Entendemos que este é um dos setores mais relevantes no SU, não só por aqui ocorrer o primeiro contacto com a pessoa alvo de cuidados, mas principalmente pela importância da tomada de decisão que o enfermeiro tem que efetuar em relação à situação de doença da pessoa.

Sala de Emergência (SE): Localizada junto à área de triagem, pressupõe o atendimento à PSC, cujo risco de vida iminente, condiciona uma resposta imediata e diferenciada. O atendimento na SE é assegurado por um assistente operacional e um enfermeiro (preferencialmente EEEMC ou, na sua ausência, enfermeiro perito na área da emergência), em articulação com a equipa médica do serviço de medicina interna. Quando surge necessidade da presença de outras especialidades na sala (cirurgia geral, ortopedia, pediatria), estas são acionadas por elementos da equipa e rapidamente intervêm.

Sala de Observação/ “OBS”: Composta por 4 camas com monitorização contínua, onde são admitidos os doentes com maior gravidade e complexidade (geralmente doentes de nível 2 e eventualmente nível 3), e que necessitem de vigilância e cuidados de enfermagem contínuos e diferenciados.

Após obras de requalificação, o SU articula-se ainda com as restantes áreas de trabalho:

Área de Atendimento Geral: Constituída por três gabinetes de atendimento médico, a cargo de médicos de clínica geral, e sala de trabalho de enfermagem. Nesta área são

atendidos os doentes com grau de prioridade urgente ou pouco urgente, que, de acordo com o protocolo de Manchester, correspondem à cor amarelo, verde ou azul.

Área de Medicina Interna: Espaço amplo e comum que permite a observação, tratamento e monitorização de doentes urgentes, triados com prioridade laranja e que não reúnam critérios de atendimento em SE. Permite o atendimento de nove doentes em maca e três doentes sentados em cadeirões.

Área de Cirurgia Geral: Dispõe de gabinete médico/sala de tratamentos.

Área de Ortopedia: Dispõe de gabinete médico/sala de tratamentos.

Área Doentes Respiratórios (ADR): Dispõe de SE e OBS para 6 doentes com patologia respiratória.

A equipa de enfermagem é constituída por sessenta enfermeiros, sendo que um é o enfermeiro gestor. A maioria da equipa é do sexo feminino (71,9%) com idade entre os 31-40 anos (35,1%), podendo considerar-se uma equipa jovem.

No que se reporta às competências profissionais, 14 enfermeiros (24,6%) são especialistas (13 com especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica e um com especialidade em Enfermagem de Reabilitação). Destes, 4 enfermeiros são detentores de Mestrado. Embora se denote evolução nesse sentido, estes valores ainda são inferiores aos recomendados pela OE (2019), no regulamento para o cálculo de dotações seguras em cuidados de enfermagem num SU.

Importa referir que 10 dos enfermeiros estão certificados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) com o Curso de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), prestando serviço na VMER sedeadada na instituição.

Além desta formação, destacamos o facto de 19 enfermeiros (33,3%) possuírem formação pós-graduada, maioritariamente na área de enfermagem de urgência/emergência e trauma.

Em termos de competências acrescidas diferenciadas/avançadas, 15 enfermeiros são detentores de competências atribuídas pela Ordem dos Enfermeiros (OE): 7 enfermeiros em enfermagem extra-hospitalar, 2 enfermeiros em supervisão clínica, 1 enfermeiro em estomaterapia e 2 enfermeiros em gestão.

O número de enfermeiros por turno de trabalho é de onze enfermeiros nos turnos diurnos e nove enfermeiros nos turnos noturnos, obedecendo a um plano predefinido diariamente pela enfermeira gestora, da seguinte forma:

- Um enfermeiro na triagem de Manchester;
- Um enfermeiro na sala de emergência;
- Um enfermeiro na área de cirurgia geral e ortopedia;
- Um enfermeiro na EEMI;
- Um enfermeiro na sala de observações/OBS
- Dois enfermeiros na área dedicada a doentes respiratórios;
- Dois enfermeiros na área de medicina interna;
- Dois enfermeiros na área de atendimento geral

O método principal de prestação de cuidados é o individual, na medida em que a totalidade dos cuidados é prestada a todos os doentes pelo enfermeiro de cada área de cuidados. No entanto, outros métodos de trabalho também são utilizados, como o trabalho em equipa e o método de trabalho “à tarefa”, de acordo com necessidades pontuais do contexto.

O serviço tem uma política de documentação dos cuidados de enfermagem em linguagem classificada embasada no processo de enfermagem com recurso ao “SClinico®²”.

Na equipa existem enfermeiros “elos de ligação” a vários grupos de trabalho institucionais, nomeados pela Direção de Enfermagem, nomeadamente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, ao Grupo Local do Programa Prevenção Controlo Infecção Resistência Antimicrobianos (GL-PPCIRA), à Gestão de Risco e aos

² SClinico® – É um software evolutivo, desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, que une o Sistema de Apoio ao Médico (SAM) e o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), de forma a existir uma aplicação única comum a todos os prestadores de cuidados de saúde (obtido em spms.min-saude.pt).

Sistemas de Informação em Enfermagem. Releva ainda a existência de um enfermeiro responsável pela formação em serviço.

1.2. O CUIDAR À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Ao longo da História, a Enfermagem tem vindo a afirmar-se na área da saúde de forma a produzir um corpo de conhecimentos próprio, aplicável em qualquer dos campos da prática profissional, como, por exemplo, no ensino, na investigação ou na gestão.

As teorias de Enfermagem têm tido papel inegável para a construção do conhecimento na área. Florence Nightingale, como fundadora da enfermagem moderna, com a sua filosofia para a prática de enfermagem, serviu de base a muitos dos modelos conceptuais ou teorias contemporâneas (Garcia & Nóbrega, 2004).

A definição de Enfermagem assumida por Nightingale, quando afirma que “o que a enfermagem tem de fazer (...) é manter o doente nas melhores condições possíveis, a fim de que a natureza possa atuar sobre ele” (2005, p. 178), apesar de todos os avanços, ainda se mantêm tão atual no cuidar no SU.

No entanto, esta evolução no conhecimento requer que o EEEMC desenvolva a sua prática sustentada na mais recente evidência, orientada para ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, constituindo-se também como líder em projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos, desenvolver competências e melhorar continuamente a qualidade dos cuidados (Regulamento nº 429/2018).

Estão expressas no mesmo Regulamento (nº429/2018) as competências específicas do EEEMCPSC, tais como cuidar a pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica, maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde, assim como demonstrar conhecimentos em situações de emergência, exceção e catástrofe.

Em 2019, a OE emana um conjunto de competências comuns do EE, que permite enquadrar, como suporte efetivo ao exercício profissional especializado, capacidades e

responsabilidades de concepção, gestão e supervisão de cuidados, formação de equipas e ainda, levar a cabo investigação relevante e pertinente que permita avançar o conhecimento próprio da disciplina e melhorar de forma contínua (Regulamento 140/2019).

O termo competência, em saúde, é utilizado para descrever o conhecimento que permite ao profissional realizar atividades consistentemente, de maneira segura (Organização Mundial da Saúde [OMS] & *International Council of Nurses* [ICN], 2009). Acrescentam que competência reflete, necessariamente, um nível aprimorado de conhecimento, percepção e avaliação, assim como uma gama de habilidades cognitivas, técnicas, psicomotoras e interpessoais, associada a uma variedade de atributos e atitudes pessoais.

Nesse sentido, cuidar da PSC em SU é um grande desafio, pois a sua particularidade e complexidade exige cuidados de enfermagem diferenciados, qualificados e complexos, assegurando e preservando a privacidade e dignidade da pessoa, carecendo-lhes de conhecimentos, formação e preparação, garantindo no fundo competência nesta área específica.

A pessoa a vivenciar um processo de transição saúde/doença crítica obriga a uma intervenção diferenciada de forma maximizar as suas capacidades (Meleis, 2012). São assim exigidas ao EEEMCPSC competências específicas para lidar com as situações com que se depara, preservando o cuidar de uma forma holística, olhando o doente e família na sua totalidade.

1.3. REFLEXÃO CRÍTICA ACERCA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais remete-nos para um processo contínuo, ao nível do desenvolvimento pessoal e profissional. Este processo está intrinsecamente conectado à capacidade de comunicar de forma clara e concisa as conclusões, os conhecimentos e o raciocínio, implicando no processo a melhoria contínua da qualidade, a promoção da segurança, a humanização dos cuidados, assim como a prática de enfermagem baseada na evidência científica.

No decurso do presente subcapítulo, apresentamos uma análise crítico-reflexiva e fundamentada acerca das atividades desenvolvidas durante o ENP, adotando como referencial as competências comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019) e as competências específicas do EEEMCPSC (Regulamento n.º 429/2018).

1.3.1. Aprendizagens profissionais e melhoria contínua da qualidade

O regulamento citado anteriormente e relativo às competências específicas do EEEMCPSC preconiza que o enfermeiro toma como foco a pessoa e família e/ou cuidador inseridos num contexto que requer cuidados médicos e/ou cirúrgicos. É esperado que a resposta às necessidades identificadas seja de qualidade e em segurança, utilizando métodos de avaliação que permitam identificar riscos, reais e potenciais, implementando procedimentos de controlo de infeção com base na tomada de decisão, na prática baseada na evidência científica mais atualizada e na informação relevante para este processo.

No Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, refere-se que a qualidade e a segurança emergem como dois conceitos centrais e intimamente ligados, sendo a segurança do doente definida como uma das prioridades da melhoria da qualidade organizacional (Despacho n.º 9390/2021).

A qualidade pode definir-se de várias formas, dependendo da perspetiva de quem o faz: das instituições, dos clientes/utentes, dos fornecedores de produtos, etc. No entanto, independentemente das definições associadas à qualidade, esta tem de ser “... um estado de espírito, (...) fazer parte intrínseca da cultura das organizações, refletindo-se nas atitudes e decisões que toma, na forma como todos sentem a necessidade de fazer cada vez melhor (...), e na abertura à mudança que demonstram” (Costa, 2022, p. 17).

Assim, a qualidade dos serviços e dos cuidados de saúde desenvolve-se em torno de vários programas que assentam na melhoria contínua da qualidade, sendo esta um fator determinante para a prática de cuidados eficazes, eficientes e seguros (Casimiro, 2015).

O PNSD 2021-2026 tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, e encontra-se estruturado em cinco pilares estratégicos, a saber: cultura de segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de

incidentes de segurança; práticas seguras em ambientes seguros (Despacho n.º 9390/2021).

Uma prática profissional alicerçada na melhor evidência científica é o pilar para essa melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e, como futuros EEEMCPSC, é essencial estarmos cientes desta importância na produção de conhecimento e da comunicação efetiva na nossa profissão, assim como da necessidade da melhoria e do desenvolvimento profissional.

Com base nestes pressupostos, e para o desenvolvimento deste domínio de competência, que se relaciona com a melhoria contínua da qualidade e segurança do doente, optámos por estratégias enquadradas no PNSD (2021-2026), mais concretamente no pilar referente à comunicação. De acordo com este plano, a comunicação é essencial em todo o ciclo de cuidados, nomeadamente nos momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde (Despacho n.º 9390/2021).

Ao longo do ENP, verificámos a existência de lacunas e a vontade expressa da equipa de enfermagem em melhorar a forma de comunicar eficazmente. Identificámos então esta área como uma oportunidade de melhoria, e definimos um conjunto de estratégias para tentar colmatar esta problemática. O objetivo foi sensibilizar a equipa para a importância da comunicação eficaz na transição de cuidados e transmitir, discutir e refletir em conjunto, aspetos conceituais acerca do tema.

Neste sentido, num projeto mais alargado, com o envolvimento de mais três colegas mestrandos a realizar o ENP no mesmo contexto e do mesmo curso, desenvolvemos um documento e ações de formação dirigidas aos enfermeiros sobre transferência de informação, durante o processo de transição de cuidados.

Optámos pela metodologia ISBAR³, preconizada pela DGS através da Norma 001/2017, por considerarmos a sua utilidade na melhoria da comunicação na área da saúde, especialmente em situações de transição de cuidados, como, por exemplo, nas transferências de doentes entre serviços ou profissionais. Esta técnica permite que a

³ ISBAR - (*Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation*). Direção Geral da Saúde, Norma 001/2017 de 08 de fevereiro: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde

comunicação seja estruturada de forma clara e objetiva, abrangendo informações importantes e relevantes sobre a condição do utente, as intervenções realizadas, bem como as necessidades e planos de cuidados. Ao utilizar a metodologia ISBAR, os profissionais de saúde conseguem garantir uma comunicação mais segura e eficaz, evitando erros e omissões (2017a).

A padronização dessa técnica de comunicação pode trazer benefícios significativos para o serviço e para a instituição como um todo, melhorando a qualidade e a segurança dos cuidados prestados (DGS 2017a).

O conteúdo da ação de formação consubstanciou-se, então, na norma supracitada. Além da formação, realizada por vídeo conferência, elaborámos também um documento orientador designado “ISBAR: Comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde” (Apêndice I). Este documento foi efetivado tendo como base teórica a Teoria das Transições de Afaf Meleis, onde se realça a importância que as transições têm na vida das pessoas, especialmente na vida dos doentes, nomeadamente nos processos de transição saúde/doença (Meleis, 2012).

Após tomar conhecimento desta atividade, o Gabinete de Qualidade e Segurança da instituição propôs-nos a elaboração de um protocolo hospitalar. Com agrado recebemos e aceitámos a proposta, por considerarmos que a documentação do conhecimento produzido, através de protocolos, normas ou outros, é garantia de que todos seguem o mesmo procedimento, utilizam do mesmo modo as mesmas ferramentas e sabem o que fazer quando confrontados com diversas situações. Processos uniformizados podem ser comparados com as melhores práticas, e assim contribuir para a melhoria contínua e para a segurança do doente e dos profissionais (Pinto, 2014), o que se aplica também a esta técnica de comunicação.

O desenvolvimento destas atividades permitiu-nos a aquisição de conhecimentos mais consistentes acerca das questões relacionadas com a qualidade e com a segurança do doente, nomeadamente no que se reporta à dimensão da comunicação. Permitiu-nos, acima de tudo, a valorização destes aspetos enquanto dimensões essenciais de uma prática profissional avançada e diferenciada.

Na preparação das atividades supracitadas tivemos de desenvolver a nossa capacidade de pesquisa de informação, nomeadamente através da procura da melhor evidência científica, o que permitiu também o desenvolvimento de competências neste domínio.

Considerámos ainda que incorporamos a visão definida pelo colégio da especialidade sobre os enfermeiros especialistas como sendo elementos-chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica e ou falência orgânica (OE, 2017a).

Importa referir que os momentos de partilha com a enfermeira tutora constituíram oportunidades valiosas no sentido de melhorarmos a qualidade e a segurança no atendimento à PSC e família. O feedback e a orientação fornecidos foram auxílios importantíssimos na identificação das oportunidades de melhoria e no desenvolvimento das habilidades necessárias para a prestação de cuidados de alta qualidade.

1.3.2. Gestão dos cuidados

Na gestão dos cuidados é fundamental o conhecimento aprofundado da organização, do funcionamento do serviço, da equipa multidisciplinar e suas responsabilidades, otimizando os recursos disponíveis.

Gestão é um método de coordenar as atividades dos membros de uma organização ou equipa, através do planeamento, organização, direção e controlo dos recursos organizacionais, de forma a atingir eficaz e eficientemente os objetivos criados (Mações, 2018).

No descritivo da competência, o EE realiza a gestão dos cuidados, otimizando, sempre que possível, as respostas da equipa, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas, bem como adequando todos os recursos às necessidades de cuidados, identificando também o estilo de liderança mais adequado na procura da qualidade dos cuidados (Regulamento 140/2019).

Assim, verificamos que a gestão dos cuidados é outra das áreas de intervenção dos enfermeiros especialistas que assume especial ênfase na qualidade e na segurança dos cuidados prestados. O mesmo descritivo também se refere à identificação dos estilos de liderança favorecedores destas dimensões.

No que se reporta à gestão dos cuidados optámos por desenvolver as nossas competências nos domínios acima mencionados. Sendo esta uma área pouco desenvolvida por nós ao

longo do nosso percurso profissional, equacionámos os seguintes objetivos: perceber a importância da gestão em enfermagem a nível operacional em contexto de urgência, adquirir competências e conhecimentos a nível dos vários domínios da gestão, identificar estilos de liderança promotores de ambientes favoráveis ao desenvolvimento das práticas e identificar oportunidades de melhoria relacionadas com a gestão de cuidados.

Neste sentido, para além da observação dos modelos de liderança utilizados pela enfermeira gestora do serviço durante os turnos dedicados à prestação direta de cuidados, optámos ainda pelo acompanhamento da enfermeira gestora durante dois turnos de trabalho e pela identificação de oportunidades de melhoria na área da gestão, passíveis da nossa intervenção enquanto futuros EEEMC.

Ao longo deste ENP foi possível perceber o papel da enfermeira gestora no âmbito da gestão de cuidados e do serviço, e também das estratégias utilizadas para motivar e estimular a equipa, nomeadamente na constituição de grupos de trabalho, quer na vertente da formação em serviço, quer noutras áreas de intervenção, como, por exemplo, em projetos de melhoria da qualidade assistencial. Verificámos a importância do gestor na garantia e segurança dos cuidados de enfermagem, quer na sua vertente mais prática e direta, quer estimulando o processo de tomada de decisão dos enfermeiros através das discussões acerca dos planos de cuidados, muitas vezes durante as passagens de turno. Garantir que os cuidados prestados eram devidamente documentados também se impôs como uma preocupação constante da gestora do serviço.

O enfermeiro gestor também deve ser capaz de responder com rigor, eficiência e eficácia face aos desafios expostos pelas organizações, em prol da garantia dos cuidados prestados em vários níveis de atuação (Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança, 2009). Neste aspeto, releva a preocupação constante face às diversas adversidades do contexto, nomeadamente a sobrelotação de doentes do serviço por falta de resposta dos serviços de internamento, o absentismo inesperado de profissionais, a gestão de materiais face a eventuais ruturas de stock, entre outras.

Ao enfermeiro gestor é atribuído o papel de gestão nos cuidados, potenciando o feedback da sua equipa de enfermagem com a restante equipa multidisciplinar. Assume o papel de gestor dos recursos e líder, consoante o contexto em que se inserem os cuidados, tendo sempre como finalidade a qualidade dos mesmos (Regulamento 76/2018). Perante este papel primordial do enfermeiro gestor, testemunhámos durante o tempo em que decorreu

o ENP a forma e as estratégias de liderança. Identificamos, essencialmente, modelos de liderança diretivo e transacional. Estes modelos podem ter impacto positivo na eficácia e no trabalho em equipa (Registered Nurses' Association of Ontario, 2013).

Também identificámos modelos de liderança centrados no modelo transformacional, se bem que este modelo tenha sido identificado com menos frequência. A liderança transformacional apresenta-se como um dos principais estilos que melhor se harmoniza com as necessidades de uma organização, ao conseguir que os colaboradores se mobilizem de forma voluntária, sem causar pressão ou ansiedade, atingindo o propósito estabelecido. No caso da enfermagem, isso significa atender às necessidades de saúde da população, por meio de uma eficiente gestão do cuidado (Ferreira et al., 2018).

Em contextos de cuidados cada vez mais complexos, impõe-se o desenvolvimento de projetos de melhoria contínua em que a liderança tem de ser orientada para resultados e em que o líder deve trabalhar em função das metas a atingir, gerindo prioridades, utilizando o feedback para melhorar o desempenho da equipa, removendo obstáculos e resolvendo conflitos, reconhecendo os progressos no sentido dos objetivos e construindo relações de confiança.

Nos contextos de urgência, a afluência de doentes é por vezes elevada, sendo necessário, nessas situações, dar resposta atempada e eficiente. A gestão adequada dos recursos humanos e materiais é fundamental nestas circunstâncias.

No sentido de adquirirmos competências na operacionalização da gestão de cuidados, tivemos a oportunidade de acompanhar a enfermeira gestora do SU nas mais diversas atividades diárias desenvolvidas no âmbito da gestão de recursos materiais e humanos, apropriando-nos da complexidade das mesmas.

As atividades que desenvolvemos passaram pela colaboração na elaboração dos planos de trabalho diários, na gestão de material e medicação, na validação de trocas de horário, e no procedimento relativo aos pedidos de reparação de material danificado. Tivemos ainda oportunidade de colaborar na requisição de material consumível e fármacos aos serviços de aprovisionamento e farmácia, respetivamente, através dos mecanismos definidos internamente para o efeito.

O enfermeiro gestor deve fazer uma gestão por competências, valorizando e adequando as competências e habilidades de cada profissional de forma a alocá-los às áreas de

atendimento mais adequadas, garantindo, deste modo, a qualidade e segurança dos cuidados.

Assim, e no que se reporta à organização do trabalho, percebemos a importância de que a distribuição dos enfermeiros por posto de trabalho seja feita de forma equilibrada e coerente com as recomendações das dotações seguras da OE (2019) de forma particular nos SU, onde as situações podem ser imprevisíveis e complexas.

Neste campo, tivemos a oportunidade de elaborar a distribuição dos elementos da equipa de enfermagem pelas áreas de trabalho, tendo em conta as orientações emanadas pela OE, assim como definir estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado na procura da excelência dos cuidados de enfermagem num serviço tão peculiar como o serviço de urgência. Fomos testemunhas do exercício mental necessário para promover o equilíbrio da equipa, nomeadamente na alocação de enfermeiros EEMCPSC na SE e na SE da ADR - quando não foi exequível esta distribuição, ficaram responsáveis pela SE, enfermeiros peritos em emergência.

Este é um outro aspeto que para nós releva, tendo em consideração que a SE é uma área integrada na estrutura física do SU e tendo em conta a criticidade do estado do doente e a diferenciação e complexidade de cuidados aí prestados, é reconhecido pela OE (Parecer nº14, 2018b) que o profissional detentor do título de EEEMC é aquele com o core de competências adequado para dar resposta às necessidades em cuidados, quando o contexto de prática clínica é o da sala de emergência/reanimação.

O enfermeiro EEMC tem um papel decisivo no domínio da gestão dos cuidados, ao adequar os recursos às necessidades e ao supervisionar e otimizar as respostas da equipa de enfermagem, no sentido de promover a segurança e a qualidade dos cuidados (OE, 2017c).

Neste sentido, um dos objetivos a que nos propusemos foi a identificação de oportunidades de melhoria neste âmbito. Para a concretização deste objetivo, em conjunto com os colegas mestrandos referidos anteriormente, além da observação do contexto durante o período de ENP, recorremos a conversas informais com a enfermeira gestora e enfermeiros de referência, no sentido de identificar as referidas áreas passíveis de intervenção. Emergiram então necessidades em duas áreas: a reorganização funcional da SE e o projeto institucional de referenciação de doentes não urgentes para os cuidados de saúde primários, aos quais nos referimos de seguida.

Reorganização funcional da sala emergência

O doente crítico é aquele cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e que para sobreviver depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento n.º 429/2018) e também de espaços adequados, organizados e dotados de recursos que permitam a prestação de cuidados de uma forma eficaz, eficiente e com qualidade.

Para definir um projeto de intervenção neste âmbito, optámos por conhecer outras realidades e peritos na área com resultados de qualidade. Visitamos a SE da Unidade Local de Saúde do Alto Minho e a SE do Hospital de Braga e pudemos observar em termos físicos, materiais e tecnológicos, o que mais atual existe no cuidado ao doente crítico, bem como dinâmicas de equipa.

Adequando a informação que obtivemos nestas visitas ao contexto em questão, definimos um projeto de reorganização da SE no sentido de otimização de recursos humanos e materiais, das funções dos elementos da equipa de intervenção, da informatização dos registos, e no sentido de a tornar mais funcional e eficiente, tendo sempre como finalidade a melhoria da qualidade assistencial.

O projeto é ancorado na filosofia LEAN⁴, que pressupõe a agregação de valor através da identificação e eliminação dos principais desperdícios.

Numa primeira fase, recorreremos a uma das ferramentas da metodologia LEAN, a ferramenta 5S+1, o que nos permitiu definir, avaliar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho (Pertence & Melleiro, 2010; Pinto, 2014)).

Os mesmos autores consideram que o principal objetivo desta ferramenta de trabalho é promover a mudança de comportamento das pessoas, através da eliminação de materiais obsoletos, identificação correta de materiais, garantir a limpeza regular e adequada do

⁴ Filosofia de liderança e gestão que tem por objetivo a sistemática eliminação do desperdício e a criação de valor. Trata-se de um dos mais bem-sucedidos paradigmas de gestão que o mundo empresarial conheceu e que cada vez mais tem sido aplicado ao setor da saúde (Pinto, 2022).

local de trabalho, promovendo a conceptualização de um ambiente que favoreça a saúde física, mental e manutenção da ordem, refletindo-se na melhoria do desempenho da organização.

A denominação LEAN teve origem nas letras iniciais de cinco palavras de origem japonesa, cuja adaptação para a língua portuguesa adquire a designação de cinco sentidos (senso de utilização, o senso de arrumação, o senso de limpeza, o senso de saúde e higiene e o senso de autodisciplina), +1, que se refere à segurança dos processos (Pertence & Melleiro, 2010; Pinto, 2014). A aplicação da ferramenta 5S+1 permite organizar a área de trabalho, otimizando o desempenho, o conforto, a segurança e a limpeza (Peterson & Smith, 1998).

A gestão eficiente de uma situação em SE, para além de condições estruturais, requer também uma abordagem integrada, em equipa, com profissionais que, para além das competências clínicas, devem possuir competências em comunicação e liderança, de forma a responder eficazmente a situações de instabilidade hemodinâmica.

Neste sentido, a promoção e o desenvolvimento profissional dos enfermeiros enquanto estratégia de capacitação individual e coletiva para uma prática profissional de excelência, bem como a participação na definição de prioridades formativas dos contextos, é uma das competências do enfermeiro gestor (Artigo 10º, Decreto Lei nº71/2019).

Emerge, portanto, a importância cada vez mais vinculada da existência de espaços para o desenvolvimento de momentos formativos, assentes em estratégias de prática simulada, como garantia da qualidade dos cuidados prestados nestes contextos.

Apesar de competências técnicas, como as compressões torácicas, a ventilação, a desfibrilhação e o reconhecimento de ritmos, serem importantes para o sucesso no desfecho de uma abordagem emergente, a evidência científica demonstra-nos que as competências não técnicas na reanimação, nomeadamente a capacidade de liderança, comunicação e o treino de equipa, vem assumindo particular relevância na qualidade dos cuidados prestados à PSC, tornando-se prementária a inclusão deste assunto nos cursos de reanimação como estratégia de melhoria da qualidade (European Resuscitation Council [ERC], 2021).

No decorrer deste ENP participámos em algumas sessões de prática simulada no papel de formador, e apresentámos, juntamente com o projeto de reorganização funcional da SE, uma proposta para inclusão destas sessões no plano formativo da instituição.

Este projeto (Apêndice II) foi apresentado à enfermeira gestora do SU, à diretora clínica, ao responsável pela emergência hospitalar e ao conselho de administração do hospital, encontrando-se, neste momento, em fase de apreciação.

Referenciação para os cuidados de saúde primários

O projeto de referenciação para cuidados de saúde primários, no nosso entender, também se reveste de contributos na melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Em Portugal, pelas mais variadas razões, os utentes recorrem aos SU muitas vezes em primeira instância, pois estes têm disponibilidade anunciada e efetiva nas vinte e quatro horas do dia, todos os dias do ano. Associado a esta realidade, confrontamo-nos com o envelhecimento da população, o aumento dos acidentes e da sinistralidade, bem como da prevalência das doenças crónicas, pelo que o número de utentes que procuram os SU tem vindo a aumentar (Amaral, 2017).

De acordo com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), Portugal apresenta taxas de atendimento em serviços de urgência/emergência hospitalar significativamente mais elevadas do que outros países da organização para a cooperação e desenvolvimento económico, havendo estudos que identificam que cerca de 30% desses atendimentos não deveriam ocorrer naquele nível de prestação de cuidados (DGS, 2022).

Segundo a mesma fonte, a literatura aponta para que uma parte da procura de cuidados em situação aguda teria uma resposta mais eficiente noutros níveis de prestação de cuidados, por exemplo nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) ou consultas externas hospitalares.

Seguindo a mesma circular, a ACSS procura dar resposta a esta realidade e define os termos de referenciação dos episódios de urgência classificados na triagem de prioridade de Manchester. Assim, doentes triados como Pouco Urgentes/ Não Urgentes/Encaminhamento inadequado para o SU (cor verde, azul ou branca, respetivamente), devem ser encaminhados para os CSP e para outras respostas hospitalares programadas. Esta referenciação tem como objetivos: aumentar o acesso à

atividade hospitalar programada; reforçar as respostas dos CSP, da rede nacional de cuidados continuados integrados, do setor social e da comunidade; melhorar a articulação entre os serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nomeadamente através do redirecionamento dos designados casos “menos/ não urgentes”, mas sempre com garantia de atendimento.

Neste âmbito, esta estratégia de referenciação deriva de um projeto piloto no âmbito, o projeto SNS+ Proximidade⁵ que procurava esta articulação através de projetos iniciados em hospitais da região norte.

No SU do hospital onde realizamos o ENP, a referenciação já foi colocada em prática, sendo explicado aos utentes, de forma clara, a importância dessa referenciação, designadamente em termos de qualidade e segurança, quer para os próprios, quer para os utentes que apresentem patologia grave, emergente/urgente, que efetivamente necessitem de cuidados hospitalares na urgência. No entanto, por diversas razões, o número de utentes que são efetivamente encaminhados é muito reduzido. Tornou-se então importante perceber os motivos para esta dificuldade demonstrada na referenciação, de forma a encontrar possíveis medidas de melhoria no processo. Nesse contexto surgiu este projeto, esperando que possa tornar-se um incentivo à reflexão, um contributo para a melhoria da qualidade do atendimento nos SU, e, conseqüentemente, dos cuidados de enfermagem prestados ao utente urgente/emergente.

Para a sua consecução, recorreremos a uma recolha de dados através de questionário a realizar aos utentes que reuniam critérios para referenciação para os CSP e outras respostas hospitalares programadas e que não foram encaminhados, no sentido de perceber os motivos da sua permanência no SU (Apêndice III). Após término da recolha de dados, será realizada a análise e discussão dos mesmos. Os resultados serão apresentados numas jornadas de enfermagem a realizar brevemente.

⁵ A rede de inovação SNS + proximidade é constituída por projetos que visam contribuir para a modernização do SNS, através da integração de cuidados, colocando o utente no centro do sistema e respondendo às suas necessidades ao longo do percurso de vida (obtido em sns.gov.pt/sns-mais/)

Para concluir este domínio, importa ressaltar que a OE recomenda a adoção de estilos de liderança que fomentem a satisfação, o empenho e o trabalho em equipa, visando a promoção da qualidade dos cuidados, com vista a atingir os objetivos institucionais (Regulamento nº 76/2018). Também para Brazão et al. (2016) torna-se fundamental uma boa liderança num SU, referindo que o líder não deve ser só exemplo de caráter, respeito e justiça, mas também possuir outras competências como ser gestor e comunicador, e conseguir criar condições a uma aprendizagem adaptativa e contínua, que possa contribuir para a melhoria da prestação de cuidados.

O desenvolvimento destas atividades permitiu-nos adquirir competências de gestão dos cuidados e perceber que a sua complexidade neste tipo de contexto. Validámos que o conhecimento aprofundado da organização e funcionamento do serviço, da equipa multidisciplinar e das suas responsabilidades, otimizando os recursos disponíveis, é um fator fundamental, mas também que uma liderança de enfermagem eficaz é um ingrediente essencial para alcançar um ambiente de trabalho saudável para os enfermeiros. Ou seja, influencia e contribui para um comprometimento organizacional e para uma comunicação saudável.

Deste modo, não chega apenas ambicionar ou desejar ser líder, é necessário percorrer todo um caminho. Desenvolver competências e habilidades específicas, indispensáveis a uma verdadeira liderança, a fim de conquistar o “respeito”, mas também o prazer no trabalho, da equipa de enfermagem e multidisciplinar. A gestão é, pois, um domínio de competência comum a qualquer EE, que interliga a manutenção de um padrão elevado na qualidade das instituições, dos serviços e consequentemente, dos cuidados prestados.

1.3.3. Responsabilidade profissional, ética e legal

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, no Artigo 102º, relativo aos valores humanos, o enfermeiro, durante o seu exercício, deve cuidar da pessoa independentemente da sua classe económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa, tomando decisões fundamentadas e atendendo à melhor evidência científica e à responsabilidade ética (OE, 2015b).

O descritivo deste domínio de competência refere que “o enfermeiro especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4746).

Daqui, emergem conceitos relacionados com o cuidado integral à pessoa na sua dimensão ética, deontológica e humana, e a necessidade de desenvolver um corpo de conhecimento específico para abordar a complexidade, que é a dimensão ética do cuidado.

Ao longo do percurso profissional, enquanto enfermeiro de um SU, sempre foi nosso propósito promover práticas de cuidados centradas no respeito pelos princípios éticos e deontológicos e pelos direitos humanos, assumindo as nossas responsabilidades profissionais, tendo em consideração a vontade da pessoa e família, envolvendo-os em todo processo de cuidados.

No entanto, no decorrer deste ENP, tomámos consciência que este nosso propósito se tem consubstanciado em tomadas de decisão ética frágeis, quer por défice de reflexão sobre as práticas, quer pelas características do próprio contexto de cuidados, que não é favorecedor do desenvolvimento de práticas centradas nestas questões.

Assim, no sentido de melhorar o nosso processo de tomada de decisão neste domínio, definimos os seguintes objetivos: adquirir conhecimentos teóricos acerca das questões éticas e deontológicas baseados na melhor evidência disponível; promover momentos de partilha e reflexão com a equipa, identificando oportunidades de melhoria; melhorar os nossos processos de tomada de decisão relacionados com a dimensão ética do cuidado.

Adotando como referencial teórico a “Teoria do Cuidado Transcultural de Leininger” (1995), que defende que há diversidade no cuidado humano, justificando dessa forma o cuidado transcultural em enfermagem. A abordagem deve ser multidimensional, tendo em conta não só aspetos sensoriais como a dor, mas também as implicações psicológicas, sociais e até culturais. Esta teórica defende o conceito de cuidar, como essencial e central na conceção da enfermagem.

Numa primeira fase procurámos perceber a perceção da equipa em relação a estas questões. Foi possível refletir, com a enfermeira tutora, acerca das questões éticas e de humanização de cuidados, destacando-se o princípio da igualdade e da equidade, da

dignidade humana e o direito à autodeterminação da pessoa como os aspetos que mais necessitam ser refletidos e melhorados, principalmente em contextos de cuidados adversos como é o caso do SU.

Este processo de reflexão conjunto, associado ao conhecimento que temos do contexto de cuidados, permitiu-nos identificar alguns aspetos que consideramos problemáticos no processo de tomada de decisão e que, no nosso entendimento, podem configurar verdadeiros dilemas éticos. Relacionam-se com a comunicação com o doente/família em ambiente de cuidados adverso, com o consentimento informado livre e esclarecido em situação de doente crítico, com a presença de familiar/cuidador durante o processo de cuidados, com a garantia da privacidade quer física quer de informação em ambientes e espaços físicos desfavoráveis.

Nos contextos de urgência, são vários os fatores que podem influenciar o processo de tomada de decisão dos enfermeiros, com compromisso importante na segurança e nos direitos dos doentes, condicionando a vertente ética do cuidado. A elevada carga de trabalho, dotação insuficiente de enfermeiros, problemas de sobrelotação de doentes, condições físicas dos contextos desadequadas, pressão constante para reduzir o tempo de atendimento, modelos de cuidados muito centrados no modelo biomédico e no tratamento imediato da doença, associados à falta de sensibilidade, formação e consciencialização dos profissionais de saúde para uma intervenção focada em aspetos éticos e humanizados dos cuidados, são exemplos desses fatores.

O conceito de humanização aplica-se a situações em que, além de se valorizar o cuidado nas suas dimensões técnicas e científicas, se reconhecem os direitos do doente, respeita-se a sua individualidade, a sua dignidade, a sua autonomia e a sua subjetividade (Almeida et al., 2009). Para além destes, acrescentamos os princípios da vulnerabilidade, da igualdade e da equidade.

O artigo 8.º da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO, 2016), enuncia a obrigatoriedade de respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade pessoal. Este artigo vinca a importância da vulnerabilidade humana e do seu reconhecimento como traço indelével da condição humana, perspectivada na sua finitude e fragilidade. Acrescenta que pessoas especialmente vulneráveis devem ser protegidas sempre que a inerente vulnerabilidade humana se encontra agravada.

Este princípio visa garantir o respeito pela dignidade humana nas situações em relação às quais os princípios da autonomia e do consentimento se manifestam insuficientes. De facto, o princípio do “respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual” articula-se preferencialmente com o da “dignidade humana” (artigo 3.º), cujo enunciado do valor incondicional da pessoa é reforçado com a exigência da sua inviolabilidade (UNESCO, 2016).

Ora, a PSC, que se encontra a vivenciar situações súbitas de transição saúde/doença, deve ser considerada numa situação de vulnerabilidade, devendo por isso ser protegida garantindo o respeito pela dignidade humana de cada um.

A privacidade do doente no SU é um ponto fulcral e reveste-se de particular importância na prestação de cuidados de enfermagem. Para Silva (2007), os SU são providos de espaços físicos inadequados, por vezes partilhados com outros doentes e profissionais de saúde. O mesmo autor apela a uma reflexão, no sentido de perceber a importância da privacidade, como garantia do respeito pela dignidade do ser humano.

De facto, na prática diária de cuidados, existe um conjunto de técnicas e de intervenções que requerem um espaço físico adequado, como, por exemplo, a prestação de cuidados de higiene, a administração de medicação ou qualquer procedimento invasivo, intervenções estas que devem ser praticadas num espaço fechado e individual, ou na ausência de tais condições, providenciar cortinas e biombos, otimizando todos os recursos existentes com o intuito de preservar a privacidade do doente. Apesar de terem existido situações que provocaram alguma inquietação e dado as condições físicas do SU, foi possível direccionar a nossa prática em consonância com os recursos e meios existentes, sem comprometer a privacidade do doente.

Quando os recursos são escassos, somos desafiados constantemente com a sua distribuição, e com o objetivo de que esta seja feita de uma forma equitativa, respeitando os princípios éticos elencados anteriormente. Estas situações podem configurar dilemas éticos, em que o processo de tomada de decisão é complexo, de forma que o benefício de alguns não seja alcançado pela exploração da fraqueza de outros, bem como a compreensão de que a melhoria do bem-estar de apenas alguns torna os restantes, marginalizados, ainda mais vulneráveis. Estamos a falar do princípio da beneficência/não maleficência.

Independentemente da situação de cada um, o enfermeiro tem de gerir os cuidados de forma a estabelecer prioridades de atendimento, sem deixar de atender a estes princípios e prestar cuidados de uma forma equitativa. No contexto de cuidar de vários doentes a vivenciar processos de transição diferentes, tem ainda de se atender aos princípios da igualdade e da equidade.

No SU, uma prática centrada nestes princípios éticos constitui um verdadeiro desafio para os profissionais de saúde, em particular para os enfermeiros.

Outro aspeto que se pode enquadrar nesta discussão, relaciona-se com a presença da família e/ou cuidador durante o processo de cuidados. Esta situação é salvaguardada nos direitos e deveres dos utentes no SNS, como o direito ao acompanhamento por parte da família e/ou cuidador ou pessoa significativa (Lei n.º 15/2014, alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017). Apesar de ser uma realidade com a qual os enfermeiros se confrontam diariamente, em situações de emergência, ainda é algo não consensual, quer na literatura quer nos próprios contextos da prática, pois requer dos profissionais estratégias específicas para ultrapassar os desafios associados a esta prática (Sá et al., 2015).

Os mesmos autores, numa revisão sistemática, identificaram que os enfermeiros são os profissionais mais qualificados e habilitados para intervirem na esfera da presença da família nos contextos de SU, dada a relação singular que estabelecem com os mesmos (2015). Neste mesmo estudo, referem que existem vários obstáculos (visíveis na prática diária) na interação do enfermeiro com a família, sendo exemplos a falta de tempo, a ausência de recursos físicos adequados, algum receio na aproximação emocional ao sofrimento da família, e situações de priorização constantes do cuidado à PSC. No nosso entendimento, é obrigatório o desenvolvimento de estratégias para ultrapassar estes obstáculos.

No que se reporta aos direitos dos doentes releva, também para nós, o direito à informação. De acordo a Lei n.º 15/2014, alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, o doente tem direito a ser informado da sua situação clínica, dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados.

Brazão e Nóbrega (2016) reiteram que os profissionais do SU devem assegurar uma boa comunicação e prestação de informação e cuidados de qualidade, contribuindo para o grau de satisfação do doente, adesão ao tratamento, a procura adequada de cuidados e

confiança nos profissionais, nomeadamente nos enfermeiros e, particularmente, os enfermeiros especialistas.

Neste sentido, o estabelecimento e a gestão da comunicação interpessoal que fundamenta uma relação terapêutica, como preconizado na unidade de competência do Regulamento n.º 429/2018, desenvolve-se pela demonstração de conhecimentos e habilidades, no que diz respeito ao processo de cuidar da pessoa, família e/ou cuidador, adaptando a comunicação face à complexidade do processo saúde/doença da PSC, avaliando sempre o processo e respetivo impacto no doente e família e/ou cuidador.

Quando ocorre um acontecimento marcante, por vezes considerado traumático para o doente, provoca neste uma série de emoções que se tornam incapazes de ser controladas, interferindo com a clareza do pensamento. Na abordagem à PSC é necessário ter em conta a dimensão psicológica, física, emocional, social e cultural, estabelecendo uma comunicação favorecedora do processo de cuidar. Cabe ao EE a função de gestão do estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, a avaliação de eventuais disrupções comunicativas que possam influenciar a mesma e o impacto que estas possam ter sobre ela (Martins, 2021).

Durante o ENP, verificámos que a importância atribuída à comunicação com o doente é subvalorizada desde o momento em que este é admitido no serviço. Também a comunicação com os familiares e/ou cuidadores é muitas vezes descartada. O ambiente específico do contexto, a falta de tempo por parte dos profissionais, a sobrecarga emocional e de tarefas e, associado ao cuidado à PSC, acabam por comprometer a relação interpessoal com o doente/família. Esta nossa inquietação foi alvo de reflexão pessoal e também com a enfermeira tutora, o que constitui uma mais-valia para nós. É necessário comunicar mais e melhor.

O envolvimento do doente em todo o processo de saúde/doença constitui-se como uma promoção da sua segurança, pois, de acordo com um dos programas da Organização Mundial da Saúde (OMS), criado em 2021 e designado de “Patients for Patient Safety 2021-2030”, permite o desenvolvimento na parceria dos profissionais de saúde com o utente/família, de forma a garantir que os cuidados prestados sejam seguros e com qualidade. Este é um programa que envolve e dá poder aos doentes e às famílias. O utente é a única pessoa que passou por todo o seu processo de cuidados de saúde: a sua voz e a da sua família devem ser plenamente ouvidas.

Associado ao processo de comunicação está o consentimento informado livre e esclarecido, que também se encontra contemplado na carta de direitos dos doentes referida anteriormente (Lei n.º 15/2014, alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017).

Para que o consentimento seja verdadeiramente livre e esclarecido, a informação deverá ser objetiva, clara e transmitida num ambiente de calma e privacidade, numa linguagem acessível e tendo em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do doente. Os profissionais deverão sempre assegurar-se que a informação foi compreendida.

Garantir o consentimento informado, livre e esclarecido esteve sempre na base dos cuidados que prestamos à PSC, assegurando o consentimento do próprio (verbal ou escrito) para a realização dos mesmos, após explicação e clarificação das intervenções a realizar. No sentido de melhorarmos o nosso desempenho neste âmbito, tivemos a oportunidade de participar numa ação de formação sobre “Consentimento informado e diretivas antecipadas de vontade” (Anexo I). Foram abordados temas essenciais que permitem a envolvimento, a consciencialização, a responsabilização e o empoderamento do doente em relação aos cuidados que necessita, com respeito pela sua autonomia e a autodeterminação.

O doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam (Lei n.º 15/2014, alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017). Em relação à questão da confidencialidade, verificamos que em algumas situações este direito do doente não é salvaguardado. No que aos enfermeiros diz respeito, identificamos situações em que a passagem de turno dos doentes é realizada em espaços amplos, com a presença de todos os doentes e muitas vezes também de acompanhantes. Surgiu assim uma oportunidade melhoria, e neste sentido foi proposto à enfermeira gestora a reorganização dos espaços destinados à passagem de informação na transição de turnos, bem como a sensibilização dos profissionais para a necessidade de alterar esta prática.

O desenvolvimento desta competência, com estratégias centradas essencialmente na autoformação e na reflexão e partilha de conhecimento interpares, permitiu-nos desenvolver uma consciência ética do cuidar que até então se encontrava em níveis muito deficitários. Além de uma maior consciencialização para esta dimensão do cuidado, também desenvolvemos o nosso processo de tomada de decisão perante situações de dilemas éticos com que tantas vezes nos deparamos nos contextos de cuidados à PSC.

O EEEMC tem um papel preponderante na equipa, constituindo-se como um agente diferenciador e transformador, promovendo a reflexão e a consciencialização para as questões relacionadas com os aspetos éticos e deontológicos, mas acima de tudo como mentor nos processos de supervisão clínica de pares, despertando e empoderando a equipa para a tomada de decisão autónoma naquilo que é a dimensão ética do cuidar.

1.3.4. Formação em enfermagem

O desenvolvimento pessoal e profissional é essencial para o sucesso das organizações, pois permite a adaptação às mudanças e evoluções que surgem, tendo como objetivo a qualidade dos serviços prestados.

O artigo 109.º do Estatuto da OE e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros defende que cabe ao enfermeiro procurar a excelência do exercício, assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, tendo em conta a formação permanente e aprofundada das ciências humanas (OE, 2015b).

Também o regulamento das competências do EEEMC refere que o EE apropria competências próprias que alicerçam a sua área de especialização, traduzindo-se num papel importante na formação de profissionais de saúde, assumindo dessa forma a responsabilidade de ser um facilitador dos processos de aprendizagem, favorecendo o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros (Regulamento 140/2019), como também, quando necessário e adequado, a formação de outros profissionais (Decreto-Lei n.º 71/2019).

Da análise destes documentos emergem duas dimensões a considerar no desenvolvimento desta competência relacionada com a formação em enfermagem: o desenvolvimento pessoal e profissional, mantendo atualizados os conhecimentos através da formação contínua; e a formação de profissionais de saúde, quer como formador quer como facilitador de momentos de aprendizagem.

Para desenvolver estas competências, equacionámos os seguintes objetivos: dinamizar a formação contínua dos enfermeiros na vertente de formação em serviço; assumir o papel

de formador na equipa de enfermagem; identificar oportunidades de melhoria relacionadas com a autoformação; participar em programas/sessões de formação contínua nas áreas identificadas como problemáticas.

As estratégias que definimos para atingir os objetivos a que nos propusemos foram as seguintes: colaborar com a enfermeira formadora na elaboração do projeto de formação em serviço; organizar e participar, enquanto formador, nos momentos formativos considerados no plano de formação em serviço; participar em sessões/eventos no âmbito do doente crítico e que consideramos oportunidades de desenvolvimento profissional.

A deontologia profissional em enfermagem reitera que a formação contínua, aliada à reflexão sobre a prática e a aplicação dos saberes, constitui um dos marcos estruturantes deste desenvolvimento de competências. É este processo que torna possível a tomada de decisão, essencial para que os cuidados sejam excelentes (OE, 2015a).

As características e especificidade dos contextos de urgência exige dos enfermeiros um nível de conhecimento e competências técnico-científicas, reflexivas, relacionais e introspetivas, diferenciadas e atualizadas, que permitam cuidar da PSC com segurança, destreza e humanismo, tendo em conta os princípios ético-legais que orientam o exercício profissional.

Impõe-se, portanto, o desenvolvimento progressivo e contínuo de competências, aperfeiçoadas a longo prazo, de forma a obter ganhos para a organização, o que releva em resultados ao nível da cultura organizacional.

Encarando a formação como uma componente essencial da gestão dos recursos humanos no interior da organização, esta deverá ser um foco de atenção da gestão de topo, e um pilar a considerar nos planos estratégicos. Só através de uma estratégia de formação global, participada e interativa, se poderá almejar a construção de uma visão partilhada do futuro da organização, das suas finalidades, dos meios de ação e dos valores que lhe estão subjacentes.

Este processo contínuo de formação resulta do trabalho simultâneo do profissional, do enfermeiro gestor e de toda a organização. Por isso, o envolvimento e motivação de todos é fundamental para o processo de aprendizagem, de aquisição de novos conhecimentos e de desenvolvimento de competências, no sentido de melhorar a satisfação profissional,

de responder às necessidades em saúde das pessoas e, conseqüentemente, contribuir para a qualidade, a eficácia e a eficiência das organizações (OE, 2015b).

Neste processo de formação contínua, o EE assume um papel preponderante, principalmente a nível dos contextos da prática clínica. Foi neste sentido que optámos por desenvolver estratégias relacionadas com a vertente da formação em serviço. Esta pode ser entendida como um conceito dinâmico e interativo, que emerge de uma filosofia de aprendizagem baseada em sistemas de formação que devem ser flexíveis, onde cada interveniente se responsabiliza pela sua própria formação, sendo valorizada a autoformação e formação ao longo da vida, sem que deixe de existir um investimento na adaptação do profissional ao seu posto de trabalho e à sua atividade prática (Menoita, 2011).

Com a formação em serviço pretende-se garantir o máximo de qualidade dos conhecimentos e competências dos enfermeiros, tal como defende Menoita (2011), quando afirma que a formação permite contextualizar o conhecimento teórico na resolução de problemas reais da prática dos cuidados de enfermagem, sendo que cabe às organizações desenvolver ambientes reflexivos, de aprendizagem em equipa que proporcionem a autonomia.

Assim, no sentido de desenvolver a nossa competência na área da formação em serviço, optámos por colaborar com a enfermeira formadora na elaboração do projeto de formação para o biénio 2023/2024 e, organizar e participar como formador, em momentos formativos considerados no respetivo plano e relacionados com a PSC.

A construção de um plano de formação que permita a melhoria contínua da qualidade, integrado na cultura organizacional e que vá ao encontro das necessidades dos profissionais, é essencial quando se fala em formação e desenvolvimento profissional (Dale & Bunney, 1999, como citado em Ferreira, 2015).

Cabe ao enfermeiro formador diagnosticar necessidades formativas, gerir programas e dispositivos formativos, favorecer a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. Assim, um projeto de formação em serviço centrado nas motivações e interesses dos profissionais contribui para minimizar sentimentos de perda de autoestima, abandono, desinteresse e sensação de perda de tempo.

A identificação de necessidades é um aspeto fulcral para o planeamento da formação. Apenas com um diagnóstico bem desenvolvido, com dados coerentes e bem fundamentados, é possível conceber planos de formação que reflitam as necessidades da instituição, do serviço e dos profissionais (Macedo, 2008).

O plano de formação em serviço que desenvolvemos em articulação com a enfermeira formadora assenta nestes pressupostos e está estruturado em torno de dois eixos principais: estratégia de construção do plano (onde se inclui o diagnóstico de situação, os objetivos, os formadores, a operacionalização e a avaliação) e a matriz formativa (onde se apresentam as propostas formativas, organizadas nos seguintes domínios de intervenção: técnico-científico, humanização e promoção da saúde, prevenção e controle da infeção, segurança do doente e dos profissionais, liderança, comunicação e gestão de equipa, transição digital, inovação e tomada de decisão) (Apêndice IV).

Durante este ENP, foi ainda possível participar em vários momentos de aprendizagem integrados no plano de formação e direcionados para a PSC. Participámos como formadores, em conjunto com os três mestrandos já mencionados anteriormente, a realizar o ENP no mesmo contexto, nas seguintes formações: “Insuficiências respiratórias e ventilação mecânica não invasiva no SU” (Apêndice V), “Abordagem à PSC e família” (Apêndice VI) e “ISBAR- Comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde” (Apêndice VII).

Para o desenvolvimento destas ações de formação optámos por diversas estratégias/métodos formativos: expositivo, interrogativo, demonstrativo e interativo.

Para a realização da ação de formação – “ISBAR- Comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde” – optámos por um método assíncrono, online, por considerarmos que seria uma forma de permitir aos enfermeiros assistirem a este conteúdo, onde, como e quando tivessem disponibilidade. Esta estratégia possibilitou a otimização do tempo de cada um, o que em termos de gestão é vantajoso, principalmente numa altura em que os recursos humanos se revelam escassos. Será, pois, uma estratégia a ter em consideração no desenvolvimento de outras atividades formativas.

A avaliação de cada uma destas formações foi realizada através de questionário, utilizando o *Google Forms*. Teve como objetivo percebermos o grau de satisfação dos mesmos acerca da forma, do conteúdo, das estratégias e do desempenho dos formadores. A grande maioria dos enfermeiros concordou com adequabilidade dos temas e das

estratégias, numa perspetiva de aprendizagem capaz de produzir mudança de comportamentos relacionados com a procura de qualidade assistencial à PSC e família. Releva a sugestão dos formandos para que estes tipos de conteúdos sejam reproduzidos ciclicamente, e a opinião sobre o meio assíncrono como “*metodologia fantástica que deve ser considerada noutras formações*” (Apêndice VIII).

No seguimento da formação - “Abordagem à PSC e família” - elaborámos um procedimento para o serviço, que foi apresentado à equipa, sobre a documentação dos cuidados de enfermagem à pessoa e família em contexto de sala de emergência (Apêndice IX). A necessidade de elaborar este procedimento adveio da falta de documentação do processo de tomada de decisão do enfermeiro nestas situações, pese embora o facto da nossa intervenção autónoma ser muito relevante neste contexto.

No sentido de agregar a informação relativa à formação em serviço e de otimização do fluxo comunicacional interprofissional, criamos, em conjunto com os serviços informáticos da instituição, uma pasta partilhada com todos os enfermeiros da equipa.

Outra vertente que equacionamos para o desenvolvimento de competências na área de formação relacionou-se com o nosso próprio desenvolvimento profissional e pessoal. Este desenvolvimento é essencial para o sucesso das organizações, pois permite a adaptação às mudanças e evoluções que surgem, tendo como objetivo a qualidade dos serviços prestados.

Neste sentido, procurámos identificar algumas oportunidades de melhoria em relação ao processo de autoformação, e assim, participámos nos seguintes programas/sessões de formação contínua:

- “II Encontro de Urgências de Oliveira de Azeméis”, realizadas em 21 de outubro de 2022, no Auditório da Escola Superior Saúde Norte. Foram abordadas várias temáticas de interesse, tais como: abordagem ao doente com patologia urológica e psiquiátrica - rede de referência; o papel da formação no treino da equipa: importância da prática simulada; patologia urológica urgente e insuficiência renal aguda e urgências psiquiátricas. Este encontro terminou com uma conferência sobre o tema “violência contra os profissionais de saúde/ questões éticas e deontológicas”, assunto, infelizmente, cada vez mais presente no nosso dia a dia profissional.

- “II Congresso APT-Feridas: Novas Evidências”, realizado nos dias 15 e 16 de novembro de 2022, no Altice Fórum em Braga (Anexo III). Foram abordadas várias temáticas de interesse, tais como: “cicatrização complexa- *update*”, “pé diabético, passo a passo com a evidência” e “feridas...na ponta do bisturi”. Tratou-se de um congresso onde foi trazido a debate a evidência científica atual no tratamento de feridas.

O desenvolvimento destas estratégias de formação, permitiram-nos a aquisição de um conjunto de competências aliadas à formação contínua, de forma a sermos elementos ativos nesta área de competência do EE.

Adquirimos novos saberes, conhecimento e competências, direcionados para o processo de formação de adultos e profissionais. A elaboração do plano formação em serviço permitiu-nos identificar necessidades de formação transversais à equipa. Um plano de formação devidamente pensado e organizado contribui para a obtenção de ganhos quer na perspetiva dos enfermeiros, quer na perspetiva das organizações onde estes se inserem.

Aprofundámos e desenvolvemos competências enquanto formador, de forma articulada e complementar, integrando equipas de formação, e desenvolvemos conhecimentos percebendo a importância que a avaliação dos momentos formativos têm na qualidade dos processos formativos e no que à formação em contexto de trabalho diz respeito, na qualidade dos cuidados prestados.

Consideramos que a possibilidade de partilhar a construção do plano formativo com a enfermeira formadora em serviço do contexto onde desenvolvemos este estágio constituiu uma mais-valia, pois permitiu aprofundar conhecimentos e competências nesta área que de outra forma não seria tão produtivo.

1.3.5. Cuidar da pessoa e família em situação crítica

Nas competências específicas, o EEEMC na área da PSC “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19359). O mesmo Regulamento também refere que

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 (p. 19362).

Reitera ainda que “cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência, das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica” (p. 19363).

Para o desenvolvimento desta competência, e baseados nas suas unidades de competência, definimos os seguintes objetivos: prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos; gerir a dor e o bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, de uma forma diferenciada; gerir a comunicação interpessoal e o estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade; assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.

As pessoas em situação crítica, quando recorrem ao SU, normalmente apresentam ou têm um risco de instabilidade hemodinâmica associada, onde o risco ou falência orgânica pode estar presente e aos quais é inerente a necessidade de acompanhamento e monitorização permanentes, o que envolve cuidados de enfermagem de particular relevância técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a grande maioria dos profissionais de saúde (Regulamento 140/2019).

Sendo o SU uma área de atendimento ao doente em situação crítica, em que só participando na prática dos cuidados se consegue perceber a complexidade e a perícia que é exigida neste âmbito, procuramos, tal como nos orienta a OE (2017a), prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC altamente qualificados, de forma contínua, como resposta a necessidades afetadas e permitindo manter as funções vitais, e desta forma também prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.

No sentido de uma intervenção precisa, eficiente e rápida na abordagem de um doente em situação crítica, exigida na prática avançada de enfermagem, o estabelecimento de

prioridades no atendimento, planeamento, execução e registo das intervenções, constituíram atividades por nós aprimoradas ao longo do estágio.

Os cuidados especializados foram prestados com autonomia e capacidade de decisão, centrados na metodologia científica e norteados pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados, pois

exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. E se, em situação crítica, a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas. (OE, 2017c, p.10)

Uma situação de emergência normalmente resulta da agressão por parte de um qualquer fator, que causa perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de órgãos vitais, colocando a pessoa em risco de vida. A assistência, neste caso, à pessoa vítima destas situações, deve ser realizada de forma imediata (Regulamento nº429/2018).

Para o efeito adotámos a metodologia, tantas vezes referida em sala de aula, de sistematização ABCDE⁶ no cuidado à PSC. Esta abordagem consiste numa avaliação efetuada de uma forma transversal, utilizada na avaliação do doente, procurando lesões e tratando-as de acordo com a prioridade estabelecida, permitindo identificar as que ponham a vida em risco, possibilitando uma abordagem em função do que potencialmente é mais grave ou que traduza morbilidade ou agravamento no *outcome* do doente (INEM, 2019).

Durante a realização deste estágio, foram várias e enriquecedoras as oportunidades de aprendizagem. Prestámos cuidados individualizados, especializados e diferenciados à

⁶ Metodologia de sistematização ABCDE: A – Airway, B – Breathing, C – Circulation, D – Disability, E – Exposure (INEM - Manual de suporte avançado de vida, 2019).

PSC a vivenciar processos complexos, em diferentes contextos, tais como: déficit neurológico agudo, síndrome coronário agudo, trauma minor e major, sépsis, paragem cardiorrespiratória (PCR), edema agudo do pulmão, disritmias peri-paragem, hemorragia digestiva alta e baixa, choque, alterações metabólicas severas, entre outras.

Entre as várias situações, destacámos uma situação vivenciada com uma pessoa vítima de trauma devido a acidente de viação com projeção. Admitido na SE, com Escala de Coma de Glasgow de 15, mas com suspeita de várias fraturas e possível lesão crânio-encefálica. Procedeu-se à avaliação da vítima pela metodologia descrita anteriormente, constatando-se rapidamente agravamento do estado clínico com necessidade de estabilização, como a entubação endotraqueal e procedeu-se à transferência inter-hospitalar para continuação de cuidados especializados. Esta situação permitiu-nos refletir sobre a mais valia da correta avaliação de doente politraumatizado, até pela rapidez que podem ocorrer alterações no estado hemodinâmico do mesmo. Este é um dos casos em que a correta mobilização de conhecimentos, bem como o desenvolvimento de intervenções técnicas de alta complexidade mediante as necessidades identificadas, é essencial.

A PCR, considerada claramente como uma emergência máxima, exige dos profissionais de saúde uma resposta imediata e organizada, o que pressupõe uma prestação de cuidados baseados numa formação estruturada e atualizada na evidência científica atual, para que se desenvolvam competências específicas que possibilitem o agir rápido e eficiente.

Deste modo, o ENP possibilitou-nos mobilizar os nossos conhecimentos e competências em Suporte Avançado de Vida (SAV), integrados numa equipa multiprofissional, colocando em prática as várias etapas do algoritmo de uma forma sistemática e refletida. Tivemos oportunidade de executar ou colaborar na realização das seguintes técnicas: entubação endotraqueal e todos os cuidados associados à mesma; preparação e manutenção da ventilação mecânica invasiva e não invasiva; colocação de linha arterial, de cateter venoso central e de drenos torácicos; assim como na gestão de protocolos e fármacos específicos.

O acompanhamento da EEMI também fez parte deste percurso, uma equipa diferenciada para resposta às situações de emergência que ocorram dentro das instalações do hospital. Apesar de terem sido poucas as ativações, fica evidente o motivo e as mais valias, no cuidado à PSC nos serviços de internamento, destas equipas.

A gestão de protocolos terapêuticos complexos foi outro dos objetivos a que nos propusemos. Enquanto competência do EE, sentimos a necessidade de adquirir conhecimentos quer ao nível das complicações, quer das respostas esperadas, o que exige o desenvolvimento de capacidades de monitorização, avaliação, implementação e adequação das respostas de enfermagem face aos problemas identificados.

O espaço limitado da SE, aliado ao facto de as intervenções serem direcionadas no sentido *lifesaving*, não permite a permanência de familiares durante este processo de cuidados. Como consideramos este aspeto fundamental e para o qual devem ser encontradas as melhores soluções possíveis, sugerimos algumas mudanças no sentido da humanização e dignificação dos cuidados, diligenciando sempre que possível a presença de familiares em SE, quer no cuidado ao doente crítico ou em outras situações, como, por exemplo, no pós-morte e no processo de apoio à família no início do processo de luto.

Destacámos o acompanhamento de uma família a viver uma situação transicional devido à perda de um filho, o que nos possibilitou a adoção de estratégias de comunicação de más notícias e a criação de condições para que a família usufrísse do tempo necessário para a despedida nesta fase de final de vida. Esta foi, sem dúvida, uma experiência marcante que despertou em nós a importância do cuidar no sentido ético, ao qual já nos referimos em subcapítulo anterior. E que, mesmo nestes contextos complexos, a humanização dos cuidados é possível, desejável e obviamente necessária.

A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência multiorgânica é da competência e da responsabilidade do EE (Regulamento n.º 429/2018) e, no contexto deste ENP, esta dimensão é um dos objetivos a que nos propusemos. O controlo da dor constitui um dever dos profissionais, sendo fundamental ser encarado como prioridade na prestação de cuidados de saúde, um direito dos doentes e um passo fundamental para a indispensável humanização das unidades de saúde (DGS, 2017a).

As boas práticas advêm da aplicação de linhas orientadoras baseadas na evidência científica disponível, potenciando a excelência dos cuidados de enfermagem. Deste modo, a dor deve ser sistematicamente valorizada, diagnosticada, avaliada e registada, independentemente do serviço (OE, 2008).

A OE, através do Guia Orientador de Boa Prática (2008) em relação à gestão da dor, reforça que a boa prática de enfermagem requer a avaliação da dor como 5.º sinal vital. Pela sua particularidade, o SU, com inúmeros doentes a vivenciar processos dolorosos,

permite que o enfermeiro assuma um papel fundamental na gestão da dor (Mota et al., 2020), principalmente na PSC. É imperativo que a dor e os efeitos da sua terapêutica sejam valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados como intervenções altamente humanizantes. O controlo inadequado deste sinal vital poderá influenciar o sucesso de todo o processo de tratamento da pessoa e transição saudável, pelo sofrimento provocado.

Se atendermos aos Padrões de Qualidade dos Cuidados, a gestão eficaz da dor é um indicador de qualidade dos cuidados. Para tal, o EE procura uma gestão diferenciada e eficaz da dor com a implementação de instrumentos de avaliação da dor e de protocolos terapêuticos - medidas farmacológicas e não farmacológicas - para alívio da dor, bem como na gestão que seja adequada em termos de protocolos terapêuticos complexos (OE, 2017c).

A dor constituiu uma preocupação constante, a sua monitorização, assim como a adoção de medidas para o seu controlo (farmacológicas e não farmacológicas), tais como a gestão do ambiente físico e o acompanhamento por parte do familiar, entre outras, foram intervenções colocadas em prática ao longo do estágio.

Não nos podemos esquecer que enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante e essencial para promover e intervir no controlo da dor, salientando-se assim o papel do EE na gestão da dor do doente crítico neste contexto tão difícil como é o SU.

Ao longo deste ENP, não poderíamos falar de cuidados à PSC e família a vivenciarem processos complexos sem abordarmos a Teoria das Transições de Afaf Meleis, apresentada em 1994. Esta teoria refere-se a um modelo profissional, cuja centralidade do cuidado são as transições que a pessoa vivencia ao longo do seu ciclo vital e onde são enfatizados os cuidados de enfermagem como promotores de transições saudáveis.

O conceito de transição remete para uma mudança no estado de saúde, nos papéis desempenhados socialmente, nas expectativas de vida, nas habilidades socioculturais ou mesmo na capacidade de gerir as respostas humanas (Meleis et al., 2000). Estes processos de mudança requerem ajustamento ou adaptação, cabendo à enfermagem, como também referia Nightingale, promover esse ajustamento ou adaptação à nova situação ou estado.

A transição exige assim, que a pessoa seja capaz de incorporar novos conhecimentos, que altere o seu comportamento e que mude a sua própria definição no contexto social (Meleis, 2012).

Um dos objetivos que definimos neste ENP foi comunicar mais e comunicar melhor. Por um lado, a transmissão da informação nos processos de transição de cuidados de enfermagem, baseada numa comunicação eficaz e transparente, é essencial para a caracterização da situação, assim como para a definição dos cuidados que devem ser prestados ao doente, sendo um processo que pode ser baseado num procedimento de apoio à prática segura de cuidados de enfermagem.

Num outro campo, digamos que oposto, a transmissão de más notícias é uma realidade incontornável na prática dos enfermeiros num SU. É sempre fator gerador de stress no contexto das relações do enfermeiro com a pessoa e a sua família. Talvez esta seja o foco de atenção de enfermagem, e respetivas intervenções, mais difícil na nossa prática diária, e para o qual estamos mais mal preparados. Esta é, sem qualquer tipo de dúvida, uma missão complexa e delicada para quem tem a tarefa árdua de a cumprir, mas muito mais penosa para quem a recebe.

A comunicação de má notícia envolve, normalmente, uma mudança drástica no indivíduo que a recebe, tendo um impacto negativo na perspetiva de futuro, afetando assim os vários domínios (cognitivo, emocional, espiritual e comportamental) com eventuais repercussões na dinâmica pessoal, familiar e social. É também uma tarefa extremamente difícil para o profissional de saúde, pois requer um conjunto de conhecimentos e habilidades específicas e envolve uma elevadíssima carga emocional.

No sentido de minimizar este impacto inicial, Buckman (2005), elaborou um protocolo de como comunicar más notícias. Segundo o mesmo, o protocolo SPIKES⁷ é um instrumento crucial na abordagem inicial à pessoa/família em processo de comunicação de más notícias. Este protocolo descreve considerações importantes para ajudar a aliviar

⁷ SPIKES: S – “Setting” - preparar a entrevista, P – “Perception” - avaliar a perceção da pessoa sobre a doença, I – “Invitation” - convidar para o diálogo, K – “Knowledge” - transmitir conhecimento/informação, E – “Emotions” - permitir a expressão de emoções, S – “Strategy” - estabelecer estratégias (Buckman, 2005).

a angústia, tanto para as pessoas que recebem a notícia como para o profissional que a compartilha.

Neste âmbito não podemos esquecer, entre outros casos, a comunicação a um pai da morte do seu filho com 24 anos. É impossível não quereremos fazer melhor, é impossível não quereremos auxiliar, é impossível esquecer aquela dor!

Termos a consciência de que, com a aplicação do modelo de *Buckman*, pudemos de certa forma facilitar aquele momento de transição e auxiliar aquele pai num momento tão doloroso, não tem explicação, não dá para traduzir em palavras! Sentimos que, “só” por aquele momento, toda a aprendizagem em sala de aula já teve significado.

Esta situação em concreto, permitiu-nos também refletir sobre as limitações físicas do serviço, e a forma como muitas vezes o processo comunicacional é mal aplicado, mas ao mesmo tempo garantir, no futuro, a responsabilidade de utilização de um método eficaz de comunicação de más notícias no sentido da individualização dos cuidados, de forma a facilitar e promover respostas adaptativas eficazes em momentos tão importante do processo de transição das pessoas.

Torna-se crucial que os enfermeiros adquiram competências neste âmbito, pois a capacidade de transmitir más notícias é tão importante como qualquer outra competência, técnica ou não técnica, inerente ao cuidado do doente crítico. Enquanto enfermeiros especialistas e com responsabilidades acrescidas, nomeadamente na componente comunicacional, devemos ter uma profunda sensibilidade e profissionalismo no ato de comunicar com a pessoa e ou família, ainda mais quando transmitimos uma má notícia, como é o caso de morte inesperada.

Ser enfermeiro, como tantas vezes foi reforçado na componente teórica do mestrado, implica conhecer-se melhor para melhor comunicar. Interrogar-se sobre a representação de si mesmo é uma primeira caminhada, indispensável para quem deseja comunicar melhor, negociar ou posicionar-se de uma forma mais adequada na relação com o outro, não esquecendo que a gravidade da má notícia está sempre na perspectiva de quem a recebe e não é possível estimar o impacto que a mesma terá.

Ao longo do ENP, desenvolvemos competências que nos permitiram atuar com maior qualidade e segurança na antecipação de situações de gravidade, na gestão de protocolos

terapêuticos complexos, na gestão da dor e na relação comunicacional e terapêutica com a pessoa/família a vivenciar processos de transição.

Estas competências foram complementadas pela pesquisa da melhor evidência científica e pela autoformação, pela reflexão sobre o nosso desempenho, sobre as dificuldades e as aprendizagens, bem como pela discussão com a equipa multiprofissional, interpares e com os enfermeiros tutores.

Sem dúvida que este contexto de estágio foi uma excelente opção, pois, apesar de ser o contexto onde desenvolvemos a nossa atividade profissional, permitiu-nos, a cada experiência de aprendizagem, colmatar algumas fragilidades e evoluir no sentido de uma prestação de cuidados centrados numa perspetiva de enfermagem avançada.

1.3.6. Intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos

Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, é outra das competências específicas do EEEMCPSC (Regulamento n.º 429/2018).

Na conjuntura atual, é fulcral que os enfermeiros estejam cientes dos desafios enfrentados na prevenção e controlo de infeção associados aos cuidados por si prestados e na mais valia em termos de *outcome* da PSC.

Durante este ENP, mas também porque somos conhecedores do contexto de cuidados, verificámos que na maioria das situações há uma boa adesão dos profissionais de saúde às orientações emanadas pela DGS, mais concretamente no que às *bundles* diz respeito, como por exemplo na colocação de cateter venoso central (Circular Normativa n.º 022/2015), ou na prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical (Circular Normativa n.º 019/2015). O cumprimento destas orientações tem como objetivo maximizar a prevenção, o controlo da infeção e resistência a antimicrobianos no cuidado à PSC de acordo com a complexidade da situação e com resposta adequada e em tempo útil (Regulamento n.º429/2018).

No entanto, nas questões de prevenção da infeção cruzada, como por exemplo na adoção de precauções básicas de segurança, nomeadamente na transição de cuidados entre vários doentes, já verificámos uma adesão menor. A isto, acresce o facto do próprio contexto de cuidados não ser favorecedor destas práticas, muitas vezes pela necessidade imediata e urgente de intervenção, associada à falta de consciencialização de alguns grupos profissionais para a questão que é a prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde (IACS).

Assim, identificámos algumas oportunidades de melhoria e equacionámos os seguintes objetivos: promover a consciencialização da equipa acerca da importância da adoção de boas práticas associadas à prevenção das IACS, como a higienização das mãos, respeitando escrupulosamente os cinco momentos (DGS, 2019) e perceber o papel do GL-PPCIRA na identificação e resolução destas questões. Neste sentido optámos por estratégias centradas na formação e no acompanhamento do enfermeiro responsável pelo GL-PPCIRA durante um turno de trabalho.

As orientações emanadas pelas DGS (2017b, 2019, 2020a) desempenham um papel crucial na prevenção das infeções, no entanto, torna-se necessário que os enfermeiros estejam comprometidos com essas mesmas orientações e que trabalhem em proatividade com os responsáveis locais da GL-PPCIRA para garantir a segurança de todos, pese embora o facto dos desafios a enfrentar na prevenção e controlo das IACS.

Pela sua importância na qualidade e segurança dos cuidados prestados, a redução das IACS e as resistências aos antimicrobianos é um dos objetivos estratégicos do PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021) e uma responsabilidade da esfera de competências do EEEMCPSC (Regulamento nº429/2018).

No sentido de sensibilizar e consciencializar a equipa para a problemática das IACS, e em conjunto com a enfermeira formadora em serviço e a enfermeira elo de ligação ao GL-PPCIRA, planeámos ações de formação para a equipa que integram o plano de formação em serviço. Estas ações de formação serão realizadas em colaboração com o GL-PPCIRA e foram agendadas para o final do ano de 2023, dada a indisponibilidade de agenda do serviço para a sua realização numa data mais próxima.

Outro dos objetivos a que nos propusemos foi o acompanhamento do responsável do GL-PPCIRA. A oportunidade em acompanhar de perto este grupo de trabalho revelou-se uma mais-valia, pois pudemos verificar todo o processo associado à manutenção e respeito das

indicações da DGS (2017b) em relação à prevenção das IACS. Tivemos oportunidade de perceber a forma como é feita a gestão dos doentes e a sua alocação em camas de isolamento, bem como a autonomia que este profissional tem em termos de tomada de decisão nestas situações. Consideramos que é uma área de cuidados deveras desafiadora, quer pela escassez de recursos, mas essencialmente pelo exercício diário que é necessário fazer na gestão de vagas de isolamento em regime de internamento.

Este ENP, realizado ainda em período pandémico por SARS-CoV-2, constituiu uma experiência rica em oportunidades de desenvolvimento de competências na área da prevenção e controlo da infeção, emergindo a necessidade de procurar informação atualizada e adoção dos cuidados preconizados pelas normas e orientações da DGS.

As atividades que desenvolvemos ao longo de mesmo permitiram melhorar esta nossa competência enquanto EE e constituíram uma mais-valia no sentido de uma consciencialização e perceção das questões relacionadas com a IACS, enquanto dimensão fundamental das competências do EEEMC.

1.3.7. Intervenção em situações de emergência, exceção e catástrofe

O EE “atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência” (Regulamento nº429/2018, p.19363). Esta é outra dimensão importante a desenvolver neste ENP, e refere-se à competência “dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (Regulamento nº429/2018, p.19363).

Das várias unidades de competência associadas a esta dimensão, centrámos os nossos objetivos nas seguintes: conhecer, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe e contribuir no projeto de reestruturação do mesmo como resposta à situação de catástrofe.

A existência de um plano bem definido, assim como o seu conhecimento, é fundamental para agilização nas potenciais situações com que nos podemos deparar. Neste sentido, iniciámos pela consulta do plano de emergência e catástrofe do hospital. Verificámos que

este não se encontrava atualizado, e assim identificámos uma oportunidade de melhoria nesta área.

Em colaboração com uma mestrandia a realizar o seu projeto nessa área, participámos no projeto de reestruturação do referido plano, suportados pela melhor evidência científica. Neste âmbito, assistimos a uma formação institucional, ministrada pela colega, sobre a dinâmica do Plano de Emergência e Catástrofe e Sistema de Triage de Doentes em Situação de Catástrofe-Triage START, o que nos permitiu consolidar conhecimento acerca desta temática.

Os enfermeiros constituem o maior grupo profissional de trabalho na área da saúde na maioria dos países, encontrando-se na vanguarda da resposta de saúde para as situações de catástrofe e situações de emergência multi-vítima (ICN, 2019; Powers, 2010).

As catástrofes e as situações de emergência multi-vítima são cada vez mais frequentes em todo o mundo, existindo evidência de que o desenvolvimento prévio de *skills* dos grupos profissionais que nelas atuam, nomeadamente os enfermeiros, é muito importante para minimizar os seus efeitos (Jennings-Sanders, Frisch, & Wing, 2005).

Dada a sua imprevisibilidade, a evidência científica mostra-nos que é recomendado que todos os profissionais de saúde estejam preparados para estas situações, e que a educação e formação direcionada para esta temática é essencial para que a resposta seja eficaz e eficiente perante estas situações (OMS & ICN, 2009).

Para além da sua definição, o conceito de catástrofe “baseia-se em três componentes: afluxo intenso de vítimas, destruição de ordem material e desproporcionalidade acentuada entre os meios humanos e materiais de socorro e as vítimas a socorrer” (Bandeira, 2008, p. 45). Esta situação exige uma liderança, coordenação, destreza, serenidade, disciplina, resistência física e emocional dos múltiplos profissionais envolvidos, principalmente no momento após a ocorrência, aquando de um notório desequilíbrio entre meios e necessidades.

Assim, perante um evidente desequilíbrio entre meios disponíveis e necessidades de cuidados, surge a importância de um elemento que lidere e coordene, com destreza e disciplina, as múltiplas entidades e os múltiplos profissionais envolvidos na resposta. Cabe ao EEEMCPSC ser detentor de todas as competências acima descritas, no sentido de ser um elemento fundamental na resposta concertada a situações de catástrofe.

O plano de emergência e catástrofe local onde realizamos o ENP tem como principal objetivo garantir uma atuação eficaz perante uma situação de risco potenciadora de um afluxo anormal, que obrigue à ativação do plano de emergência.

Este plano contempla 3 níveis de resposta em situação de catástrofe:

- Nível 1 - Resposta com os recursos humanos disponíveis em serviço no hospital por turno e nas 24 horas;
- Nível 2 - Resposta com recursos disponíveis permanentemente no hospital e outros profissionais contactáveis em situações especiais;
- Nível 3 - Resposta com os recursos totais do hospital e mobilizados através da Proteção Civil.

Estes níveis de resposta articulam-se com os níveis de prioridade:

- 1ª Prioridade – Riscos de origem interna com consequências catastróficas no funcionamento normal do hospital, e que, em princípio, determina ativação de imediato da emergência de nível 2 ou 3.
- 2ª Prioridade – Riscos externos com consequência no afluxo de vítimas que ocorram ao serviço de urgência e que, pelo seu número, grau de gravidade e afluência, determinam a ativação de emergência de nível 1, 2 ou 3.

Perante a ativação do plano de catástrofe, é criado imediatamente um gabinete de crise. Este é a estrutura de comando do plano de emergência e é composto pelo coordenador do plano e pelos adjuntos por si designados.

Todos os planos de emergência têm um coordenador clínico que deve ser um médico e um coordenador de recursos humanos e de logística que deve ser um enfermeiro, o que evidencia a importância do EEEMCPSC. Assim, cabe a este profissional, responsável de turno no SU, assumir toda a gestão de recursos humanos e logística aquando da ativação do plano de emergência e catástrofe.

Emerge, assim, a necessidade dos enfermeiros EEEMCPSC se manterem atualizados no que respeita ao conteúdo do plano de catástrofe, mas também no que se relaciona com a sua operacionalização em caso de ativação. É fundamental que, no momento de ativação, e de acordo com as suas competências, estes profissionais possam dar uma resposta adequada, eficaz e eficiente às contingências e desafios de uma situação de multi-vítimas.

No decurso do ENP, não foi possível experienciar (diríamos que felizmente) nenhuma situação multi-vítimas ou de catástrofe. No entanto, também é lícito afirmar que, durante o período de realização do mesmo, enfrentámos a fase final de um período de exceção que, em consonância com as normas emanadas pela tutela, exigiu medidas direcionadas e que foram introduzidas em alguns planos de contingência desenvolvidos pelo serviço.

A pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2 impactou significativamente a organização dos serviços de saúde em todo o mundo, exigindo adaptações e reformulações para garantir a segurança dos profissionais e pacientes e para enfrentar a alta demanda de atendimento. Impôs desta forma, a necessidade de reformulação de antigos processos assistenciais, como a elaboração de novos planos de gestão clínica, em função dos desenvolvimentos na transmissão da infeção, provocada pelo vírus a nível nacional. Nesse sentido, os planos de contingência hospitalares, e do SU em particular, seguiram as orientações do Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil e DGS (DGS, 2020a).

Neste contexto tão específico, no nosso entendimento, o EEEMC deverá fazer a diferença, por possuir, para além da formação interna, conhecimento e competências para responder de uma forma positiva a uma situação de catástrofe. Estes profissionais deverão impor-se como “elos chave” em situações de crise, por possuírem habilidades de prestação de cuidados gerais, adaptabilidade, liderança e um leque de competências específicas passíveis de aplicação nos mais variados de cenários e situações de catástrofe.

**CAPÍTULO 2. A RELEVÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM:
EQUIPA DE EMERGÊNCIA MÉDICA INTRA-HOSPITALAR – A
REALIDADE DE QUEM ATIVA**

“A investigação é... um processo dialógico. É um diálogo com os participantes, os (próprios) dados, os acontecimentos que circundam o processo de investigação e os investigadores como indivíduos introspectivos ou como membros de uma equipa interactiva.”

J. M. Hall in Straubert & Carpenter (2013)

2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A investigação científica reveste-se num processo sistemático e rigoroso que permite analisar fenómenos do mundo real, com vista a encontrar respostas a questões que necessitam ser investigadas, validar e produzir novos conhecimentos que possam trazer mais na prática profissional e assegurar a credibilidade de uma profissão (Fortin, 2009b).

A Enfermagem enquanto disciplina e profissão, e na constante procura da melhoria na qualidade dos cuidados, encontra na investigação contributos essenciais para percorrer o seu caminho.

As questões relacionadas com a segurança do doente, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, têm 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. É neste sentido que a segurança do doente deve ser um objetivo primordial e sempre presente (Martins, 2017).

No mesmo sentido, sabemos que a melhoria da cultura de segurança interna ao nível 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) e no PNSD 2021/2026 (Despacho 9390/2021).

Os padrões de qualidade do enfermeiro especialista na área da PSC referem que o EE na procura contínua da excelência no exercício profissional, assegura a máxima eficácia na

organização dos cuidados de enfermagem especializados (OE, 2017c). Encontra-se também vertido no perfil de competências comuns, transversais a todas as especialidades (Regulamento n.º 140/2019), que, de forma inequívoca, a segurança do doente é essencial em todo o processo do cuidar. Daqui emerge a importância da existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional especializado, entre outros.

Identificar e tratar doentes em risco de PCR é algo que se afigura de grande complexidade, o que impõe uma intervenção centrada em processos de tomada de decisão avançados. Isto exige profissionais de saúde formados e treinados, capazes de vigiar os doentes e interpretar os sinais e sintomas observados, por forma a reconhecer antecipadamente sinais de gravidade. Uma das metodologias utilizada para a abordagem simples, mas capaz de dar resposta capaz até à chegada de ajuda diferenciada, é a abordagem ABCDE (ERC, 2021).

Dados recentes referem que, só na Europa, todos os anos ocorrem cerca de 300 000 PCR. E estes dados referem-se apenas a ambiente intra-hospitalar. Uma intervenção adequada e o mais precoce possível pode diminuir a mortalidade e melhorar os resultados em saúde destes doentes que sofrem um processo de deterioração clínica progressivo, sendo esta premissa uma realidade presente e consensual nos dias de hoje (Despacho n.º 9639/2018). Neste sentido, a implementação a nível organizacional de mecanismos que permitam a rápida identificação da emergência e uma intervenção atempada tornam-se essenciais.

Recentemente, o ERC preconizou a implementação de sistemas de emergência com a finalidade de promover a identificação precoce da pessoa em situação crítica e, assim, prevenir situações agudas que rapidamente evoluam para PCR (Soar et al., 2021).

Neste âmbito, a evidência científica recente demonstra que qualquer atraso na resposta prestada se reflete em taxas de sobrevivência menores. Em sentido oposto, nas situações em que houve uma rápida e eficiente intervenção clínica na resposta intra-hospitalar, esta reflete-se em ganhos em saúde, pois permite aumentar as taxas de sobrevivência e melhorar os ganhos em saúde para o doente (Despacho n.º 9639/2018).

Neste contexto, é crucial a existência de EEMI, que permita uma intervenção rápida e o mais precoce possível, de forma a garantir a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados. É importante que esta equipa seja composta por profissionais capacitados e treinados, otimizando uma resposta rápida e eficiente em situações de emergência médica. Além da resposta imediata a situações de PCR, estas equipas são

ativadas também, e de acordo com o preconizado recentemente, em situações de significativa deterioração fisiológica aguda.

Constatamos, através de várias ordens profissionais e organizações com credibilidade, que a caracterização e adjetivação direcionadas a estas áreas demonstram uma necessidade contínua de profissionais altamente qualificados: sendo o doente crítico aquele cuja vida está ameaçada por falência efetiva ou iminente de uma ou mais funções vitais e onde a sua sobrevivência se encontra dependente de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (OE, 2018b; Sociedade Portuguesa Cuidados Intensivos [SPCI], 2023). Nesta linha de pensamento, é consensual nos profissionais de saúde a preocupação quanto à forma de atuação perante o doente crítico.

O enfermeiro tem assumido, cada vez de uma forma mais vincada, um papel preponderante nesta área da emergência médica. Este contexto de intervenção exige por si só inúmeras competências que os enfermeiros devem assumir, mobilizar e desenvolver no seu trabalho diário, mais concretamente no atendimento à PSC e família.

2.1.1. Equipa médica de emergência intra-hospitalar na intervenção à pessoa em situação crítica

O conceito de EEMI, também reconhecida inicialmente como equipa de resposta rápida ou equipa de reanimação, foi desenvolvido na década de 90, inicialmente em alguns hospitais da Austrália, América do Norte e só posteriormente na Europa Ocidental (Czempik et al., 2019; Moreira et al., 2018). Estes hospitais, após constatarem que os doentes desenvolviam sinais de deterioração clínica que antecedem a PCR, verificaram a necessidade de repensarem uma estratégia de intervenção precoce a esses mesmos doentes.

Um estudo de Difonzo e Bisceglie (2015), desenvolvido num hospital antes de serem implementadas equipas de emergência interna, que analisou doentes com instabilidade hemodinâmica internados em enfermarias hospitalares, concluiu que, em algumas situações, estes não tiveram uma resposta adequada ou uma abordagem em tempo útil às suas situações de agravamento clínico.

Este tipo de evidência científica leva assim a uma mudança de paradigma, em que o objetivo inicial deixou de ser a intervenção na reanimação cardiorrespiratória (apenas depois de verificada a PCR), mas sim atuar na detecção antecipada de sinais de instabilidade, criando-se uma cultura de prevenção (INEM, 2019; Moreira, et al., 2018).

Esta alteração faz com que estas equipas, que eram descritas como equipas de reanimação, passassem a ser descritas como Equipas de Emergência Médica Intra-hospitalares, integradas em sistemas de resposta rápida (Leach & Mayo, 2013). Estas últimas diferenciam-se 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).

A existência da EEMI melhora as percentagens de morbidade e mortalidade intra-hospitalar, ao propor metodologias de sistematização da avaliação dos doentes críticos e uma intervenção precoce por parte de equipas diferenciadas (DGS, 2010).

Em Portugal, a criação e implementação de EEMI é ainda uma realidade recente em comparação com o panorama internacional (Valente et al., 2017). O mesmo autor refere que num hospital português, onde a EEMI foi criada e implementada desde 2013, foram analisadas as ocorrências da mesma durante 4 anos consecutivos e constataram uma taxa média de melhoria clínica de 57% dos casos que foram alvo de intervenção destas equipas, 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%, no final desses mesmos 4 anos. Estes dados vêm corroborar os estudos internacionais, referidos neste RNP, que evidenciam a importância do papel destas equipas na diminuição das taxas de morbidade e mortalidade, e desta forma, nos ganhos em saúde para a população.

Para além da obtenção de melhores percentagens de sobrevivência após PCR, inúmeras outras vantagens da implementação das EEMI foram descritas, tais como a redução de transferências de situações de emergência não planeadas para os cuidados intensivos, menor tempo de internamento nesses mesmos serviços e redução das taxas de mortalidade pós-operatória (Etter et al., 2014).

É importante destacar que a criação e implementação de EEMI deve ser encarada como uma prioridade para os serviços de saúde, uma vez que a evidência científica sustenta a sua eficácia na melhoria dos resultados em saúde dos doentes em situação crítica (ERC,

2021). Nesse sentido, é fundamental que cada instituição de saúde promova uma cultura de segurança e prevenção, em que a implementação de sistemas de resposta rápida e a existência de equipas especializadas para a gestão de situações críticas seja encarada como uma medida indispensável na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Reconhecida a importância da intervenção das EEMI na abordagem ao doente crítico, a DGS emitiu em 2010 a Circular Normativa que recomenda a sua criação e implementação 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).

A Nota Informativa n.º 2, também descreve 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. Esta posição é consonante com os vários estudos, que consideram que as EEMI trazem enormes mais valias em termos de resultados em saúde do doente e, de igual forma, promovem a formação na área da PSC e garantem uma equipa organizada para situações de emergência clínica (OE, 2017a).

Neste sentido em Portugal, ao longo destes últimos anos, 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 na sua base dois ramos. A EEMI, na sua atuação diferenciada, constitui o **Ramo Eferente** de todo o processo, enquanto que o **Ramo Aferente**, neste caso atribuído aos enfermeiros dos serviços de internamento, reveste-se de uma importância fulcral pois permite o reconhecimento do doente em risco de falência multiorgânica e a rápida ativação do sistema de emergência interna (Barbosa et al., 2016).

Qualquer falha na ativação, por parte da via aferente, tem um impacto potencialmente negativo no prognóstico do doente, bem como encargos óbvios para a unidade hospitalar. Em situações clínicas nas quais foram detetados atrasos na ativação da EEMI, observou-se associadamente 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 implementação de estratégias centradas no reconhecimento precoce dos doentes em risco de vida deve ser objetivo primário. 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 seguinte.

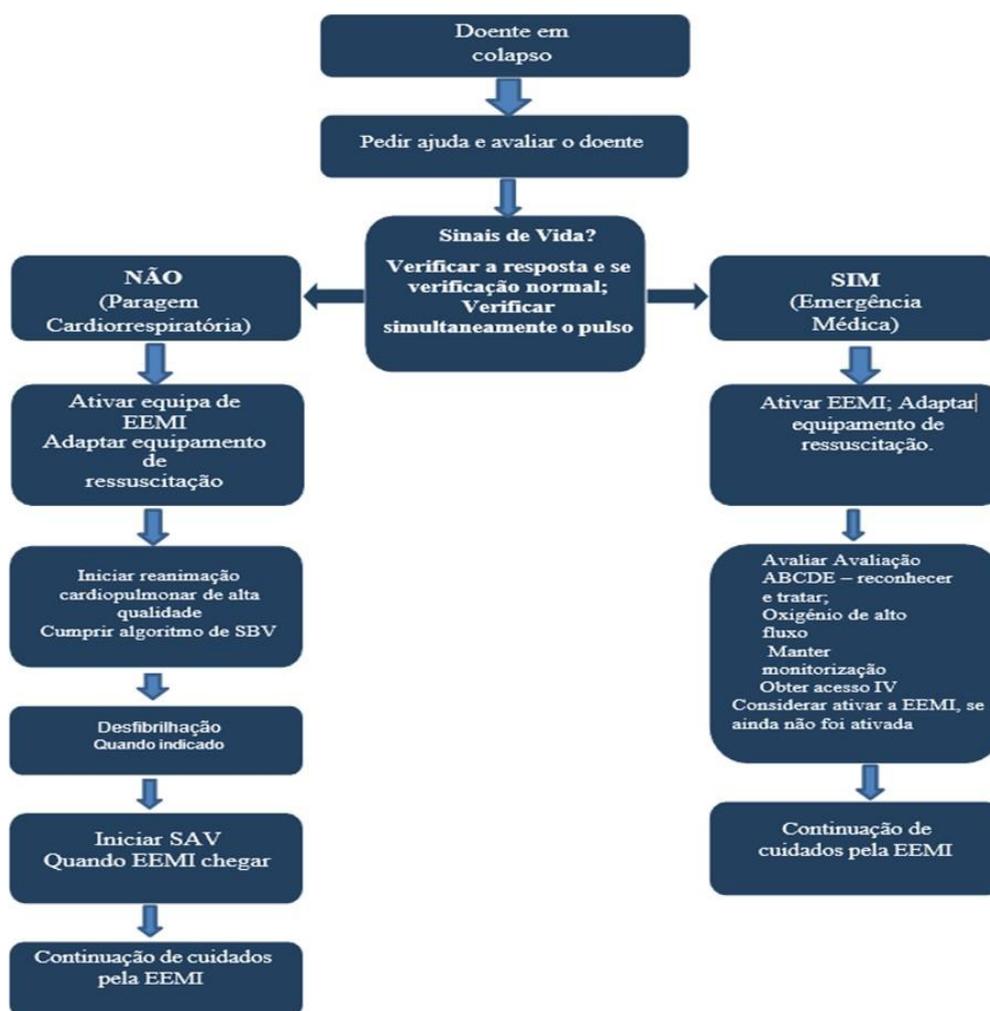


Figura 3 - Algoritmo de reanimação intra-hospitalar (adaptado de Soar et al.,2021).

No contexto onde decorreu este ENP, a implementação da EEMI foi aprovada em reunião de Conselho de Administração em 18/10/2018, através do procedimento: “Ativação do Sistema Integrado de Emergência Médica” e obedece ao imperativo legal imposto pela Circular Normativa Nº 15/DQS/DQCO de 22/06/2010.

Refere que, de acordo com o recomendado pelo ERC, pelo *European Board of Anaesthesiology* (EBA) e pela *European Society of Anaesthesiology* (ESA), é constituída por um médico e um enfermeiro com competências na abordagem do doente crítico e em técnicas de reanimação e, ativada pelo número 2222 de acordo com os critérios de sinalização estabelecidos (Figura 4). Além da resposta imediata a situações de PCR, estas equipas, de acordo com o preconizado recentemente, são ativadas também em situações de significativa deterioração fisiológica aguda.



Figura 4 - Algoritmo de emergência hospitalar (Fonte: Portal do hospital).

A mesma circular refere que a sua implementação pressupõe requisitos e/ou áreas de intervenção obrigatórias, tais como:

- Recursos Humanos: desta equipa fazem parte um médico e um enfermeiro; ambos com formação em SAV e experiência (mínimo 1 ano) no atendimento de

emergência. Normalmente os profissionais escalados são: um dos médicos da escala de urgência de medicina interna (ou outro médico, definido na escala de urgência afixada) e um enfermeiro do SU (sinalizado no plano de trabalho afixado).

- Critérios de ativação da EEMI: os critérios são os preconizados pela SPCI para definir doente crítico e a equipa pode ser ativada para qualquer setor do hospital (exceto SU e Bloco operatório). Existe também a indicação de que a sensibilização para a correta aplicação destes critérios deverá ser efetuada, permanentemente, junto de todos os profissionais da Instituição. Sempre que seja ativado o “Plano de Catástrofe”, a EEMI suspende o seu funcionamento.
- Ações imediatas de reanimação: as adequadas para o doente crítico, de acordo com os diferentes critérios de ativação preconizadas no algoritmo.
- Comunicação: existe um telemóvel de emergência (nº: 2222), na posse do médico responsável por esta atividade e sempre que, por qualquer razão o médico não atenda, a chamada será transferida para o telemóvel de emergência (nº: 2223) na posse do enfermeiro. Os dois intervenientes desta equipa deverão, obrigatoriamente, transferir o respetivo telemóvel (em condições de utilização) para o colega que os substitua no turno seguinte.
- Equipamento/material: esta equipa possui um saco/mochila com um monitor/desfibrilhador portátil, uma bala de oxigénio e um aspirador portátil. Cabe ao enfermeiro fazer a verificação diária (turno da manhã) da funcionalidade do monitor/desfibrilhador e semanalmente a verificação do saco de material.
- Formação: tal como referido anteriormente, ambos os elementos da equipa deverão possuir formação em SAV e experiência mínima de 1 ano em emergência. De forma a garantir a qualidade dos cuidados na abordagem ao doente crítico, existe também a indicação de que toda a equipa deverá ser sujeita, anualmente, a treinos de perícia e prática simulada.
- Registos: após cada ativação, a equipa deverá preencher um formulário específico (presente no interior do saco), que terá que ser arquivado.

2.1.2. Critérios para ativação da equipa médica de emergência intra-hospitalar

As unidades hospitalares onde estão implementadas as EEMI têm predefinidos os critérios para a ativação da mesma, que se baseiam na avaliação de parâmetros respiratórios, circulatórios e neurológicos, que podem ser identificados de forma fácil e rápida pelos enfermeiros dos serviços de internamento, tendo estes papel preponderante, pois são os que estão no cuidado direto ao doente (Etter et al., 2014).

É fundamental o conhecimento dos critérios que desencadeiam toda esta cascata de resposta, principalmente por parte dos profissionais que colaboram no ramo aferente, quer sejam os critérios de chamada ou o mecanismo de ativação, que irá mobilizar o ramo eferente (Winters et al., 2013).

Neste sentido, é importante que os critérios de ativação da EEMI sejam claros, objetivos e baseados em evidência, de forma a permitir uma ativação rápida e eficiente da equipa. Além disso, é fulcral que haja uma comunicação efetiva entre os profissionais que identificam a emergência e os membros da EEMI, de forma a garantir uma intervenção precoce e adequada.

Em Portugal, os critérios de ativação da EEMI foram publicados pela DGS, através da publicação da Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO (2010) e estão definidos segundo uma abordagem - ABCD - *Airway, Breathing, Circulation e Disability*.

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

Esta avaliação do doente crítico é realizada de forma rigorosa e segundo parâmetros que englobam via aérea, ventilação, circulação e, por fim, o sistema neurológico, como poderemos verificar no quadro seguinte.

Quadro 1 - Critérios de Ativação da EEMI (adaptado da circular normativa nº15/DQS/DQCO, 2010)

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

A EEMI deve ser de fácil ativação, segura, rápida e eficaz, a partir de qualquer ponto da unidade hospitalar, com a utilização de um sistema de rádio ou telemóvel. O ERC, o EBA e a ESA, em 2017 assumiram em conjunto a recomendação para que todos os hospitais europeus utilizem o mesmo número de telefone interno (2222) para ativação destas equipas (Despacho n.º 9639/2018).

Assim, a nível nacional, o mesmo despacho, determina que os estabelecimentos hospitalares do SNS, independentemente da sua designação, adotem o n.º 2222 na rede interna para ativação da EEMI, até finais de março de 2019.

Refere também que a preferência pelo número 2222 torna-se uma mais valia, nomeadamente pelo facto de ser fácil de memorizar e de digitar. A uniformização é um mecanismo de redução do erro e é estabelecida como medida de segurança do doente e como melhoria da qualidade.

Como tal, todos os profissionais devem ter conhecimento do número de ativação da emergência intra-hospitalar em vigor no seu local de trabalho. 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).

2.1.3. A intervenção do enfermeiro especialista em emergência intra-hospitalar

A competição, o forte impacto da tecnologia e as rápidas mudanças tornam-se os maiores desafios para uma organização que quer vingar no mundo empresarial. A vantagem competitiva das empresas torna-se, assim, na forma de como o conhecimento das pessoas é utilizado e em que área é aplicado, de forma a colocá-lo logo e eficazmente em ação, na busca de soluções satisfatórias e serviços de inovação (Chiavenato, 2014).

Desde cedo que a OE realça a importância da gestão dos recursos humanos em função das divergências profissionais, ou seja, potenciar estas características por meio, por exemplo, da área de exercício profissional.

De acordo com o Regulamento nº 429/2018, os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. São cuidados de enfermagem que exigem sistematização, observação, colheita e procura contínua, com o objetivo de conhecer a situação da pessoa alvo de cuidados e de prever e idealmente detetar precocemente as complicações.

Também as competências acrescidas atribuídas pela OE (2018a) nascem desta necessidade de demonstrar e validar as competências que os enfermeiros vão adquirindo ao longo do seu percurso profissional. Por outro lado, verificamos que, acrescentando a este conjunto de competências profissionais, também é importante um conjunto de características e habilidades pessoais que podem potenciar os cuidados de saúde de excelência, uma vez que o profissional está motivado e perfeitamente integrado no contexto de exercício profissional.

Como já anteriormente referido na Circular Normativa nº 15/DQS/DQCO de 22 (DGS, 2010), as EEMI têm como principal missão uma resposta de atuação imediata e está preconizado que estas equipas de emergência interna devem ser constituídas por profissionais diferenciados. Neste contexto, o EEEMCPSC assume-se como detentor de competências adequadas para a integrar.

Citando o Parecer N.º 09, emitido pela Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2017b)

o conselho de Enfermagem na nota informativa n.º 2/2017 expõe como objetivos destas equipas: reduzir a mortalidade, reduzir tempo de internamento, reduzir efeitos de Paragem Cardiorrespiratória, promover a formação na área da pessoa em situação crítica; garantir uma equipa organizada a situações de emergência clínica. (p.1)

Assim, com base nesta norma, é de ter em conta não só a necessidade de implementação de EEMI na prestação de cuidados a pessoas em situação crítica, mas também a motivação para estudar esta área, poder contribuir para a visibilidade da autonomia, responsabilidade e qualificação no processo do cuidar da pessoa em situação crítica, por parte do enfermeiro.

Tendo em conta o referido, 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).

Os profissionais que constituem a 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).

Enquadrado neste pressuposto, as instituições hospitalares devem operacionalizar programas de formação com recertificação regular em Suporte Básico de Vida (SBV), Suporte Imediato de Vida (SIV) e 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).

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).

2.2. PERCURSO METODOLÓGICO

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 (2009a), 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 à aquisição de novos conhecimentos. É um método dotado de um poder descritivo e explicativo dos factos, dos acontecimentos e dos fenómenos em estudo. Segundo a mesma autora, é na fase metodológica que o investigador determina os meios a utilizar para obter as respostas às questões de investigação definidas. O desenho da investigação deverá ser rigoroso em todos os pontos, para assegurar a fiabilidade dos dados assim como a qualidade dos resultados.

No hospital onde realizamos o ENP, diversas vezes são verificadas situações emergentes de deterioração clínica ou até mesmo de PCR em doentes internados. Surgiu, desta forma, a dúvida se a dinâmica da emergência interna será a mais correta, e no mesmo sentido, procurando perceber mais profundamente a opinião dos enfermeiros do internamento (que desempenham a via aferente) relativamente à EEMI da sua instituição.

Como refere Fortin (2009b), “(...) na construção do problema de investigação deve considerar-se que este seja uma situação que necessita de uma elucidação ou de uma modificação” (p. 32). Percebemos também, neste percurso, que a evidência científica produzida no âmbito da dinâmica da EEMI, em Portugal, ainda é limitada.

No entanto, 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 morbilidade. É por isso fundamental a implementação de mecanismos organizacionais que permitam a sua rápida identificação e instituição atempada de terapêutica otimizada (DGS, 2010).

No seguimento destas recomendações, é importante a implementação de estratégias centradas não só no reconhecimento precoce dos doentes em risco e na decisão atempada

em ativar a equipa de emergência interna, mas também no ato de fazer chegar junto dos mesmos os profissionais mais capacitados para esta abordagem. Desta forma, com este estudo, pretendemos conhecer melhor o funcionamento da EEMI, contribuir para otimizar a dinâmica do seu funcionamento, para eliminar possíveis entraves ao processo, para melhorar a segurança e qualidade nos cuidados prestados e assim aperfeiçoar a qualificação no processo do cuidar à PSC. Por outro lado, assumir a responsabilidade profissional individual, nomeadamente, de EEEMCPSC, como está definido nas suas competências específicas (Regulamento n.º 429/2018).

Após entrevista informal com dois chefes de serviço, pela observação e pela pertinência que este tema despertou, percebemos que constitua uma problemática que necessitava ser objeto de estudo.

Com base nestes pressupostos surgiu a questão de investigação que sustenta este estudo: “Qual a perceção dos enfermeiros dos serviços de internamento acerca da intervenção da EEMI?”. Para dar resposta à questão de investigação, formulámos o seguinte objetivo geral: compreender a perspetiva dos enfermeiros dos serviços de internamento adulto sobre a intervenção da EEMI nestes contextos.

Como objetivos específicos pretendemos:

- Descrever os contributos que os enfermeiros dos serviços de internamento atribuem à intervenção da EEMI;
- Perceber os fatores que interferem na ativação da EEMI;
- Identificar oportunidades de melhoria que permitam otimizar a intervenção da EEMI.

Esperamos que os resultados obtidos com este estudo permitam otimizar estratégias no sentido de tornar a EEMI da instituição mais eficaz, eficiente, efetiva e equitativa, traduzindo-se em ganhos em qualidade e segurança dos cuidados, em particular dos cuidados de enfermagem à PSC.

Conscientes de que o percurso nem sempre será retilíneo e que os limites e dificuldades estão inerentes ao desenvolvimento de qualquer projeto, o principal desejo 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.

Assim, neste subcapítulo, apresentamos o caminho percorrido e as decisões tomadas, com o intuito de descrever de forma sucinta e clara as linhas orientadoras que nortearam o desenvolvimento do estudo, justificando as decisões metodológicas no que respeita ao tipo de estudo, ao contexto onde foi realizado, à população alvo, aos instrumentos de recolha de dados e de tratamento desses mesmos dados e preceitos éticos que devem acompanhar toda a investigação.

2.2.1. Tipo de estudo

Para que o percurso, desde as interrogações iniciais de um estudo, se processe de forma rigorosa e credível na busca de respostas e de novos conhecimentos, deve seguir-se um conjunto de passos completamente definidos (Fortin, 2009a).

A mesma autora acrescenta ainda que os métodos de investigação científica utilizados pelos investigadores devem estar de acordo com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as suas preocupações e objetivos de investigação. Podemos, assim, recorrer aos métodos de investigação quantitativa e/ou qualitativa na construção e desenvolvimento do conhecimento científico.

Atendendo aos pressupostos teóricos e aos objetivos propostos, projetámos um estudo exploratório-descritivo, transversal, assente no paradigma qualitativo. A perspetiva qualitativa nasce dos movimentos que criticam o mecanicismo e o reducionismo da visão quantitativa ou positivista. Assim, a investigação qualitativa descreve os fenómenos através de palavras, em vez de ser por números ou medidas (Coutinho, 2023). No método de investigação qualitativa, o investigador está preocupado com uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo. Ele observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los. Este tipo de abordagem tem por finalidade descrever ou interpretar, mais do que avaliar, e o seu objeto de estudo são as intenções e situações, ou seja, desvendar significados nas ações individuais e nas interações sociais a partir da interpretação dos participantes (Fortin, 2009a).

Optámos por um estudo exploratório-descritivo, dado que os estudos exploratórios têm como objetivo “examinar um tema ou problema de pesquisa pouco estudado, do qual se

tem muitas dúvidas ou não foi abordado antes” e “servem para nos familiarizarmos com fenómenos relativamente desconhecidos” (Sampieri et al., 2013, p. 79).

Os estudos descritivos “...visam compreender fenómenos vividos por pessoas, categorizar uma população ou conceptualizar uma situação” (Fortin, 2009b, p. 221). Segundo a mesma autora, estes baseiam-se em questões de investigação ou objetivos e não em hipóteses.

Elegemos este tipo de estudo uma vez que pretendemos explorar e descrever um fenómeno (a perceção da importância da EEMI pelos enfermeiros dos serviços de internamento) e perceber como esse mesmo fenómeno se manifesta.

Trata-se de um estudo que assenta num modelo não experimental e transversal, uma vez que os dados serão recolhidos num único momento, obtendo um recorte momentâneo do fenómeno a investigar.

2.2.2. Contexto do estudo e participantes

Atendendo às características e objetivos do nosso estudo, realizámos o mesmo nos serviços de internamentos de adultos, no hospital onde decorreu o ENP, sendo a população alvo constituída por todos os enfermeiros que integrem e exerçam funções nas equipas de internamento.

A preferência por este território deveu-se, essencialmente, ao fato de querer conhecer o fenómeno em estudo nesta população específica e, desta forma, contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à PSC, através da análise do fenómeno em meio natural e na perspetiva dos seus intervenientes.

De acordo com Fortin (2009b), população de estudo é “uma coleção de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios” (p. 202). Neste sentido, qualquer estudo de investigação impõe a seleção e limitação do seu campo, de forma a identificar o que vai ser observado, pelo que define população alvo e população acessível. Assim, “a população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente”, sendo a população acessível uma “porção da população alvo que é acessível ao investigador” (p. 202).

Nos estudos qualitativos, é mais adequado utilizar o termo participantes do que amostra, representando estes um grupo de sujeitos que pertencem à população alvo do estudo, tendo sido selecionados intencionalmente.

Na amostra não probabilística intencional, também designada por amostragem por seleção racional, o investigador escolhe incluir determinados sujeitos em função de características típicas (Fortin, 2009a).

Atendendo à saturação teórica dos dados em pesquisa qualitativa, a amostra foi constituída por 12 enfermeiros do internamento que responderam aos seguintes critérios de inclusão: (1) exercer funções no serviço de internamento; (2) experiência profissional no serviço, igual ou superior a 5 anos, (3) em horário rotativo e (4) aceitarem participar no estudo.

A caracterização dos participantes relativamente à idade, sexo, formação académica, tempo de serviço no internamento e tempo de experiência profissional, encontra-se expressa na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização Demográfica e Profissional

Idade (anos)	≤ 30	≥ 31 e ≤ 40	≥ 41 e ≤ 50	≥ 51
	1	6	3	2
Sexo	Masculino	Feminino		
	3	9		
Formação académica	Licenciatura	Pós-graduação	Especialidade	Mestrado
	9	4	2	3
Tempo de exercício profissional (anos)	≥ 5 e ≤ 10	≥ 11 e ≤ 20	≥ 21	
	6	4	2	
Tempo de exercício profissional no serviço (anos)	≥ 5 e ≤ 10	≥ 11 e ≤ 20	≥ 21	
	6	4	2	

Como podemos observar, a maioria dos entrevistados situa-se entre os 31 e os 40 anos, com seis dos entrevistados a encontrarem-se nesse intervalo. Um dos entrevistados apresenta idade igual ou inferior a 30 anos e os restantes cinco com mais de 41 anos de idade.

No que concerne ao sexo, predominou o feminino com 75% (9 elementos) e os restantes 25%, do género masculino (3 elementos). Este predomínio do sexo feminino é justificável pela natureza da própria profissão, exercida maioritariamente por mulheres (OE 2022).

Os dados estatísticos relativos ao número de enfermeiros ativos inscritos na OE revelam isso mesmo, com o sexo feminino a assumir a maioria dos efetivos de enfermagem no país (82,34%) e o sexo masculino com apenas 17,66%, apesar de se verificar uma tendência ascendente relativa ao sexo masculino, ao longo dos últimos anos (OE, 2022).

Todos os participantes no estudo possuem o grau académico de licenciatura em Enfermagem. Relativamente à formação pós-graduada, dois enfermeiros detêm especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica, quatro cursos de pós-graduação na área do doente crítico e três possuem mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Relativamente à experiência profissional, dois possuem menos de 10 anos de experiência profissional, sete entre 11 e 20 anos e os restantes três possuem mais de 20 anos de experiência profissional. O tempo de experiência pode ser benéfico pela segurança que confere à equipa e ao doente. A importância das experiências pessoais é essencial na construção profissional, pois grande parte do conhecimento dos enfermeiros está confinada à prática (Benner, 2001).

Pelas características do estudo, tornou-se também importante saber qual o número de anos de experiência profissional no serviço, sendo que metade exerce a atividade profissional no serviço entre 5 e 10 anos, enquanto que os restantes possuem mais que 10 anos de experiência no serviço. Isto significa que existe, por parte destes elementos, um conhecimento efetivo da organização de trabalho no próprio serviço e mesmo da estrutura de articulação hospitalar, incluindo na cadeia de intervenção em situações de emergência intra-hospitalar.

2.2.3. Instrumento e procedimento de colheita de dados

A colheita sistemática de informações junto dos participantes através do uso de instrumentos de medida selecionados corresponde à colheita de dados (Fortin, 2009b). Neste sentido, em função do tipo e objetivos do estudo, é da responsabilidade do investigador determinar o instrumento de medida mais adequado, pois os dados podem ser colhidos de variadas formas junto dos sujeitos.

Dada a natureza deste estudo, o instrumento de recolha de dados utilizado foi a entrevista semiestruturada. A opção pela entrevista deve-se ao facto de esta representar um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre os participantes e o entrevistador, e representar um dos instrumentos essenciais na recolha de dados em abordagens qualitativas e exploratórias (Lessard-Hébert et al., 1990). Enquanto técnica de recolha de dados, é bastante adequada para obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, assim como das suas explicações ou razões a respeito das situações precedentes (Fortin, 2009b).

De acordo com a mesma autora, e no que concerne ao modelo de estrutura das perguntas, recorre-se à entrevista semiestruturada quando o entrevistador pretende obter mais informação que a obtida com as questões pré-determinadas (2009b). Vilelas (2020) salienta que neste tipo de entrevistas, o entrevistado tem a possibilidade de relatar as suas experiências e vivências sobre o tema que lhe é proposto e consubstancia-se ainda na possibilidade de que, através da interação entre entrevistador e entrevistado, possam surgir novas questões e novos dados não considerados previamente, assim como em não limitar as respostas.

Com a intenção de organizar o tempo e estruturar a sequência das questões a colocar aos enfermeiros, elaborámos um guião da entrevista com base nos objetivos do estudo. As primeiras questões referem-se a aspetos sociodemográficos e profissionais. Nas restantes questões, procurámos obter informação relativa à perceção dos enfermeiros face à importância da EEMI, aos fatores que influenciam esse processo, assim como sugestões de melhoria da dinâmica da emergência intra-hospitalar.

O instrumento foi submetido a pré-teste com dois enfermeiros que reuniam condições similares aos participantes na pesquisa. Este pré-teste permitiu avaliar a adequabilidade e pertinência do guião face aos objetivos traçados, e assim treinar a condução da entrevista por parte do entrevistador. Finalizado o mesmo, considerou-se não ser necessária qualquer alteração, tendo sido mantida a versão inicial (Apêndice X).

A colheita de dados foi realizada, após autorização das Comissões de Ética e de Proteção de Dados do Hospital, entre os meses de dezembro de 2022 e janeiro de 2023 e registada em suporte áudio.

Referir também que, previamente à colheita de dados, foi efetuado contacto com o enfermeiro gestor de cada serviço, comunicando os objetivos do estudo e solicitando um local adequado para a colheita dos dados, de acordo com a questão da privacidade necessária à condução da entrevista.

Por último, foram contactados os enfermeiros que reuniam as condições de inclusão no sentido de questionar a sua disponibilidade para participarem no estudo e, em caso afirmativo, foi agendada a realização da entrevista, na sala disponibilizada para o efeito e que, desta forma, garantiu o clima de privacidade e de confiança necessários para o momento. Foi solicitada e autorizada por cada participante a gravação em áudio do conteúdo da entrevista.

2.2.4. Procedimento de análise de dados

Terminada a colheita de dados, estes foram transcritos integralmente respeitando todas as palavras bem como o seu sentido. A transcrição integral dos dados foi assumida como o corpo principal para a pesquisa a realizar.

O tratamento da informação foi realizado de acordo com a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2022). Esta autora considera esta metodologia como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Nesta perspetiva, sublinha a autora, o investigador tira partido do tratamento das mensagens com o objetivo de inferir (deduzir de maneira lógica) conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio.

Ainda segundo a mesma, a metodologia apresenta quatro etapas fundamentais, utilizadas de forma sequencial, e que se tornaram guias do processo de análise dos dados obtidos e que caracterizam a metodologia de análise de conteúdo. São elas: (1) organização da análise, (2) exploração do material ou codificação, (3) categorização e (4) inferência (2022).

Abordando brevemente cada uma das fases, a fase de organização da análise subdivide-se em torno de três eixos: inicia-se com a pré-análise, que corresponde à organização propriamente dita, seguindo-se a exploração do material com aplicação sistemática de operações de codificação, decomposição ou enumeração e, por fim, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos mesmos.

Na fase da exploração do material ou codificação, os dados em bruto são transformados e agregados em unidades e categorias, permitindo uma representação do conteúdo ou da expressão do mesmo, possibilitando uma descrição exata das características pertinentes desse conteúdo.

A categorização, considerada pela autora como a fase mais problemática, mas também a mais criativa, corresponde a uma classificação de elementos constitutivos de um conjunto através da diferenciação e, posteriormente, reagrupar segundo o género, com os critérios previamente definidos.

Por último, a inferência, que corresponde de uma forma lógica à dedução de conhecimentos sobre o emissor ou sobre o seu meio. Através desta inferência, pretende-se, de uma forma controlada e explícita, ultrapassar a fase da descrição (características do texto resumidas após tratamento) e chegar à interpretação (significado atribuído a estas características).

Orientados por esta linha de pensamento e percorridos todos estes passos, passámos então a tratar o material recolhido, codificando-o e, desse modo, permitindo uma representação do seu conteúdo, suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto (Bardin, 2022). Para este processo, tomámos por base os objetivos definidos para este estudo e que serviram de orientação na exploração do material recolhido.

O sistema de categorização construiu-se na interação entre o quadro teórico e os objetivos do estudo, definindo áreas temáticas antes da fase empírica, e as categorias e subcategorias emergiram do corpus de análise.

A mesma autora enuncia alguns princípios de qualidade para o adequado agrupamento de dados semelhantes em áreas temáticas, categorias e subcategorias, os quais foram respeitados na elaboração das mesmas: exclusão mútua, segundo a qual cada elemento não pode constar em mais de uma categoria; homogeneidade, que implica sempre o uso do mesmo critério de classificação; pertinência, que implica que a categoria deverá estar adaptada ao material e objetivos da investigação; objetividade e fidelidade, que implicam que as categorias devem traduzir o verdadeiro sentido dos dados e serem definidas da mesma forma por analistas diferentes; produtividade, que permite a possibilidade de resultados férteis em dados concretos, conclusões novas e em índices de inferências.

O quadro de análise final resultou da discussão e consenso entre a análise do investigador, tutor e orientador académico. As áreas temáticas, categorias e subcategorias, bem como as respetivas unidades de significação, encontram-se expressas no subcapítulo seguinte, correspondente à análise e discussão dos resultados obtidos.

2.2.5. Procedimentos formais e éticos

Segundo o Código Europeu de Conduta para a Integridade da Investigação, 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).

Ética em investigação diz respeito à qualidade dos procedimentos do início ao fim da pesquisa, desde a pertinência do problema à validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento e à sua divulgação (Nunes, 2011).

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, no entanto, também poderá comprometer a individualidade e integridade dos participantes (Fortin, 2009a).

Para a realização do presente estudo foi solicitado e obtido: autorização ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital e Parecer da Comissão de Ética e de Proteção de Dados da instituição, sendo autorizado com o parecer favorável (Anexo IV).

Para Polit, (2004, p. 151) “(...) o consentimento informado significa que os participantes possuem informação adequada relativamente à investigação; são capazes de compreender a informação e têm o poder de escolher livremente, capacitando-os a escolherem voluntariamente participar na investigação ou declinar”.

Com este intuito, os participantes no estudo foram informados da finalidade, dos objetivos, dos riscos e qual o fim da informação colhida. Os enfermeiros deram o seu consentimento livre e esclarecido através da assinatura de um formulário de consentimento, sendo também salvaguardado direito dos mesmos de se retirarem do estudo sempre e quando o entendessem (Apêndice XI).

Foi salvaguardado o anonimato dos enfermeiros envolvidos, respeitando o carácter confidencial das informações colhidas, sendo que as mesmas não serão utilizadas por terceiros. De forma a garantir a confidencialidade dos dados, as entrevistas foram gravadas em suporte digital num dispositivo encriptado por palavra-passe, acedido apenas pelos investigadores, tendo apenas o objetivo da transcrição *à posteriori* para análise do seu conteúdo. Estas foram destruídas em formato digital e mantidas em formato de transcrição durante dois anos, após o término do trabalho, para possível publicação, sendo destruídas posteriormente.

Por forma a manterem-se os princípios mencionados anteriormente, foram atribuídos códigos numéricos a cada entrevista (de E1 a E12), de modo a preservar a anonimização dos participantes.

Comprometeu-se o investigador à divulgação, junto dos participantes, dos resultados obtidos no estudo, quando o mesmo fosse concluído.

Assim, a nossa postura na investigação pautou-se pelo respeito da inclusão de informantes livres e esclarecidos, da proteção dos dados e da confidencialidade das informações pessoais prestadas, sendo respeitados todos os princípios éticos inerentes ao processo investigativo.

2.3. ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste subcapítulo procedemos à apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos através das entrevistas realizadas aos enfermeiros do contexto de internamento onde decorreu o estudo. Em conformidade com os objetivos, emergiram da análise dos dados as seguintes áreas temáticas: contributos da EEMI na intervenção à PSC nos serviços de internamento, fatores que interferem na ativação da EEMI pelos enfermeiros do internamento e sugestões de melhoria da dinâmica da EEMI (Figura 5).

A matriz de análise, com áreas temáticas, categorias, subcategorias e unidades de registo encontram-se no apêndice XII.

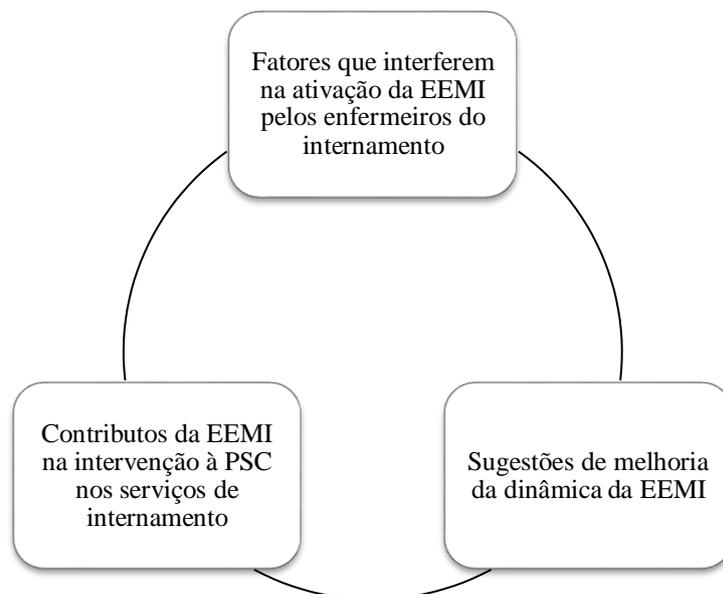


Figura 5 - Áreas temáticas.

De seguida, passamos à apresentação, descrição, análise e discussão dos resultados que emergiram em cada área temática, categorias e subcategorias. A representação de cada área temática, categorias e subcategorias encontram-se apresentadas em figuras.

Contributos da EEMI na intervenção à PSC nos serviços de internamento

Conhecer os contributos da EEMI na intervenção à PSC nos serviços de internamento foi um dos nossos propósitos, que efetivamos através de entrevista.

Dos dados obtidos emergiram cinco categorias: **relacionados com a segurança nos cuidados, relacionados com a melhoria dos resultados em saúde, relacionados com o apoio aos enfermeiros dos serviços de internamento, relacionados com os cuidados prestados e relacionados com a equipa de emergência médica intra-hospitalar.** As unidades de análise para cada categoria foram agrupadas em subcategorias, conforme ilustra a Figura 6.

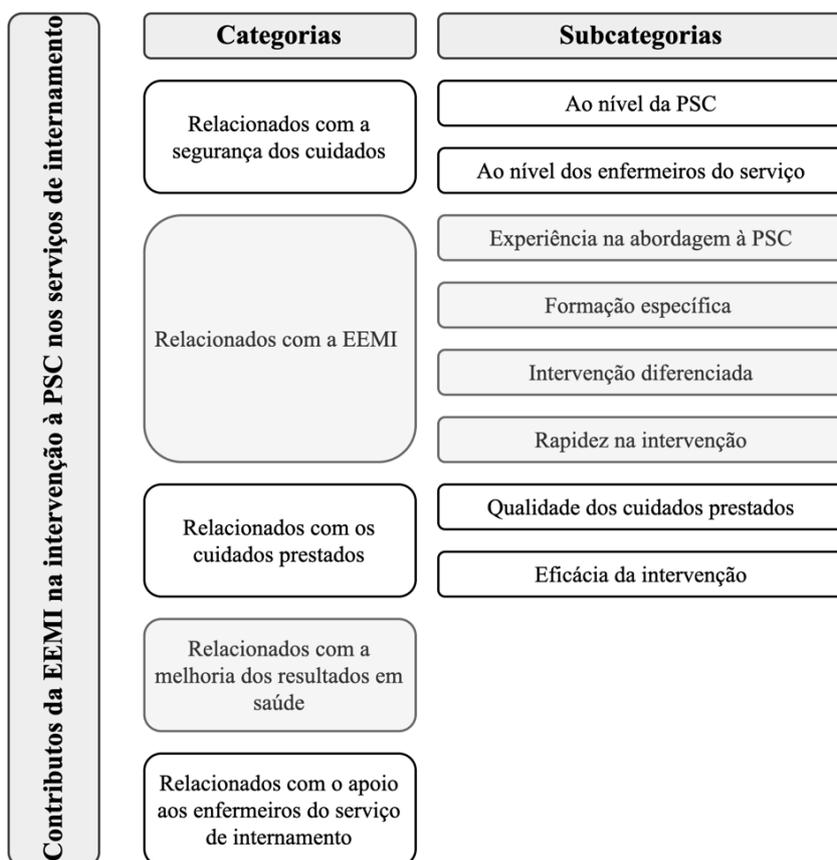


Figura 6 - Contributos da EEMI na intervenção à PSC nos serviços de internamento: categorias e subcategorias.

Quando questionados acerca dos contributos da EEMI, os intervenientes de imediato se referiram às questões de **segurança dos cuidados**, e a análise das unidades de registo

permitiu-nos identificar subcategorias ao nível da pessoa em situação crítica e ao nível dos enfermeiros do serviço.

Os participantes consideraram que a segurança centrada na própria pessoa alvo de cuidados é uma das mais-valias que atribuem à intervenção desta equipa:

“(...) acho que é um pilar na segurança do doente” (E1); “(...) mais segurança para o doente sem a mínima dúvida” (E2); “(...) o doente ganha com a observação dessas equipas” (E4); “(...) o foco é sempre a segurança nos cuidados ao doente” (E10).

Referiram também que os próprios enfermeiros dos serviços se sentiam mais seguros quando eram apoiados pela EEMI, como podemos verificar em alguns extratos:

“Vai trazer mais segurança para todos, até para nós” (E2); “(...) e segurança para nós, profissionais, que não temos tanta experiência” (E6); “(...) traz segurança para o enfermeiro que está com o doente” (E9).

No decurso das últimas duas décadas, a segurança do doente está no centro das atenções das políticas de saúde e é uma prioridade por parte de entidades de saúde internacionais, como a OMS, e nacionais, como a DGS, pois se existem incidentes que causam danos e que implicam custos enormes, também existe uma parte significativa destes incidentes que podem ser evitados.

A OMS (2008) define segurança do doente como a ausência de danos evitáveis durante o processo de cuidados de saúde. Para a DGS (2011) segurança do doente é “a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde, para um mínimo aceitável” (p. 14). Acrescenta ainda que “o mínimo aceitável se refere à noção coletiva, relacionada com o conhecimento o mais atual possível, os recursos disponíveis e o contexto em que os cuidados sejam prestados, em oposição ao risco de não ser efetuado tratamento ou de outro tratamento alternativo” (p. 14).

O PNSD 2021-2026 encontra-se estruturado em cinco pilares, sendo que o primeiro é a cultura de segurança. Tal como o plano anterior, que fomentou a segurança do doente no SNS com melhorias ao nível de questões específicas, como a cultura de segurança, este plano tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como

a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos (Despacho nº9390/2021).

Desta forma, à medida que as organizações de saúde centram os seus planos estratégicos numa cultura de qualidade e de melhoria contínua, é cada vez mais relevante que se pense também na importância de estabelecer uma cultura de segurança.

A cultura de segurança refere-se ao “(...) estilo e competência de gestão, produto de valores individuais e de grupo, de atitudes, de perceções e de padrões de comportamento, que determinam o compromisso da instituição com a segurança dos doentes” (DGS, 2020b, p. 3).

Os dados que emergiram deste estudo, relacionados com a segurança, remetem-nos para dimensões da cultura de segurança, nomeadamente para o trabalho em equipa e a perceção geral dos profissionais sobre a qualidade e a segurança do doente.

Martins, em 2017, refere que, em todo o processo de prestação de cuidados, a segurança do doente deve ser um objetivo primordial e sempre bem presente.

Também Ladeira (2008) afirma que no cuidado à PSC, a segurança e a uniformização da atuação é crucial para o resultado em saúde. No seu estudo, ficou evidente que os contributos destas equipas vão muito além da visibilidade profissional e da valorização da profissão, passando essencialmente pela garantia de uma cultura de segurança para todos, doentes e profissionais.

Na voz dos intervenientes, a segurança dos profissionais é vista como um dos contributos da EEMI, o que nos reporta para questões relacionadas com as dotações seguras e com a (in)capacidade de resposta da equipa da via aferente. E esta (in)capacidade de resposta pode, no nosso entendimento, enquadrar-se na dimensão da cultura de segurança relacionada com a formação e treino dos profissionais. No que refere às dotações seguras, Martins (2017) argumenta que estas conferem estabilidade e segurança para decidir e intervir nos momentos adequados e nos *timings* oportunos à degradação do doente. A intervenção da EEMI remete para essa mesma intervenção, dá segurança às equipas de internamento, permitindo que, em situação de mobilização em situação crítica, essa segurança seja mantida.

Esta perspetiva dos enfermeiros é também concordante com os resultados do estudo realizado por Bem (2013), em que 52,23% dos enfermeiros dos serviços de internamento referiram sentir-se mais seguros com o suporte dado pela EEMI.

Em síntese, podemos afirmar por estes resultados e apoiados na literatura que a segurança assume um carácter de extrema importância, influenciando positivamente a qualidade dos cuidados prestados à PSC. A intervenção da EEMI contribui para essa qualidade proporcionando segurança às equipas de internamento, e permitindo que, em situação de agravamento clínico do doente, essa segurança seja mantida.

Os contributos associados à **própria EEMI** focam-se na sua experiência na abordagem à PSC, formação específica, intervenção diferenciada e na rapidez na intervenção, constituindo aspetos positivos inerentes ao desempenho desta equipa.

A experiência na abordagem à PSC é referida pelos participantes da seguinte forma:

“(...) a equipa tem mais experiência neste tipo de situações” (E1); “(...) a equipa que vem, tem mais experiência na abordagem ao doente crítico” (E6); “(...) tem mais experiência sobre essas situações” (E7).

O facto dos profissionais que integram a EEMI terem formação específica na área também foi salientada pelos participantes, como se pode constatar nas seguintes falas:

“(...) a formação é uma mais valia de quem vem” (E2); “(...) tem formação específica [equipa] na intervenção à PSC” (E7); “(...) [equipa] mais valia em termos de formação específica” (E8).

A par de uma intervenção diferenciada:

“(...) conseguem fazê-lo melhor, (...) são diferenciados no cuidado” (E1); “(...) existe uma intervenção diferenciada” (E3); “(...) esta equipa permite uma intervenção de cuidados mais diferenciada” (E6).

A diferenciação na intervenção, a experiência e a formação podem facilitar a rapidez de intervenção, o que na voz dos participantes é encarado como um contributo da EEMI:

“(...) permite uma resposta mais rápida” (E9); “Um dos principais contributos será a rapidez de intervenção” (E10); “(...) como tal, a abordagem é mais rápida” (E11).

Nos últimos anos, várias entidades em Portugal (Grupo de Trabalho Urgências [GTU], 2006; OE 2017b) têm reconhecido a necessidade de especificações formativas na área de urgência/emergência, sugerindo-a como forma de melhorar a competência e capacidade técnica de todos os enfermeiros que trabalham nos serviços de emergência.

O ERC, em 2021, também vem realçar que o trabalho com regularidade em equipa, o treino e a formação, conferem um pensamento mais uniforme aos elementos das equipas, contribuindo assim para ambientes mais favoráveis à prática, principalmente em contextos de criticidade.

A DGS, com o despacho que define a necessidade de implementação das EEMI, também considera que, de forma a garantir um atendimento de qualidade à pessoa em situação crítica, o elemento enfermeiro da EEMI deve ter, no mínimo, formação em SIV, preferencialmente formação em SAV. Estas equipas devem ser treinadas ao mais alto nível e sujeitas a frequentes avaliações de perícia e treino (2010).

Recentemente, a SPCI (2023) refere que a qualificação técnica, aspeto intimamente relacionado com a formação e a experiência clínica, constitui um dos aspetos mais importantes para a promoção e para a garantia da segurança. Aconselham também que um médico e um enfermeiro, este último preferencialmente especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, devam acompanhar o doente que apresente instabilidade fisiológica e que possa necessitar de intervenção emergente ou urgente (ibidem).

Num estudo de Bem (2013), incluía-se a resposta rápida e a experiência de uma equipa com formação específica em cuidados à PSC, assim como a eficácia, como importantes vantagens deste tipo de equipas. Desta forma, os resultados obtidos no presente estudo são congruentes com os de Bem (2013) e em conformidade com as recomendações do GTU (2006), que refere que os doentes em estado crítico exigem uma intervenção no seio de uma equipa multidisciplinar especializada e treinada, com todas as condições apropriadas. Também Maul (2010) evidencia a necessidade de profissionais altamente especializados no cuidado à PSC e que sejam responsáveis por uma intervenção diferenciada e uma resposta mais profícua.

Ainda segundo as recomendações do ERC (2021), a intervenção aos doentes em deterioração deve ser rápida e ter um tempo de resposta definido, e ser assegurada por profissionais experientes e com competências específicas no tratamento de doentes agudos ou em estado crítico.

Em síntese, a formação, a diferenciação, a rapidez e a experiência dos profissionais que integram a EEMI são fatores favorecedores da intervenção destas equipas na PSC em contexto de internamento, indo ao encontro a outras evidências desenvolvidas nesta área.

No domínio dos contributos **relacionados com os cuidados prestados** emergiram subcategorias associadas à qualidade dos cuidados prestados e à eficácia na intervenção.

O *Institute of Medicine* define que cuidados de qualidade são: seguros, eficazes, centrados na pessoa, oportunos, eficientes e equitativos (Conselho Português de Reanimação [CPR], 2010). Associado a esta evidência, a intervenção aos doentes em deterioração deve ser rápida, e ser assegurada por profissionais experientes e com competências que garantam qualidade nos cuidados (ERC, 2021).

Alinhado com estas orientações, foram referidos pelos entrevistados contributos relacionados com estas equipas. Em relação à primeira subcategoria, emergiram algumas tais como:

*“(...) também se reflete na qualidade dos cuidados que são prestados” (E5);
“Essas equipas trazem mais qualidade nos cuidados” (E9); “(...) o foco está também na qualidade dos cuidados ao doente” (E10).*

Em relação à eficácia na intervenção, a mesma também foi validada por vários enfermeiros:

“(...) estas equipas especializadas trazem uma eficácia maior” (E6); “(...) ao nível da eficácia e eficiência da resposta” (E7); “(...) têm uma abordagem mais eficaz” (E11).

A literatura diz-nos que na Europa ocorrem todos os anos cerca de 300 000 PCRs em ambiente intra-hospitalar. Só uma intervenção precoce, eficaz e adequada pode diminuir a mortalidade e a morbidade destes doentes, que sofrem um processo de deterioração clínica progressivo, sendo esta premissa uma realidade presente e consensual nos dias de

hoje (Despacho n.º 9639/2018), e essa também parece ser uma realidade partilhada pelos enfermeiros que participaram neste estudo.

Os resultados obtidos através das entrevistas também estão em consonância com o exposto por Ladeira (2008), que refere que numa situação clínica de prioridade máxima de atendimento como são as PCRs, a rapidez, a qualidade e a eficácia das intervenções realizadas são cruciais.

Estudos revelam que 80% dos doentes hospitalizados que sofrem um processo de deterioração fisiológica aguda nas horas que antecedem a PCR podem beneficiar com este tipo de intervenções, sendo por isso determinante a implementação de mecanismos organizacionais que permitam a rápida identificação destes doentes, possibilitando a instituição atempada de medidas que garantam a chegada da via eferente e a garantia da qualidade dos cuidados, da eficácia das intervenções e da tomada de decisão (ERC, 2021; Nolan et al., 2010).

Em síntese, os enfermeiros referiram e os estudos corroboram que a EEMI tem um papel relevante na qualidade e na eficácia das intervenções realizadas, quando as situações de instabilidade são rápida e oportunamente identificadas.

Em estreita relação com a qualidade e com intervenções eficazes está a **melhoria dos resultados em saúde**, sendo esta uma categoria que emergiu dos discursos produzidos.

Esta melhoria nos ganhos em saúde será maximizada se a resposta for imediata, se ajudar a prevenir complicações e se a intervenção melhorar o prognóstico e sobrevida do doente. Em concordância com o apontado, esta categoria é validada nas seguintes unidades de registo:

*“(...) quando chega logo (...) melhoria do health outcome do doente” (E1);
“(...) ajuda a prevenir complicações” (E2); “(...) faz a diferença no prognóstico e na sobrevida da pessoa” (E7).*

A evidência científica sobre a existência de EEMI demonstra uma redução da mortalidade dos doentes e dos incidentes de segurança, diminuição dos custos e, um aumento nos resultados em saúde e nas taxas de sobrevivência.

Como referido anteriormente, na grande maioria das situações, uma intervenção adequada pode diminuir a mortalidade e a morbidade dos doentes hospitalizados que sofrem um processo de deterioração fisiológica aguda nas horas que antecedem a PCR, sendo crucial a sua rápida identificação e instituição atempada de terapêutica otimizada, no sentido de melhorar os resultados em saúde (ERC, 2021; Nolan et al, 2010).

Num estudo realizado num hospital português, onde a EEMI foi criada e implementada há cerca de 10 anos, foram analisadas as ocorrências da mesma durante 4 anos consecutivos. Constatou-se uma taxa média de melhoria clínica de 57% dos casos que foram alvo de intervenção da EEMI e com tempos de resposta média abaixo dos 2 minutos. Verificou-se, ainda, uma redução da mortalidade superior a 1%, passando de 7,05% (antes da implementação da EEMI) para 5,90% após os 4 anos da implementação da mesma (Valente et al., 2017). O Despacho n.º 9639/2018 (2018), baseando-se na evidência, sublinha que as situações em que houve uma rápida e eficiente resposta intra-hospitalar permitiram uma intervenção clínica antes de decorridos 3 minutos após ter sido dado o alerta de emergência, aumentando as taxas de sobrevivência e melhorando os resultados em saúde da PSC.

Estes dados são consistentes com estudos internacionais que evidenciam o importante papel destas equipas, na diminuição das taxas de morbidade e mortalidade, com ganhos evidentes em saúde para a população. 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 pós-PCR em serviços de medicina intensiva e, conseqüentemente, redução da mortalidade em todo o hospital. Após a implementação das referidas equipas nestes hospitais, a taxa de mortalidade hospitalar desceu de 7.8 para 2.8, por cada 1000 internamentos (Al-Omari et al., 2019). Também 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 (2017b).

Esta categoria também pode ser analisada à luz dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, no que se refere ao enunciado descrito relativo à prevenção de complicações, “(...) que o enfermeiro especialista previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica” (OE, 2017c, p.5). No contexto deste estudo, o EE que integra estas equipas de emergência interna, com a sua intervenção

diferenciada, tem um papel preponderante na prevenção de complicações e na obtenção de ganhos em saúde para as pessoas que vivenciam situações de PCR ou disfunção multiorgânica.

Em síntese, estes resultados vêm reforçar as evidências de que a atuação da EEMI é uma importante medida na prevenção de complicações associadas à disfunção multiorgânica e na redução das taxas de eventos por PCR e, portanto, na melhoria dos resultados em saúde para a PSC.

Também é referido pelos entrevistados que a intervenção da EEMI aporta mais valias pelo **apoio aos enfermeiros dos serviços de internamento**, como emerge nas seguintes unidades de registo:

“(...) existe também apoio à nossa equipa” (E4); “(...) também ajuda quando temos rácios reduzidos (...) é um suporte” (E7); “(...) é uma mais valia, pois liberta, no fundo, os outros colegas” (E10).

Quando analisamos esta categoria, é interessante verificar a relação que os participantes estabelecem entre o apoio fornecido pela EEMI e as questões relacionadas com as dotações de enfermeiros. No seu entendimento, quando esta equipa chega ao serviço, os enfermeiros da equipa do internamento ficam mais disponíveis para executar outros cuidados.

Este achado vai de encontro aos resultados obtidos num projeto piloto realizado na Polónia com objetivo de introduzir as equipas de emergência médica em 25 hospitais. Os investigadores concluíram, entre outros achados, que a introdução das EEMI melhorou o conforto da equipa de internamento no cuidado à PSC, assim como a segurança e a satisfação dos profissionais no serviço (Szczeplik et al., 2019). No entanto, alguns participantes consideraram que após a introdução das equipas de emergência, a carga de trabalho aumentou, associando-a também a uma diminuição da preocupação no potencial aparecimento de eventos críticos pelo apoio fornecido pelas equipas, em função dos rácios estabelecidos, e também, uma maior satisfação no trabalho (Szczeplik et al., 2019) o que não verificamos no nosso estudo.

Em síntese, o apoio aos enfermeiros do serviço de internamento pode ser um contributo atribuído à EEMI, no entanto este circunscreve-se, essencialmente, ao facto dos

enfermeiros ficarem mais libertos para outras tarefas, não se evidenciando uma cultura de colaboração e trabalho em equipa.

Fatores que interferem na ativação da EEMI pelos enfermeiros dos serviços de internamento

Do discurso produzido pelos participantes emergiram dados que nos permitiram identificar um conjunto de fatores que interferem e influenciam a dinâmica de ativação da EEMI e que se relacionam com os **enfermeiros dos serviços de internamento**; com o **protocolo/critérios de ativação**; com a **gestão de recursos humanos**; com os **serviços de internamento**; com o **funcionamento da EEMI**; com a **dinâmica de ativação da equipa de emergência** (Figura 7).

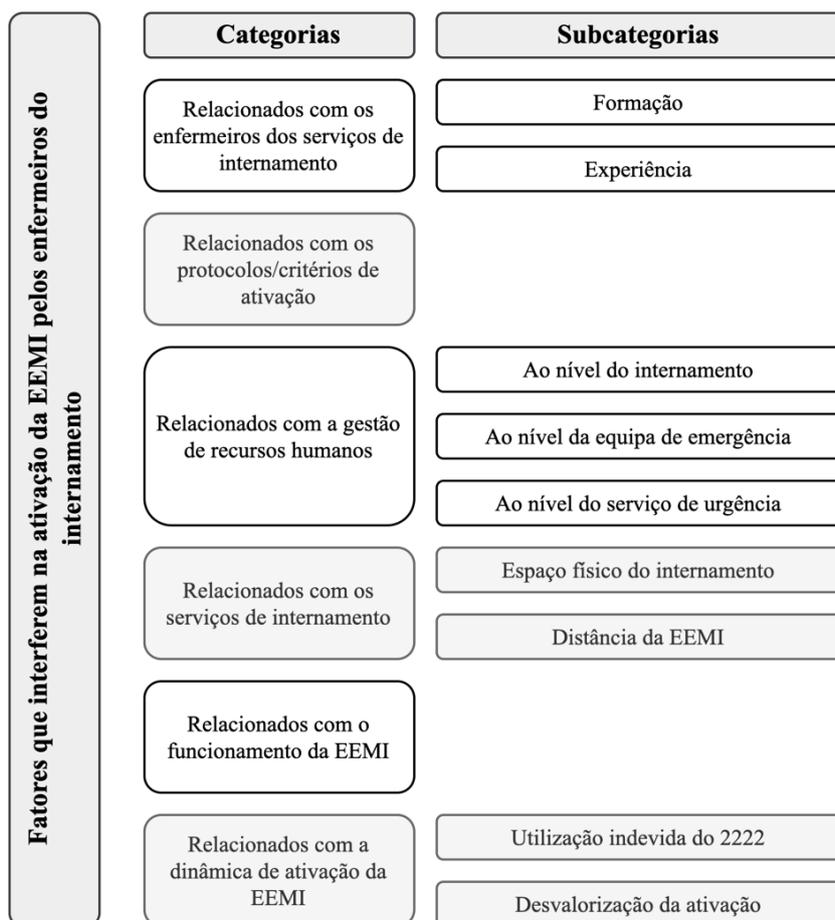


Figura 7 - Fatores que interferem na ativação da EEMI pelos enfermeiros do internamento: categorias e subcategorias

No domínio dos fatores **relacionados com os enfermeiros dos serviços de internamento**, enquanto equipa, emergiram subcategorias que se reportam à sua formação e à experiência.

As questões relacionadas com a formação especializada estão bem presentes na equipa e interferem na ativação em tempo oportuno da EEMI. Referem-se à falta de formação sobre esta área de intervenção:

*“O serviço [equipa] tem falta de formação nessa área e isso influencia” (E2);
“(…) um dos fatores será a formação dos enfermeiros que estão a trabalhar”
(E11).*

Mas também ao facto de a equipa ser “jovem” e, por isso, ainda sem conhecimentos consolidados, obtidos através de formação específica e de oportunidades de vivência das situações, respetivamente:

“Somos uma equipa jovem, com falta de formação específica” (E3).

Os intervenientes também relacionam a sua formação com a capacidade de reconhecer mais facilmente sinais de gravidade:

“(…) enfermeiros com mais formação têm mais facilidade em reconhecer o evento crítico” (E4), “(…) a formação é uma mais valia na atuação, na abordagem ao doente crítico, até no reconhecimento do mesmo” (E8).

A inexperiência na avaliação das situações de emergência, como as que mais condicionam a ativação da EEMI:

“(…) o evento crítico e a inexperiência (...) tudo conjugado não corre bem” (E1); “(…) a pouca experiência em situações de emergência também pode influenciar” (E5); “(…) às vezes estão só enfermeiros jovens, que não têm com quem validar as situações” (E6); “(…) às vezes temos equipas novas, inexperientes, e nem sempre há a sensibilidade para perceber uma deterioração precoce” (E7); “Enfermeiros mais jovens e inexperientes terão mais dificuldade em ativar” (E11).

Na cadeia de sobrevivência, o enfermeiro assume, cada vez mais, um papel fundamental, pela capacidade de deteção e reconhecimento, cabendo-lhe a responsabilidade de

antecipar e sinalizar situações de deterioração fisiológica dos doentes, podendo assim prevenir situações irreversíveis.

Como já foi referido, a degradação clínica dos doentes em contexto intra-hospitalar não é súbita. Na maioria das situações acontece de forma progressiva nas horas que antecederam a situação crítica, podendo passar despercebida ao pessoal clínico ou, mesmo tendo sido reconhecida, ser tratada de forma inadequada (ERC, 2021; Nolan et al., 2010).

Ora, esta evidência pode estar relacionada com a formação e com a experiência dos profissionais, o que ficou evidente nos discursos proferidos pelos participantes neste estudo, ao considerarem estas dimensões como influenciadoras no reconhecimento e abordagem da situação, e, por si só, alterarem a dinâmica de ativação da EEMI e o cuidado adequado à PSC.

Também outros estudos corroboram esta perspetiva, nomeadamente Moreira et al. (2018), que, numa revisão da literatura, analisaram quais os principais fatores que interferem no desempenho das equipas de emergência intra-hospitalar, identificando a inexperiência de alguns profissionais nas enfermarias e o pouco conhecimento sobre cuidado à PSC demonstrado, geradores de um clima de insegurança, atrasando todo o encaminhamento na ativação da emergência intra-hospitalar. É neste alinhamento que Soar et al. (2021) chama a atenção para a importância de formação adequada, de forma a permitir um reconhecimento precoce dos sinais de alerta, bem como experiência, para uma atuação imediata na prevenção da PCR intra-hospitalar, que inclua também um sistema de resposta eficaz.

A este propósito, Benner (2001) refere que “o processo de decisão complexa é posto em evidência nas competências relacionadas com o controlo eficaz de situações de evolução rápida o que implica que os enfermeiros devem ser experientes e que haja estruturas que permitam assegurar a formação contínua ao nível do serviço” (p. 204).

Ora, a formação e a experiência são dois conceitos que se complementam, e se “... a teoria é fundamental, porque ela ajuda a pôr as boas perguntas numa situação real e permite identificar o problema e saber antecipar os cuidados que é necessário ter, há sempre numa situação, elementos que a teoria não prevê. É este conhecimento das exceções que somente a experiência no terreno pode trazer” (Benner, 2001, p. 203). Na mesma linha de pensamento, a mesma autora refere que, “...um enfermeiro não se torna perito sem que

seja confrontado durante o tempo suficiente com a mesma população de doentes” (p. 204), o que nos leva a discutir as questões relacionadas com aquilo que os intervenientes neste estudo chamam de “enfermeiros novos” no serviço.

Na opinião dos participantes, a existência de equipas de enfermagem com enfermeiros recém-formados ou com pouco tempo de contacto com a tipologia de doentes do internamento e com pouca casuística de situações de cuidado ao doente crítico são fatores que interferem na dinâmica de ativação da EEMI, principalmente pela não identificação, em tempo útil, dos sinais de gravidade.

Os estudos de Barbosa et al. (2016) corroboram estes achados ao referir que a integração de novos profissionais, nomeadamente nas equipas de enfermagem, pode constituir uma barreira à ativação da EEMI, uma vez que estes novos elementos, para além da falta de experiência no serviço, 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, e tal como referem os entrevistados, é imperativo reforçar as ações de formação, nomeadamente dos novos profissionais.

Em síntese, fatores relacionados com a formação e a experiência foram relatados pelos intervenientes como dificultadores da dinâmica de ativação da EEMI, o que impacta na ocorrência de eventos adversos (Souza, 2021), e neste caso, relacionados com a PSC.

Fatores relacionados com o **protocolo** que define os **critérios de ativação da EEMI** foi outra categoria que emergiu da análise dos dados das entrevistas.

Os critérios de ativação da EEMI são constituídos por um conjunto de sinais e sintomas de deterioração clínica, que identifica a PSC e os seus cuidados como emergentes. Desta forma, é fundamental também que os profissionais conheçam o protocolo e os 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).

Neste domínio, os enfermeiros referiram-se à falta de conhecimento da existência desse documento e dos próprios critérios de ativação da EEMI, ou até à inexistência de qualquer informação organizada:

“(...) há algum papel do hospital que identifique mesmo essas situações? Não existem critérios bem definidos” (E1); “(...) existe pouca informação sobre quais são os critérios (...) poderiam existir por exemplo junto ao telefone como lembrete” (...) não estamos totalmente ao corrente dos critérios de ativação” (E2).

Consideraram fundamental o conhecimento dos critérios de ativação da EEMI:

“(...) o conhecimento dos critérios é essencial para ativar corretamente” (E9).

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).

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, na via aferente, os que estão no cuidado direto ao doente (Etter et al., 2014).

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. Sabemos que a percentagem de doentes que tem alta para o domicílio pós-PCR intra-hospitalar é inferior a 20% (Bossaert et al., 2015). Assim, a prioridade é o reconhecimento precoce de doentes com instabilidade hemodinâmica (Lavonas et al., 2020), com o objetivo de prevenir eventos adversos graves e a morte.

A informação relacionada com esse reconhecimento precoce deve estar visível e ser de fácil consulta (Etter et al., 2014), o também que foi sugerido por um dos participantes no nosso estudo.

Como vimos abordando, 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 (Ladeira, 2008, ERC, 2021), contribuindo para a melhoria dos cuidados e para segurança do doente (Leach & Mayo, 2013).

Barbosa et al. (2016), 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 mais referido foi a alteração do estado de consciência (43,2%), seguido da PCR (33,0%), enquanto outros não são referidos tão frequentemente. Recomendam que é fulcral o conhecimento prévio, sobre o protocolo e critérios de ativação, assim como a existência de informação visível sobre o mesmo.

Como referem Winters et al. (2013) e Difonzo e Bisceglie, (2015), a componente aferente é o motor desencadeador de todo o processo, em que há o reconhecimento do evento adverso, e ativação da emergência hospitalar, pelo que lhe deve ser dada particular importância na implementação de um sistema intra-hospitalar de emergência. 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 e na ativação das equipas diferenciadas.

Estes estudos corroboram os nossos achados e reforçam a necessidade de os critérios de ativação serem do conhecimento dos intervenientes no processo, como garantia, entre outros, da qualidade e da segurança dos cuidados.

Em síntese, o desconhecimento dos protocolos que definem os critérios de ativação da EEMI constitui um fator que interfere na ativação adequada da mesma. Os profissionais de saúde devem estar sensibilizados e familiarizados com os critérios de ativação vigentes na instituição hospitalar, o que pode ser efetivado através de formação, informação em local visível e agilização do fluxo comunicacional dentro da instituição.

A **gestão de recursos humanos** é apontada por muitos enfermeiros como fator que influencia diretamente a dinâmica de ativação da EEMI no cuidado da PSC. Pelo conteúdo dos dados produzidos, a gestão dos recursos humanos deve evidenciar-se ao nível do internamento, ao nível da equipa de emergência e ao nível do serviço de urgência.

No que se relaciona com os recursos humanos a nível dos serviços de internamento, os enfermeiros referiram-se essencialmente à escassez de profissionais, principalmente no turno da noite:

“(...) os recursos humanos [internamento] também são limitados” (E1); “(...) à noite, os recursos humanos [internamento] também não são os mais adequados” (E6).

Também se referiram aos recursos humanos associados à própria EEMI, denotando-se dos discursos produzidos que os recursos afetos às EEMI não são rentabilizados nem mobilizados de acordo com o preconizado:

“(...) em algumas situações também aparece médico sem enfermeiro” (E1); “(...) atrevo-me a dizer que normalmente só vem o médico” (E2); “(...) desde a Covid que só vem o médico, se mudou não existe informação de quando mudou” (E4); “(...) algumas vezes o médico vem sozinho, mesmo com critérios de instabilidade, depois se for grave transferimos para a urgência” (E6); “(...) [a EEMI] deveriam vir sempre equipas completas” (E9).

Alguns dos enfermeiros demonstram preocupação pelo facto de os profissionais que constituem a equipa estarem ocupados no cuidado à PSC no SU:

“(...) aqui muitas vezes tentamos resolver, pois na urgência sabemos que também estão ocupados” (E4); “(...) a falta de recursos médicos na urgência levam (...) respostas menos boas e à escassez de observação dos doentes” (E6), “(...) com urgências caóticas, não conseguem dar resposta adequada” (E10).

Segundo o ERC (2010), nas enfermarias o número de profissionais de saúde é habitualmente menor durante a noite e o fim-de-semana, tendo influência na monitorização, no tratamento do doente e no resultado clínico final. Esta entidade refere ainda que os estudos demonstraram que as PCR que ocorrem nos hospitais ao final da tarde, à noite ou ao fim-de-semana são habitualmente menos presenciadas e têm uma menor taxa de sobrevivência. Num estudo realizado em 2014, Flórido diz-nos que, apesar de, proporcionalmente, ocorrerem mais ativações da EEMI ao fim-de-semana, existe ainda um número reduzido de estudos que confirma essa evidência.

O ICN, numa publicação em 2005, referindo-se às questões das dotações seguras, reporta que a maior parte dos autores encontrou uma relação inversa entre a mortalidade e o número de enfermeiros por dia, como percentagem do total de enfermeiros, e enfermeiros por hospital. Também nos diz que o número de profissionais envolvidos nestas

circunstâncias é na maior parte das vezes baixo, o que traz uma maior sobrecarga de funções sobre cada elemento.

Dotar as equipas do internamento e as EEMI com um número de elementos mais capaz de responder a situações de emergência, por forma a não condicionar a resposta aos restantes doentes de uma enfermaria, confere maior qualidade aos cuidados prestados.

A possibilidade de sobrevivência do doente crítico depende da eficácia da resposta à emergência (DGS, 2010). Neste contexto, a mesma entidade, através da Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO, determinou que as EEMI são constituídas sempre por um médico e um enfermeiro com competências avançadas na abordagem do doente crítico e em técnicas de reanimação. Estes dois elementos respondem de imediato, não apenas em situações de PCR, mas também em situações de significativa deterioração fisiológica aguda, devendo todos os profissionais ter conhecimento da sua existência, das situações que justificam a sua intervenção, bem como do processo para a sua correta ativação.

A EEMI, no hospital onde decorre o ENP, é assegurada por um médico e um enfermeiro do SU. Sabemos que a realidade desta tipologia de serviço muitas vezes é caótica, no entanto, ter equipas disponíveis com capacidade de resposta a qualquer momento é essencial. O enfermeiro associado à EEMI, no horário praticado atualmente pela mesma, está completamente disponível para a intervenção à PSC, no entanto, da mesma equipa também faz parte um médico, normalmente de medicina interna, que está escalado de urgência no atendimento ao doente muito urgente e emergente. Esta situação, tendo em conta a volatilidade e imprevisibilidade do SU, pode colocar em risco a segurança da PSC, quer na “porta de entrada” do hospital, quer nos serviços de internamento.

Todos os doentes, em estado crítico ou em situação de agudização severa do seu estado clínico, devem ser alvo de maior atenção, avaliação, intervenção e reavaliação (ERC, 2021), pelo que a resposta em ambientes seguros, para o doente e profissionais, tende a passar por uma melhor vigilância e de cuidados de enfermagem (DGS, 2010; ICN, 2005).

Neste sentido, na cultura anglo-saxónica, nomeadamente em alguns hospitais do Reino Unido, confere-se a estas equipas diferenciadas, funções que passam por uma resposta em contexto de reanimação e SE, mas também por uma resposta ao nível do follow-up. Numa cultura de proximidade dos serviços de enfermarias, atribuem uma responsabilidade remanescente no cuidar da pessoa pós-internamento em serviços de medicina intensiva, permitindo com estas reavaliações uma melhor taxa de sucesso de

resultados à data da alta hospitalar e contribuindo para redução de readmissões nesses mesmos serviços (Royal College of Physicians, 2012).

Em síntese, os aspetos relacionados com escassez de recursos humanos nos serviços de internamento e no SU, a par da inexistência de equipas de EEMI em tempo dedicado constituem fatores que impactam negativamente na ativação da EEMI, o que segue a mesma linha de pensamento dos estudos supracitados.

Os aspetos **relacionados com os serviços de internamento** também podem impactar na ativação da EEMI. Nesta categoria emergiram dados relacionados com o espaço físico do internamento, e a distância da EEMI.

No que respeita ao espaço físico os intervenientes referem-se à estrutura física como sendo prejudicial aquando de uma ativação da EEMI:

“(...) a estrutura física é a primeira dificuldade” (E2); “(...) o espaço físico de internamento também prejudica” (E11).

Outros intervenientes no estudo referem-se à distância em que EEMI está sediada, como fator dificultador da sua ativação:

“(...) as equipas deveriam estar mais perto, não estarem só na urgência” (E3).

Corroborando os resultados do nosso estudo, Bem (2013) aponta que é imprescindível que exista uma infraestrutura adequada para a realização de um trabalho harmonioso e sincronizado, pois essa atuação em equipa é necessária para se alcançar a recuperação e estabilização do doente.

Geralmente, o sistema de resposta em emergência intra-hospitalar, na sua via eferente, encontra-se sediado no SU (a realidade deste hospital) ou no serviço de medicina intensiva, que, uma vez ativada, faz deslocar uma equipa qualificada e treinada na intervenção à pessoa em situação crítica (DGS, 2010). A distância mediada entre esses serviços e a via aferente em algumas situações poderá ser um entrave na rapidez do processo.

Desta forma, e tal como nos diz Soar et al. (2021), a prevenção e o reconhecimento da existência de critérios de instabilidade da PSC é fulcral, e em ambiente intra-hospitalar, depois desse mesmo reconhecimento, espera-se que os profissionais das enfermarias

efetuem de imediato o pedido de ajuda diferenciado e iniciem os cuidados adequados, minimizando desta forma a limitação colocada pela distância da equipa especializada.

Em síntese, aspetos relacionados com a estrutura física do serviço de internamento, a par da distância a que a EEMI se encontra sediada, são, na opinião dos enfermeiros, fatores condicionadores da sua ativação. O início imediato dos cuidados adequados em situação de instabilidade hemodinâmica pode minimizar os problemas provocados pelo tempo que medeia a chegada de resposta diferenciada.

A categoria que passamos a analisar e discutir centra-se no **funcionamento da EEMI**. Emergiram dos discursos fatores relacionados com o horário em que a equipa está operacional, o que se reflete de forma unânime nas preocupações verbalizadas pelos enfermeiros:

“(...) a menos que a gente diga aos doentes «olhe, só pode ter complicações entre as 8h e as 20h»” (E1); “(...) também existe o problema de não funcionar durante as 24 horas” (E3); “(...) de noite é quando estamos mais desprotegidos em termos profissionais” (E4); “(...) não existência da EEMI durante a noite (...) dava mais segurança (...) ficamos entregues só a nós” (E5); “(...) a equipa não está 24 horas por dia ativa, certo? Essa é a maior dificuldade” (E6).

Flórido (2014), analisando a quantidade de ativações, constatou que existe um equilíbrio em número quando falamos das ativações, quer seja, semana/fim-de-semana, ou dia/noite.

Os doentes que são internados nos hospitais acreditam que estão a ser admitidos num espaço seguro, com o direito a receberem o melhor tratamento possível e uma pronta e eficaz intervenção em caso de agravamento clínico. No entanto, existe evidência de que tal nem sempre acontece, sendo imperiosa desta forma a existência de equipas de emergência intra-hospitalar (circular normativa Nº 15/DQS/DQCO de 2010) que funcionem 24h por dia.

A mesma circular também refere que existem estudos que demonstram a variabilidade na mortalidade intra-hospitalar durante os dias da semana e as horas do dia, com aumento da mortalidade durante os fins-de-semana e no período noturno, associado a uma menor vigilância.

Embora o protocolo em vigor no hospital seja omissivo em relação a essa situação, a circular referida anteriormente e no qual o mesmo se baseou, afirma inequivocamente que cada hospital deverá, de acordo com a sua organização interna e os recursos disponíveis, assegurar a existência, 24 horas por dia, 365 dias/ano, de uma equipa de emergência intra-hospitalar, o que vai de encontro às preocupações manifestadas pelos enfermeiros do nosso estudo.

Em síntese, os intervenientes referiram e os estudos demonstram que a EEMI deve funcionar durante o período de 24h, sob pena de impactar negativamente nos resultados em saúde da PSC que necessita dos cuidados destas equipas.

A utilização indevida do 2222, bem como a desvalorização da sua ativação foram subcategorias que emergiram como fatores **relacionados com a dinâmica de ativação da EEMI**.

Os intervenientes referiram-se à utilização indevida do 2222, principalmente pela facilidade de acesso ao profissional médico:

“(...) às vezes, quando quero falar com um médico de permanência para resolver outra situação qualquer, e sei que está disponível no 2222, ligo porque sei que vai atender” (E1).

Outros referiram que o facto de as ativações serem muitas vezes desvalorizadas, constitui um fator inibidor da ativação da EEMI:

“(...) às vezes, se não é mesmo uma PCR, alguns [médicos] desvalorizam e dizem do tipo «ah, podiam resolver isso com medicação A ou B»” (E1),

“(...) assumo que algumas vezes, naquelas situações que não são tão graves, tipo PCR, tentamos resolver antes de chamar, por receio que desvalorizem a ativação” (E2).

Em Portugal, o Despacho n.º 9639/2018 veio recomendar a adoção do 2222 apenas para ativação destas equipas diferenciadas, pois uma grande percentagem de profissionais de saúde não conhecia o número utilizado no seu hospital para situações de emergência intra-

hospitalar e, frequentemente, os profissionais de saúde trabalham em mais do que um hospital, sendo que este facto poderia ter impactos na segurança e nos tempos de resposta.

Em países em que existe um número único transversal a todas as suas instituições de saúde, como é o caso do Reino Unido onde o 2222 está implementado desde 2004, 98 % dos profissionais conhecem este número.

A *standardização* deste número apenas para ativação da equipa de emergência é um mecanismo de redução do erro e estabelecida como medida de segurança adicional para o doente.

No hospital onde decorreu este estudo, o protocolo de atuação da EEMI (2021) preconiza a existência de um telemóvel de emergência (nº: 2222), na posse do médico responsável, apenas para utilização em emergência intra-hospitalar. Sendo utilizado em outras realidades que não o da ativação destas equipas diferenciadas, poderá colocar em causa a segurança na qualidade dos cuidados prestados ao doente internado nos serviços de internamento.

A falha na ativação da via aferente tem um impacto potencialmente negativo no prognóstico do doente, bem como encargos financeiros óbvios para qualquer unidade hospitalar. Nas 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).

Torna-se fulcral que, após identificação de uma situação que necessite de intervenção da EEMI, a mesma não seja desvalorizada ou protelada.

Em síntese, a utilização indevida e a subvalorização das ativações por parte dos profissionais da EEMI constituem fatores inibidores da ativação desta equipa por parte dos enfermeiros do internamento. No nosso entendimento, questões relacionadas com o empoderamento das equipas, associado à inexperiência e à falta de formação na área, embasam esta problemática.

Sugestões de melhoria da dinâmica da EEMI

Esta área temática inclui os segmentos de análise relacionados com as sugestões para melhorar a dinâmica de ativação da EEMI. As sugestões apresentadas pelos participantes foram agrupadas em categorias: **formação contínua dos enfermeiros do internamento; horário de funcionamento; recursos humanos; uniformização de critérios de não reanimar; normalização do número de emergência interna** (Figura 8).

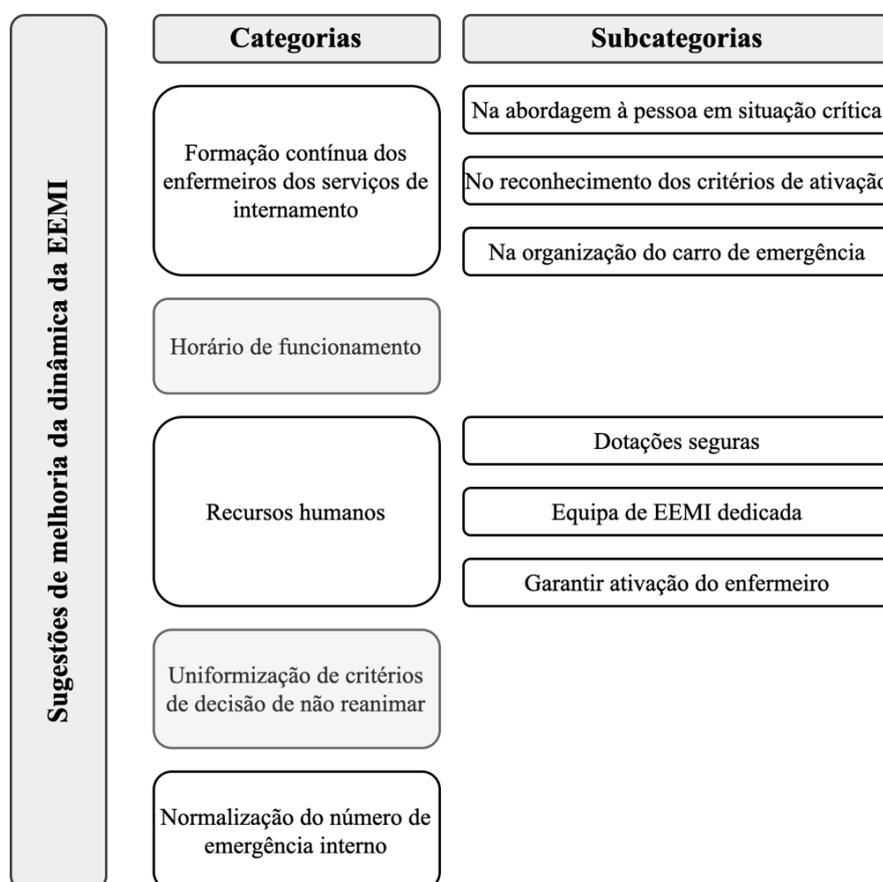


Figura 8 - Sugestões de melhoria da dinâmica da EEMI

É interessante verificar que as sugestões apontadas vão muito em conta com os fatores que interferem na ativação da EEMI, o que configura estas áreas de intervenção como importantes oportunidades de melhoria.

Quando se referem à **formação contínua dos enfermeiros** que constituem a via aferente, os mesmos são da opinião que esta deverá ser organizada em torno da abordagem à PSC, do reconhecimento de critérios de ativação e da organização do carro de emergência.

As seguintes unidades de registo vão de encontro a esta premissa, como se pode verificar de seguida:

*“(...) essencial formação sobre a abordagem inicial ao doente crítico” (E1);
“(...) era importante formação, aprender, reciclar e relembrar a abordagem ABCDE” (E4); “(...) formação interna de primeira abordagem nessas situações mais específicas do serviço” (E5); “(...) formação cíclica na abordagem ao doente crítico” (E8).*

Ainda neste âmbito, os participantes, além da formação de competências técnicas de abordagem destes doentes, sugerem formação nas competências não técnicas, como é o caso da comunicação e da dinâmica de trabalho em equipa em contexto de emergência:

“(...) formação prática de emergências, treinar a comunicação, a atribuição de papéis em emergência e abordagem de um doente crítico” (E10).

O reconhecimento dos critérios de ativação é outra área de formação que os enfermeiros apontam como sugestão de melhoria:

“(...) formação sobre o reconhecimento dos critérios de gravidade” (E1); “(...) não estarmos ao corrente dos critérios de ativação é prejudicial (...) a formação era essencial” (E2); “(...) e no reconhecimento dos critérios de gravidade” (E3).

A realização de formação relativa à organização do carro de emergência também se revelou como uma oportunidade de melhoria, e emergiu de unidades de análise, como poderemos verificar no seguinte excerto:

“(...) a formação sobre o carro de emergência também seria importante” (E1).

Neste estudo, os enfermeiros referem-se à necessidade de formação contínua no sentido de melhorar os seus processos de tomada de decisão. Consideram que esta deve ser cíclica e ter uma vertente prática, o que nos orienta no sentido de desenvolver estratégias centradas em sessões de prática simulada.

Estes resultados são concordantes com Benner et al. (2009) e as recomendações da OE (2016) que defendem a necessidade de formação contínua, consolidada e desenvolvida pela prática profissional, para que os profissionais sejam capazes de analisar situações complexas e ao mesmo tempo responder às mesmas com prontidão e de forma competente. Este tipo de formação deve ser desenvolvido em contexto de trabalho, de uma forma teórico-prática, situando os profissionais em contextos próximos do real (Nunes, 2007).

O ERC (2021) justifica a necessidade de atualizações frequentes nesta área. Refere que intervalos curtos de seis meses são suficientes para que se deteriorem conhecimentos e competências em SBV e SAV, pelo que se deve identificar aqueles que precisam de atualização de forma a manter as competências. A mesma entidade aponta a simulação e o *debriefing* como estratégias de formação a considerar neste contexto, com vista à melhoria do desempenho individual e de equipa. Inclui reuniões de grupo para planificação de situações de reanimação e para avaliação do desempenho em contextos reais ou simulados. O treino simulado é uma componente do treino de reanimação e pode ser usado para treinar uma série de funções, desde o treino de liderança em reanimação até ao treino em equipa (2021).

Martins (2017) e Martins et al. (2012) e Moreira et al. (2018) salientam também que se queremos equipas capazes de tomar decisões em situações complexas, capazes de ver o doente como um todo, o treino deve ir para além das *skills* ou técnicas específicas, mas orientado para o desenvolvimento de capacidades globais, como o juízo crítico, a confiança, a tomada de decisão, o trabalho em equipa e o pensamento estruturado, entre outros.

Os profissionais de enfermagem, que estão diretamente nos serviços de internamento, e que integram a via aferente, tem um papel fundamental, pois são eles que, na maioria das vezes, iniciam todo o processo de ativação da EEMI.

Como os intervenientes neste estudo referem e a evidência confirma, o 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).

Ora uma das estratégias para treinar os enfermeiros dos serviços de internamento no âmbito destas práticas avançadas, pode (e deve) ser a integração destes profissionais na EEMI durante a sua intervenção à PSC. Esta ideia é igualmente defendida por Szczeklik et al. (2019), quando considera que o enfermeiro responsável pelo doente, após o reconhecimento dos critérios que definem a ativação, torna-se automaticamente membro da equipa de emergência médica após a sua chegada e todas as decisões são tomadas em conjunto. Constatou em 25 unidades hospitalares que, após formação sobre reconhecimento dos critérios, mais de 50% das ativações foram realizadas por enfermeiros.

Este aspeto relacionado com o papel do enfermeiro da via aferente nestas situações, tal como referido pelos intervenientes, é fulcral. Conforme foi discutido anteriormente, as competências e formação dos enfermeiros que estão na prestação direta dos cuidados são igualmente essenciais para o bom funcionamento destas equipas. Estes momentos de colaboração podem (e devem) constituir importantes momentos de aprendizagem em contexto de trabalho.

O sucesso na abordagem ao doente crítico depende de fatores tão importantes como: o reconhecimento dos sinais de alarme, da ativação da EEMI e da competência dos profissionais no cuidado à PSC, 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 (DGS, 2010).

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”. Ainda 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.

A existência destes carros, bem como o conhecimento de todo o material, fármacos e equipamentos que o compõe, constituem ferramentas importantes para o sucesso da abordagem de um doente grave (DGS, 2010). O seu local de permanência deve ser do conhecimento geral de todos os profissionais de saúde.

É também recomendado 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, 2010; INEM, 2019; Soar et al., 2021).

Emergem daqui aspetos relacionados com a uniformização e normalização dos processos, o que vai ao encontro das sugestões dos participantes neste estudo, a par da necessidade de formação sobre as mesmas.

Uniformizar, normalizar ou standardizar passa pela documentação dos modos operatórios, garantindo que todos seguem o mesmo procedimento, utilizam do mesmo modo as mesmas ferramentas e sabem o que fazer quando confrontados com diversas situações. Como vantagens, destacam-se o aumento da previsibilidade dos processos, a redução de desvios e dos custos. Processos uniformizados podem ser comparados com as melhores práticas, e assim, contribuir para a melhoria contínua e para a segurança do doente e dos profissionais (Pinto, 2014).

Em síntese, os enfermeiros sugeriram o desenvolvimento de formação contínua no sentido de melhorar o processo de atendimento à PSC. Referem como áreas prioritárias a formação no atendimento à pessoa em situação crítica, nos critérios de ativação e na organização dos carros de emergência, sendo consistentes com a literatura, onde se destacam estratégias centradas na prática simulada e em contexto de trabalho. Também o desenvolvimento de procedimentos de forma a normalizar os processos, nomeadamente no que se reporta aos carros de emergência, constitui uma importante estratégia para garantir a qualidade e segurança dos cuidados e dos próprios profissionais.

Alargar o **horário de funcionamento da EEMI** de forma a estar disponível 24h por dia, durante os sete dias por semana, foi outra categoria que emergiu dos discursos produzidos:

“(…) existir equipas de EEMI durante 24 horas” (E1); “(…) existência de EEMI durante 24 horas e sete dias por semana” (E3); “(…) [EEMI] poderia existir também no período noturno” (E5); “(…) em termos de equipa, a prioridade era existir durante 24 horas, ponto assente” (E6).

É evidente que 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 e, tal como referido anteriormente, a melhor forma de aumentar a probabilidade de sobrevivência de um doente após PCR é prevenir que esta se instale (INEM, 2019).

Complementarmente, no que concerne à mortalidade intra-hospitalar, diferentes estudos indicam que surge mais ao fim-de-semana (Lopes et al., 2008) e à noite (Peberdy et al., 2007).

Por esta razão, a criação e implementação da EEMI foi uma importante medida, objetivando a diminuição das taxas de mortalidade dentro das unidades hospitalares (Despacho n.º 9639/2018). É também claro, no mesmo despacho, que a segurança e qualidade nos cuidados, assegurada pela EEMI, deverá funcionar durante o período noturno e todos os dias de fim-de-semana, o que vai de encontro às expectativas dos entrevistados, e realça o papel destas equipas na resposta aos eventos críticos e na diminuição da variabilidade da taxa de mortalidade.

Em síntese, alargar o horário de funcionamento da EEMI foi uma sugestão dos enfermeiros, cuja mais-valia vai de encontro aos diversos estudos realizados e aos diferentes normativos existentes nesta área.

Quando procedemos à extração dos dados das entrevistas verificamos um conjunto de unidades de registo centradas em sugestões relacionadas com os **recursos humanos**, que agregamos nas seguintes subcategorias: dotações seguras, equipa de EEMI dedicada e garantir a ativação do enfermeiro.

Em relação às dotações seguras, e numa perspetiva de segurança dos cuidados, os enfermeiros referiram:

“(...) existirem dotações mais seguras no serviço” (E1); “(...) mais recursos humanos para garantir sempre a segurança do doente”(E6).

A sugestão da existência de uma EEMI dedicada, foi verbalizada essencialmente por enfermeiros conhecedores de outras realidades hospitalares:

“(...) existir tipo uma equipa dedicada que pudesse observar mais do que uma vez o doente” (E3); “(...) equipa de emergência só para a emergência, principalmente nas equipas médicas, em que os poucos recursos complicam a observação” (E6).

Um dos participantes referiu-se à existência da EEMI em tempo dedicado, no entanto salvaguardou a sua opinião focando o aspeto da rentabilidade desta equipa:

“(...) equipas dedicadas poderiam ser equacionadas, mas sem fazer ideia até que ponto realmente justifica em termos de estatística de ativações” (E4);

No contexto onde decorreu o estudo, o enfermeiro da via eferente nem sempre é ativado, configurando esta situação uma preocupação para os enfermeiros dos serviços de internamento. Sugerem por isso que a ativação do enfermeiro da via eferente deve ser garantida sempre que é desencadeado o protocolo de ativação:

“(...) como a chamada cai sempre no médico, que o mesmo ative o enfermeiro para vir acompanhado” (E6).

De entre as sugestões relativas aos recursos humanos, o destaque prende-se com as dotações seguras, onde os intervenientes no estudo verbalizam a necessidade de reforçar os serviços de internamento com mais profissionais de enfermagem, principalmente nos turnos da tarde e da noite, onde as dotações são menores. Esta sugestão dos profissionais reforça a opinião de Kronick et al. (2015), quando refere que os eventos críticos são mais comuns em enfermarias gerais, fora dos serviços de medicina intensiva, onde o rácio de enfermeiro por doente é menor e a monitorização dos doentes é menos rigorosa.

O ICN (2005), referindo vários autores, destaca diferentes questões que justificam a relevância de dotações seguras, que particularmente envolvem enfermeiros: menor mortalidade aos 30 dias em doentes hospitalizados, com diagnósticos de acidente vascular cerebral, enfarte agudo do miocárdio, pneumonia ou septicemia, (Tourangeau et al., 2002), assim como estadias mais curtas, menores taxas de incidência de infeções do trato urinário, hemorragias do trato gastrointestinal superior, pneumonia, choque e PCR (Needleman et al., 2002); menor probabilidade de morrer durante o internamento quando os doentes internados com enfarte agudo do miocárdio são tratados em ambientes com dotações mais elevadas de enfermeiros (Person et al., 2004); associação entre menor

número de enfermeiros durante a noite e um risco aumentado de complicações pulmonares específicas no pós-operatório (Dimick et al., 2001).

Estes dados vêm reforçar as perspectivas de Flórido (2014), que destaca para o sucesso das intervenções em emergência fatores como os rácios enfermeiro/doente nas enfermarias, o conhecimento e treino dos profissionais, os tempos e a organização da resposta, os níveis de monitorização dos doentes e, sobretudo, a capacidade de antecipação.

O PNSD 2021-2026 também refere que o contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde condicionam a segurança e a efetividade dos mesmos, daí ser reconhecida a importância que representam para os resultados em saúde. Os recursos existentes, a dotação e adequação dos profissionais e das equipas de saúde, a formação dos profissionais de saúde, a forma como o trabalho é organizado, a existência de ferramentas e instrumentos, os percursos de cuidados, o desenho e confiabilidade dos processos são algumas das condicionantes dos ambientes seguros (Despacho 9390/2021).

Todos os documentos e autores supracitados referem a importância dos rácios de profissionais adequados para salvaguardar a segurança e a qualidade dos cuidados, o que reforça a sugestão dos enfermeiros que participaram no nosso estudo.

Importa, no entanto, ressaltar que, quando falamos em adequar os rácios de enfermagem, é importante ter em conta também as suas competências profissionais.

Se considerarmos o regulamento das dotações seguras, verificamos que o mesmo prevê que a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos são aspetos fundamentais para a segurança e qualidade dos cuidados de saúde, devendo, para isso, serem utilizados critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados (OE, 2019). Para os serviços de internamento de adultos, nas especialidades médicas e cirúrgicas, o mesmo regulamento prevê a existência de pelo menos, um EEEMC, em permanência, 24 horas por dia.

Quanto à constituição de equipas de dedicadas, referidas pelos entrevistados, o despacho n.º 10319/2014 (2014) que determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica já as prevê. A alínea a) do artigo 21º do referido despacho, determina a constituição de equipas dedicadas. Inicialmente, equipas dedicadas apenas ao SU, no entanto, ao longo dos anos, em alguns hospitais, foram alargadas às equipas de emergência médica.

Em alguns hospitais, confere-se a estas equipas funções que passam por uma resposta em contexto de reanimação e também por uma resposta ao nível do follow-up, permitindo uma melhor taxa de sucesso de resultados à data da alta hospitalar e contribuindo para redução de readmissões em unidades de cuidados intensivos (Royal College of Physicians, 2012).

Quando os enfermeiros se referem à necessidade do enfermeiro da EEMI ser ativado, referem-se ao facto de que, muitas vezes, e porque o primeiro contacto é sempre com o médico, este profissional não informar o enfermeiro da equipa dessa mesma ativação. Esta prática tem que ser obviamente alterada, pois, para além de esvaziar o conteúdo de competência do enfermeiro da via eferente, não há rentabilização de recursos e as questões de segurança dos cuidados não ficam garantidas.

Vários estudos abordam esta problemática, dos quais destacamos o estudo de Flórido (2014) que defende a ativação do enfermeiro da EEMI aquando da intervenção à PSC, pois garante inúmeras mais valias, tais como, melhorar a resposta, um maior conhecimento, mais rapidez de execução e pensamento, melhor articulação, uniformização de trabalho, melhor rácio e aumento da capacidade de resposta, identificação dos problemas, indisponibilidade da equipa, compromisso da vigilância aos restantes doentes, entre tantos outros.

Em síntese, as sugestões dos enfermeiros do internamento em relação à dimensão dos recursos humanos consubstanciam-se nas dotações seguras e na necessidade de ativação do profissional enfermeiro sempre que é iniciado o protocolo de ativação. A evidência reforça estas sugestões, destacando-se a necessidade de adequação da dotação de enfermeiros nas equipas do internamento, atendendo não só aos rácios enfermeiro/doente, mas também às competências e experiência profissionais.

A existência de uma EEMI em tempo dedicado também é valorizada, no entanto emergem questões relacionadas com o contexto onde decorreu o estudo, que podem constituir um entrave a esta iniciativa, nomeadamente o que se refere ao número de ativações anuais da equipa, consubstanciando-se numa desadequação de recursos.

As EEMI são constituídas por médico e enfermeiro com formação avançada e diferenciada na abordagem da PSC, pelo que quando iniciado o protocolo de ativação, ambos os profissionais têm de ser contactados. Se assim não for, a qualidade e a segurança dos cuidados ficará comprometida.

A **uniformização de critérios de Decisão de Não Reanimar (DNR)** também emergiu do discurso dos enfermeiros, e os segmentos de análise que se seguem são disso exemplo:

“(...) registo de DNR no processo clínico e não de uma forma apenas verbal (...) muitas vezes vem um médico e diz que é DNR e o seguinte já pede tudo” (E1); “(...) não está propriamente claro o DNR (...) é importante deixar de existir ambiguidade relativamente ao facto se será para investir na escalada de cuidados” (E7).

A suspensão ou abstenção de meios desproporcionados de tratamento, onde se inclui DNR, é atualmente prática corrente em todo o mundo ocidental, que visa zelar pelos melhores procedimentos, minimizando a dor e atenuando o sofrimento do doente. Ao serem consideradas intervenções desproporcionadas não necessitam, à partida, de consentimento informado, dado que estão para além dos limites da autonomia individual (Oliveira, 2014).

Mendes et al. (2009), num estudo com um sistema de emergência organizado para a deteção precoce de sinais de gravidade com critérios alargados para a ativação de equipas de emergência intra-hospitalar, verificou que a incidência de DNR foi de 33%. A maioria das DNR foram tomadas no momento da PCR pelo médico da equipa de emergência, dado a reanimação ter sido considerada inútil face à situação do doente no pré-PCR. A idade mais avançada, a neoplasia maligna e a ausência de qualquer medida em curso foram os fatores associados com a DNR.

Neste estudo, os enfermeiros sugerem a uniformização e a definição de critérios quando a situação clínica do doente configura a tomada deste tipo de decisão. Este achado vai de encontro ao referido em estudos, como o de Mendes et al. (2009), em que a tomada de decisões a nível intra-hospitalar, nomeadamente em situações de previsibilidade de PCR, deveriam idealmente ser preparadas de forma antecipada, como parte integrante de um conceito global no plano de cuidados avançados. As orientações face à legislação devem constituir parte integrante da formação dos profissionais envolvidos, tendo em conta que existe uma variedade relativa no que se refere à tomada de decisão de RCP.

A suspensão/abstenção de tratamento e a DNR encontram legitimidade ética (Oliveira, 2014) e princípios, como o da beneficência, da não maleficência, da justiça e da autonomia devem constar dos princípios éticos pelo qual o profissional de saúde se regem.

O envolvimento do doente, da família e da equipa na tomada de decisão pode ser angustiante, e a discussão de DNR, apesar de difícil, deve englobar diferentes fatores, como são as crenças, opiniões pessoais, influências culturais e religiosas e, principalmente, as considerações éticas e legais (ERC, 2010; SPCI, 2011).

Em síntese, a uniformização e a definição de critérios de DNR foi sugerida pelos enfermeiros do internamento, o que encontra fundamento em normativos e na evidência científica disponível. As questões éticas e deontológicas devem ser salvaguardadas, e, sempre que possível, é desejável o envolvimento do doente e/ou da família.

A análise das entrevistas permitiu-nos ainda perceber que na opinião dos enfermeiros, o **número da emergência interna deve ser normalizado**, quanto à sua utilização correta:

“(...) o número deveria ser só usado para emergência” (E1).

Mas também no que se refere à sua disponibilidade:

“(...) e 2222 sempre contactável, o que muitas vezes não acontece” (E8).

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 por parte da via aferente, com a utilização de um sistema de rádio ou telemóvel.

Constatou-se que, em 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.

O ERC, o EBA e a ESA, em 2017, assumiram conjuntamente a recomendação para que todos os hospitais europeus utilizem o mesmo número de telefone interno (2222) apenas para ativação destas equipas. A evidência científica reconhece que a preferência pelo número 2222 se torna uma mais-valia, pelo facto de ser fácil de memorizar e de digitar. Está comprovado que esta uniformização funciona como um mecanismo de redução do erro e como medida de segurança do doente e melhoria da qualidade (Despacho n.º 9639/2018).

Assim, a nível nacional, o mesmo despacho determina que “os estabelecimentos hospitalares do SNS, independentemente da sua designação, adotem o n.º 2222 na rede telefónica interna para ativação da EEMI” (p. 27533).

O protocolo de ativação da EEMI neste hospital (2021) refere que existe um telemóvel de emergência (n.º: 2222), na posse do profissional médico. Sempre que, por qualquer razão (falha de rede, não atendimento da chamada ao final de alguns segundos, etc.), o médico não atenda, a chamada será transferida para o telemóvel (n.º: 2223) na posse do enfermeiro. Esta medida pretende manter sempre a disponibilidade da via eferente, quando necessária a ativação pela via aferente, assim como o contato permanente entre estes dois elementos da equipa se necessário.

Ora, o que acontece no contexto onde decorreu o estudo, e que os participantes referem, relaciona-se com a utilização indevida destes números de emergência, como por exemplo para o contacto regular destes profissionais por motivos vários. No nosso entendimento, esta questão pode configurar má prática e impõe-se, portanto, uma mudança nos hábitos e práticas já muito vinculados nas equipas.

Em síntese, a sugestão dos enfermeiros centrada na normalização do número de emergência interna, relaciona-se com o seu uso indevido e com a necessidade da equipa estar sempre contactável. Em nosso entendimento impõe-se uma mudança nas práticas diárias dos profissionais que integram a via eferente da EEMI, no contexto onde decorreu o estudo.

2.4. CONCLUSÃO DO ESTUDO E PERSPETIVAS FUTURAS

Este estudo partiu de uma problemática centrada na emergência intra-hospitalar de um hospital da zona norte do país e teve como propósito compreender a intervenção da EEMI nos serviços de internamento, na perspetiva dos enfermeiros desses contextos.

Neste sentido, e após uma breve revisão dos principais conceitos que enformam a problemática, estruturamos o nosso quadro referencial em torno de três eixos principais: equipa médica de emergência intra-hospitalar na intervenção à pessoa em situação crítica; critérios de ativação da equipa médica de emergência intra-hospitalar e a intervenção do EE em emergência intra-hospitalar (Figura 9).

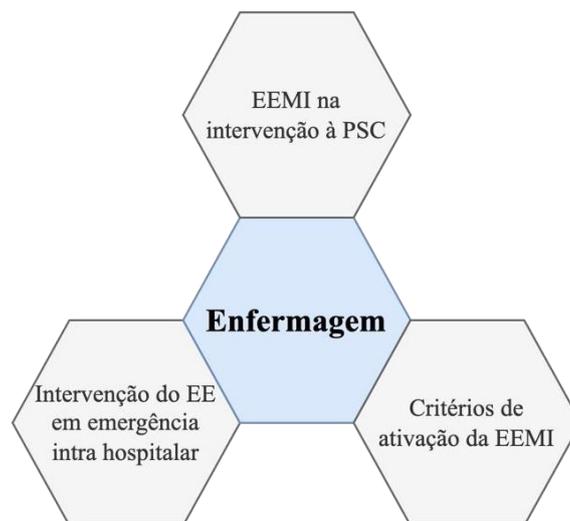


Figura 9 - Quadro conceitual.

A Enfermagem enquanto disciplina e profissão encontra na investigação contributos essenciais para desenvolver o seu caminho, apoiada pelos diferentes modelos teóricos que, desde Florence Nightingale e ao longo do tempo, foram desenvolvidos.

Questões relacionadas com a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados têm acompanhado esse desenvolvimento, e neste sentido vários normativos e regulamentos têm sido produzidos, dos quais se destacam os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados, o plano nacional de segurança doente e as várias orientações relativas ao desenvolvimento de uma cultura de segurança nas instituições, o que é extensivo aos cuidados de enfermagem.

Com base nestes pressupostos, os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados altamente diferenciados, que exigem o desenvolvimento de profissionais altamente qualificados, de forma a garantir diferenciação na qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes/famílias. É neste contexto que se enquadram os EEEMC/EEEMCPSC, enquanto profissionais detentores das ferramentas adequadas que lhes permitam uma intervenção centrada em processos de tomada de decisão avançados.

A implementação das EEMI, criadas no sentido de otimizar uma resposta rápida e eficiente em situações de emergência médica, são constituídos por um profissional

médico e um profissional enfermeiro. Dado o seu âmbito de intervenção diferenciada, é desejável que o enfermeiro seja um profissional altamente qualificado, assumindo-se o EEEMCPSC como o detentor das competências adequadas para integrar esta equipa.

Em Portugal, as EEMI são ativadas de acordo com critérios pré-definidos pela DGS, os quais devem ser do conhecimento de todos os intervenientes no processo. No entanto, o que verificamos na prática é que tem havido uma desajustação entre as situações de doença crítica nos serviços de internamento e as ativações da EEMI, o que se reflete na segurança dos cuidados, mas também nas questões relacionadas com a rentabilização desta equipa.

Com base nesta nossa perceção, mas também na motivação pessoal sobre a área da emergência, mais concretamente sobre a EEMI, desenvolvemos este estudo ancorado numa metodologia qualitativa, de carácter exploratório e descritivo.

Ao longo do estudo verificámos a existência de duas linhas orientadoras, paralelas, mas que combinadas se complementam, trabalhando num unísono em prol de garantir o melhor tratamento possível, num ambiente de segurança. Por um lado, o ramo aferente na monitorização e acompanhamento contínuo para despiste de complicações, constitui um alerta para ativar o ramo eferente e intervir atempadamente. No lado oposto, mas em sintonia, a EEMI, equipas altamente diferenciadas, com competências acrescidas nos cuidados à PSC.

Dos resultados emergiram um conjunto de conclusões que nos ajudam a compreender a realidade da temática em estudo e que passamos a descrever:

Dos **contributos** que os enfermeiros do internamento atribuíram à EEMI relevam os que se associam à qualidade e à segurança do doente e profissionais. A mais-valia da intervenção destas equipas, associada à experiência, formação ou mesmo à rapidez e qualidade dos cuidados prestados, induz uma melhor capacidade de gestão do stress das equipas do internamento, que cuidam, vigiam e monitorizam estes doentes, traduzindo-se em ganhos em saúde para a PSC.

Os **fatores que interferem** na ativação da EEMI centraram-se maioritariamente nas questões da formação e da experiência profissional e na gestão dos recursos humanos, no que se reporta à via aferente. A falta de formação na abordagem da PSC, aliada à inexperiência profissional foram considerados como fatores dificultadores na dinâmica de ativação da EEMI. Ficou ainda evidente que a falta de conhecimento em relação aos

protocolos que definem os critérios de ativação da EEMI é também um fator dificultador, que consubstancia a ocorrência de eventos adversos, impactando na segurança dos cuidados.

As **sugestões de melhoria** na intervenção da EEMI apontam no sentido de otimizar os processos formativos, centrados em estratégias proativas, associando abordagens teórico-práticas e treino simulado em contexto de trabalho. Normalizar e uniformizar os critérios e o processo de ativação e uniformizar critérios sobre a DNR com base nos normativos em vigor também constituíram sugestões relevantes. As questões relacionadas com as dotações seguras em relação às equipas da via aferente também foram aspetos considerados pelos enfermeiros.

A prevenção e o cuidado à PSC em ambiente intra-hospitalar requer profissionais de saúde que possuam competência, destreza e *skills* necessárias à tomada de decisão, pelo que a dotação das equipas de internamento tem (obrigatoriamente) que ter em conta, não só os rácios enfermeiro/doente, mas também as competências e experiência de cada um.

A cultura organizacional deve privilegiar a segurança dos cuidados prestados à PSC, não descorando ou reduzindo a segurança dos demais doentes internados nessas enfermarias, provocada por uma menor capacidade de resposta, quer seja pela dotação menos adequada no internamento, quer pela total ausência de EEMI no período noturno. Tal como dizia um entrevistado, “*não existem situações de emergência apenas entre as 8 e as 20h*”.

O desenvolvimento deste estudo, as sugestões apontadas pelos participantes e as conclusões obtidas permitiram-nos delinear um conjunto de **perspetivas futuras** para a prática de cuidados em saúde, para a formação e gestão e para a investigação.

Para a prática de cuidados

Após a conclusão deste estudo, é nosso propósito a partilha dos resultados com a equipa de enfermagem do internamento onde este se desenvolveu. O objetivo será proporcionar momentos de reflexão acerca dos resultados que emergiram, definir estratégias de abordagem desta problemática e mudança de práticas, nomeadamente no que se reporta ao papel do enfermeiro do internamento durante uma intervenção da EEMI ao doente crítico.

De acordo com as sugestões apontadas pelos enfermeiros consideramos importante a dinamização de momentos de reflexão sobre as práticas, em contexto de trabalho, por

exemplo nas passagens de turno, que se constituem em momentos privilegiados de partilha de saberes e de desenvolvimento pessoal.

Para a formação e gestão

Como forma de otimizar a intervenção dos enfermeiros da via aferente da EEMI, e de acordo com os resultados obtidos e algumas sugestões dos participantes, propomos o investimento institucional na formação contínua, com divulgação e sensibilização dos profissionais de saúde para o (re)conhecimento dos critérios de ativação da EEMI; a formação centrada em estratégias de prática simulada, acerca da abordagem à PSC e deteção de sinais de gravidade; a revisão por parte da gestão de topo/gestão intermédia do horário de funcionamento da EEMI, alargando o horário a um período de 24 horas durante os sete dias da semana; a otimização dos recursos de enfermagem alocada aos serviços de internamento, de forma a que as equipas sejam mais equilibradas em termos de competências e experiência; a criação de fluxos de comunicação mais eficientes de forma que a informação seja partilhada entre todos, nomeadamente no que se refere a normativos de atuação.

Consideramos que as estratégias sugeridas podem constituir um excelente “pretexto” para a melhoria dos processos associados à via aferente, mas também podem constituir contributos importantes para a dinamização da via eferente da EEMI.

A melhoria e o desenvolvimento organizacional dos serviços hospitalares impõe-se na primeira linha das necessidades, portanto é fundamental o investimento institucional na implementação de estratégias que promovam intervenções competentes e eficazes no âmbito da emergência intra-hospitalar.

Para a investigação

No nosso entendimento, a realização desta investigação pode propiciar contributos importantes, para o desenvolvimento de outros estudos acerca da problemática das EEMI, também centrados na sua via eferente.

Consideramos importante o desenvolvimento de estudos nesta área, no sentido de definir a necessidade em cuidados de enfermagem da PSC, o domínio da intervenção do enfermeiro nestas equipas, desenvolvendo sistemas de registo que permitam documentar a intervenção autónoma do EEEMC/EEEMCPSC, enquanto elemento ativo da EEMI.

Chegados a este ponto, importa também evidenciar algumas limitações deste estudo. Uma limitação é a inclusão no estudo de apenas três serviços de internamento. Consideramos, por isso, que é fundamental dar continuidade a este estudo, alargando-o a outros contextos, nomeadamente a serviços pediátricos e serviços de atividade não assistencial e que inclua a participação de outros grupos profissionais, recorrendo a outro tipo de estudos, nomeadamente quantitativos, com amostras mais robustas, que permitam generalização de resultados.

A nossa inexperiência como investigador e a disponibilidade de tempo para a concretização do estudo durante o ENP também foram limitações sentidas. Persiste, no entanto, uma sensação de realização, de aprendizagem e de mudança de atitude profissional para a tomada de decisão face à complexidade que é a abordagem à pessoa em situação crítica.

Esperamos que o conhecimento obtido através deste estudo de investigação e sobretudo através da resolução dos fatores enunciados pelos enfermeiros como influenciadores da sua atuação, possam ser a alavanca para a promoção da reflexão sobre as práticas, despertando sensibilidades para que se desenvolvam estratégias mais eficazes no sentido de otimizar a intervenção das EEMI.

CONCLUSÃO

Com a conclusão deste relatório, termina uma etapa do nosso percurso de aprendizagem e a finalização do ciclo de estudos conducente à atribuição do grau de Mestre.

É, pois, chegado o momento de tecermos algumas considerações finais acerca deste percurso e da aquisição de competências inerentes ao EEEMCPSC.

A realização deste ENP decorreu num SU de um hospital da zona norte do país, constituindo este, um local privilegiado para o desenvolvimento de competências centradas numa prática de enfermagem avançada, que enforma o conjunto de competências inerentes ao EEEMC na vertente da PSC.

Os objetivos que definimos para este estágio centraram-se em duas dimensões: uma dimensão relacionada com a aquisição de competências especializadas no cuidado de enfermagem à pessoa em situação crítica e família, cujo modelo de referência embasou nas competências comuns e específicas do EEEMC/EEEMCPSC; outra dimensão centrada na aquisição de competências no âmbito da investigação e para a qual desenvolvemos um estudo relacionado com a equipa de emergência médica intra-hospitalar, no que se refere à sua via aferente.

A qualidade e a segurança dos cuidados, aliados a uma prática baseada na evidência, foram pressupostos sobre os quais orientámos este nosso processo de aprendizagem.

Conscientes de que, em contexto de urgência, a atenção dos profissionais se deve centrar, sobretudo, nas reações comportamentais e nas respostas fisiológicas dos doentes às situações de instabilidade e de emergência, facilmente compreendemos que a complexidade destes contextos requer uma abordagem rápida de situações potencialmente fatais, exigindo competência na integração da informação, no estabelecimento de prioridades e principalmente na tomada de decisão. É neste sentido, que os EEEMCPSC são os profissionais mais qualificados para a prestação de cuidados diferenciados que estas situações requerem.

No desenvolvimento de competências especializadas destacamos a dimensão relacionada com a gestão de cuidados, com a formação dos enfermeiros e com o controlo da infeção, por serem dimensões onde as nossas fragilidades enquanto enfermeiros eram mais evidentes. A aquisição de conhecimentos e de competências, aliadas às várias estratégias que definimos, constituíram, sem dúvida, mais-valias e permitiram melhorar o nosso

conhecimento, competência, mas também a nossa consciencialização sobre estas dimensões.

Tivemos ainda, a oportunidade de adquirir e desenvolver competências gerais e específicas no cuidado à PSC, o que nos permitiu refletir sobre os conhecimentos adquiridos, sobre a necessidade da prática baseada na evidência, lembrando que a investigação científica conduzida pela teoria orienta a prática de enfermagem na procura de cuidados de excelência.

O estudo de investigação, de cariz qualitativo, que desenvolvemos sobre a EEMI, na perspetiva de quem atua, permitiu-nos adquirir competências na área da investigação e consolidar estratégias baseadas na evidência e no desenvolvimento de estudos em contexto da prática de cuidados.

A escolha deste tema foi de caráter individual, e resultou de uma inquietação decorrente da prática, enquanto enfermeiro que integra a via eferente da EEMI do contexto onde decorreu o ENP. Pela sua pertinência, acreditamos que deste estudo emergiram conclusões que podem contribuir para melhorar a dinâmica da EEMI.

Da experiência de estágio, salientamos a importância deste percurso de formação no aprofundamento de conhecimento, na reflexão sobre as práticas em contexto e no desenvolvimento de competências nas várias dimensões da prestação de cuidados à PSC e família, formação, gestão e investigação.

Este percurso formativo teve alguns constrangimentos que dificultaram o desenvolvimento do mesmo. Referimo-nos à carga horária elevada que semanalmente tivemos de suportar e à dificuldade em conciliar a nossa vida pessoal com este percurso académico. No entanto, se pensarmos nestes constrangimentos como desafios, consideramos que os conseguimos ultrapassar e que atingimos os objetivos a que nos propusemos inicialmente, adquirindo e desenvolvendo as competências necessárias para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AL-Omari, A., Mutair, A. & Aljamaan, F. (2019). Outcomes of rapid response team implementation in tertiary private hospitals: A prospective cohort study. *International Journal of Emergency Medicine*. 1-5. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12245-019-0248-5.pdf>
- Allea European Academies. (2018). *Código europeu de conduta para a integridade da investigação: edição revista*. Berlim: Allea. https://www.allea.org/wp-content/uploads/2018/11/ALLEA-European-Code-of-Conduct-for-Research-Integrity%202017-Digital_PT.pdf
- Almeida, D. V., Chaves, E. C. & Brito, J. H. S. de (2009). Humanização dos cuidados de saúde: uma interpretação a partir da filosofia de Emmanuel Lévinas. *Referência - Revista de Enfermagem*, II (10), 89-96. <http://www.index-f.com/referencia/2009/r10-8996.php>
- Amaral, P. M. F. (2017). *Qualidade da Triagem de Manchester e fatores que a influenciam*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança. (2009). *Referencial de Competências para Enfermeiros da Área da Gestão*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/sites/norte/informacao/Documents/Referencial%20de%20Competencias.pdf>
- Bandeira, R. (2008). *Medicina de catástrofe-de exemplificação à iatroética*: Editora da Universidade do Porto
- Barbosa, V., Gomes, E., Vaz, S., Azevedo, G., Fernandes, G., Ferreira, A., & Araújo, R. (2016). Falha na ativação da equipe de emergência intra-hospitalar: Causas e consequências. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28, 420–426. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160075>
- Bardin, L. (2022). *Análise de conteúdo*. 7ª ed. Lisboa: Edições70 LDA. ISBN:978-972-44-1506-2
- Bem, A. G. (2013). *Equipa de emergência intra-hospitalar: delinear um futuro próximo*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra.

<http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=26002&code=23>

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito - Excelência e poder na prática clínica*. Quarteto Editora. Coimbra. <https://www.worldcat.org/title/de-iniciado-a-perito-excelencia-e-poder-na-pratica-clinica-de-enfermagem/oclc/63702286>
- Benner, P., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (2009). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical, judgment & ethics*. 2ª ed. Londres: Springer Publishing Company
- Bossaert, G. D., Gavin, D. P., Askitopoulou, H., Raffay, V. I., Greif, R., Haywood, K. L., Mentzelopus, S. D., Nolan, J. P., van de voorde, P. & Xantho, T. T. (2015). European resuscitation council guidelines for resuscitation 2015: The ethics of resuscitation and end-of-life decisions section. *Resuscitation*, 95, 302-311. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.033>
- Brazão, M. L. & Nóbrega, S. (2016). Atividade dos serviços de urgência hospitalares. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23(3), 8-14. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/37556/1/Setembro%202016Atividade%20dos%20Servi%C3%A7os%20de%20Urg%C3%Aancia%20Hospitalare.pdf>
- Buckman, R. (2005). Breaking bad news: The S-P-I-K-E-S strategy. *Community oncology*. 2(2), 138-142
- Casimiro, S. (2015). *Padrões da qualidade na administração e gestão de enfermagem*. Relatório de Estágio de Gestão em Enfermagem. Porto
- Chiavenato, I. (2014). *Gestão de pessoas, o novo papel dos recursos humanos nas organizações* (4ª ed.). Barueri, São Paulo: Manole Ltda. ISBN 978-85-204-4549-5
- Conselho Português de Ressuscitação. (2010). *Suporte avançado de vida: Recomendações ERC 2010*. Porto
- Costa, P. L. (2022). *A qualidade e o pensamento Lean: a ISO 9001 numa perspetiva Lean*. Quântica editora, ISBN: 9789899017986
- Coutinho, C. P. (2023). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática* (2ª ed.). Lisboa: Edições Almedina. ISBN: 9789724051376

- Czempik, P. F., Klapan, C., Krok, M. & Wozniak, N. (2019) - Effects of introducing a rapid response team in a university teaching hospital – preliminary analysis. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 51(5), 409-411. https://C:/Users/AC/Downloads/AIT_Art_39172-10.pdf
- Decreto-Lei n.º 15/2014, alterado pelo Decreto-Lei n.º 44/2017. Diário da República I Série, n.º 78 de 2017/04/20, 2028-2029
- Decreto-Lei n.º 71/2019. Diário da República I Série, n.º 101 de 2019/05/27, 2626-2642
- Despacho n.º 10319/2014. Diário da República, II Série, n.º 153 de 2014/08/1, 20673-20674
- Despacho n.º 1400-A/2015. Diário da República, II Série, n.º 28 de 2015/02/10
- Despacho n.º 7710/2018. Diário da República II Série, n.º 154 de 2018/08/10
- Despacho n.º 9639/2018. Diário da República II Série, n.º 198 de 2018/10/15, 27533
- Despacho n.º 9390/2021. Diário da República II Série, n.º 187 de 2021/09/24, Parte C, 96-102
- Difonzo, M. & Bisceglie, A. (2015). Emergenza intraospedaliera: Identificare il paziente in crisi. *Clinical Management Issues*, 9(4), 69-78. [https://C:/Users/AC/Downloads/1185-3473-1-PB%20\(3\).pdf](https://C:/Users/AC/Downloads/1185-3473-1-PB%20(3).pdf)
- Dimick, J. B., Swoboda, S. M., Pronovost, P. J. & Lipsett, P. A. (2001). Effect of nurse-to-patient ratio in the intensive care unit on pulmonary complications and resource use after hepatectomy. *American Journal of Critical Care*. Aliso Viejo, 10(6), 376-82
- Direção Geral da Saúde. (2010). Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO de 22 de junho – Criação e implementação de uma equipa de emergência médica intra-hospitalar. Lisboa, 1-11. <https://www.dgs.pt/?ci=594&ur=1&newsletter=262>
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente: Relatório técnico*. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa

- Direção Geral da Saúde. (2017a). Norma 001/2017 de 08 de fevereiro: *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde. (2017b). *Programa de prevenção e controlo de infeções e resistência a antimicrobianos*. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa
- Direção Geral da Saúde. (2017c). *Programa nacional para a prevenção e controlo da dor*. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa
- Direção Geral da Saúde. (2019). *Higiene das mãos nas unidades de saúde*. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa
- Direção Geral da Saúde. (2020a). Norma nº 004/2020 (de 23/03/2020 atualizada a 06/07/2022): *Abordagem das pessoas com suspeita ou confirmação de covid-19*. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa
- Direção Geral da Saúde. (2020b). Norma nº 005/2018 (de 20/02/2018 atualizada a 10/01/2020): *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*. 1–5. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2022). Circular normativa N. 11/2022/ACSS- *Termos de referenciação dos episódios de urgência classificados na triagem de prioridades como Pouco Urgentes/ Não Urgentes/Encaminhamento inadequado, nos serviços de urgência hospitalares para os cuidados de saúde primários e outras respostas hospitalares programadas*. Lisboa. https://ulsna.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/7/2022/08/Circular_Normativa_11_2022.pdf
- Etter, R., Takala, J. & Merz, T. (2014) - Intensive care without walls: Introduction of a medical emergency team system in a Swiss tertiary care centre. *Swiss Medical Weekly*, nº 144, 1-8. Doi: <https://doi.org/10.4414/smw.2014.14027>
- European Resuscitation Council. (2010). *Versão portuguesa das recomendações 2010 para a reanimação*. Lisboa: Conselho Português de Ressuscitação
- European Resuscitation Council. (2021). *European Resuscitation Council Guidelines*. <https://www.cprguidelines.eu>

- Ferreira, C. I. da S. R. A. (2015). *Gestão em enfermagem e a formação em serviço: tecnologias de informação e padrões de qualidade*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem Porto]. Repositório da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9756/1/>
- Ferreira, V. B., Amestoy, S. C., Silva, G. T., Felzemburgh, R. D., Santana, N. & Trindade, L.L. (2018). Liderança transformacional na prática dos enfermeiros em um hospital universitário. *Acta Paulista Enfermagem*, 31(6), 644-50
- Flórido, T. (2014). *Respostas de emergência a pessoa em situação crítica nas enfermarias do hospital: As práticas, os resultados e as opiniões dos enfermeiros*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. [file:///C:/Users/Antonio%20Carlos/Downloads/D2013_10001822012_21116006_1%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Antonio%20Carlos/Downloads/D2013_10001822012_21116006_1%20(2).pdf)
- Fortin, M. F. (2009a). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência. ISBN 978-989-8075-18-5
- Fortin, M. F. (2009b). *O processo de investigação: Da concepção à realização* (5ª ed.). Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-10
- Garcia, T.R., & Nóbrega, M.M.L. (2004). Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57, 228-232
- Grasner, J.-T., Herlitz, J., Tjelmeland, I. B. M., Wnent, J., Masterson, S., Lilia, G., Bein, B., Bottiger, B. B., Rosell-Ortiz, F., Nolan, J. P., Bossaert, L. & Perkins, D. (2021). European resuscitation council guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe. *Resuscitation*, 1-19. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.007>
- Grupo de Trabalho de Urgências. (2006). *O Serviço de urgência - Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes*. <http://pt.scribd.com/doc/23680917/GTU-Organizacao-das-Urgencias-2006>
- Hospital Santa Maria Maior- EPE. (2018). *Ativação do sistema integrado de emergência médica*. Barcelos

- Hospital Santa Maria Maior- EPE. (2023). *Missão, valores e objetivos*. Barcelos.
<https://www.hbarcelos.min-saude.pt/category/institucional/o-hospital/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). *Manual de suporte avançado de vida*. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica
- International Council of Nurses. (2005). *Nurse: Patient ratios*. Genève.
http://www.icn.ch/matters_rnpratio.htm
- International Council of Nurses. (2019). *Core competencies in disaster nursing*. Genève.
 ISBN: 978-92-95099-68-5
- Jennings-Sanders, A., Frisch, N., & Wing, S. (2005). Nursing Students' Perceptions About Disaster Nursing. *Disaster Management & Response*, 3(3), 80–85.
<http://doi.org/10.1016/j.dmr.2005.04.001>
- Kronick, S., Kurz, M. C., Lin, S., Edelson, D. P., Berg, R. A., Billi, J. E., Cabanas, J. G., Cone, D. C., Diercks, D. B., Foster, J. J., Meeks, R. A., Travers, A. H & Welsford, M. (2015). American heart association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 132(18), 397-413.
 Doi: 10.1161/CIR.0000000000000252
- Ladeira, J. P. (2008). *Ressuscitação Cardiorrespiratória e Cerebral*. In: Martins, H., Damasceno, M. C.; Awada, S. – *Pronto-Socorro: Diagnóstico e tratamento em Emergências* (2ª ed.). Brasil: Manole, pp.125-133. ISBN 978- 85-204-2772- 9
- Lavonas, E., Magid, D. J., Aziz, K., Berg, K. MM., Cheng, A., Hoover, A. V., Mahgoub, M., Panchal, A. R., Rodriguez, A. J., Topjian, A. A. & Sasson, C. (2020). *American heart association: Destaques das diretrizes de rcp e ace de 2020*: traduzido em português por Hélio Guimarães, 1-32
- Le Boterf, G. (1994). *De la compétence : Essai sur un attracteur étrange*. Paris, Les Éditions
- Leach, L. & Mayo, A. (2013). Rapid response teams: qualitative analysis of their effectiveness. *American Journal of critical care*, 22(3), 198-210
- Leininger M. (1995). *Transcultural nursing: concepts, theories, research & practices*. Madrid: McGraw-Hill

- Lessard-Hérbert, M., Goyette, G. & Boutin, G. (1990). *Investigação qualitativa: Fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN: 972-9295-75- 1
- Lopes, S., Costa, C., & Boto, P. (2008). Variação na mortalidade e na demora média do internamento por dia de admissão e de alta. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, nº 7, 117-129
- Mações, M. (2018). *Manual de gestão moderna: Teoria e prática* (2ª ed.). Actual Editora. ISBN 9789896942984
- Macedo, L. (2008). *Diagnóstico de necessidades de formação: Uma solução de agilização*. www: <http://www.sinfic.pt>
- Martins, A. S. (2021). *Comunicação com a Família no Serviço de Urgência Durante a Pandemia da COVID-19*. [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. Repositório Escola Superior de Enfermagem – Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/76605>
- Martins, J. (2017). Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. *Revista de Enfermagem Referência*, nº 12, 155-162. <https://doi.org/10.12707/RIV16074>
- Martins, J., Mazzo, A., Baptista, R., Coutinho, V., Godoy, I., Mendes, I. & Trevizan, M.A. (2012). A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: Retrospectiva histórica. *Acta Paulista Enfermagem*, 25(4), 619-625
- Maul, R. (2010). *A medicina intensiva trata doentes críticos agudos, muitas vezes no limite*. Sesaram EPE. http://sras.govmadeira.pt/index.php?option=com_content&view=article&id
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development & progress* (5ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1-60547-211-9
- Meleis, A.I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger-Messias, D. K. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28. ISSN 0345-0082
- Mendes, A., Carvalho, F., Dias, C., & Granja, C. (2009). Paragem cardíaca intra-hospitalar: Factores associados à decisão de não reanimar. O impacto da

emergência intra-hospitalar organizada. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 28 (2), 131-141

Menoita, E. (2011). *Formação em serviço – um contributo para o desenvolvimento de competências*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda. ISBN 978-989-8269-15-7

Moreira, A.A., Ramos, R. O., Ligório, A. B., Junqueira, K. D. & Correa, K. S. (2018). Rapid response team: What factors interfere with its performance? *Investigacion y Educacion en Enfermaria*, 36 (2)

Mota, M. C., Santos, M. R., Duarte, M., Rocha, J., Rodrigues, A. R., Gonçalves, A., Ribeiro, C., Sobreira, R., Pereira, S. & Susana. (2020). Gestão da dor na prática de enfermagem no serviço de urgência. *Millenium*, 2(5), 269-279. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.29.00257>

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M. & Zelevinsky, K. (2002) - Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. *The New Engleng Jornal of Medicine*. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmsa012247>

Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem*. Loures. Lusociência

Nolan, J. P., Soar, J., Ziderman, D. A., Biarent, D., Bossaert, L. L., Deakin, C., Koster, R. W., Wyllie, J. & Bottiger, B. (2010) – *Versão Portuguesa das Recomendações 2010 do European Resuscitation Council*. Responsabilidade do Conselho Português de Ressuscitação

Nunes, J. (2011). Sobre a ética (e a política) da investigação social em saúde. *Sociologia On Line*, nº3, 167-188. Doi: <http://hdl.handle.net/10316/80706>

Nunes, L. (2007). Olhar no sentido do futuro: do que temos ao que queremos – na encruzilhada do presente. *Percursos*. Maio, 36-42.

Oliveira, N. (2014). O fim de vida: considerações éticas. *Sinais Vitais*. Coimbra, nº 114, 5-8. ISSN 0872-8844

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor, guia orientador de boa prática*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Estatuto da ordem dos enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Regulamento da Formação Profissional da OE*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6153/regulamentoformacaoprofissionalo e.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017a). *Nota informativa N°2, Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência - Parecer N°10*. Mesa do colégio da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017b). *Nota informativa N°2, Transporte da pessoa em situação crítica - Parecer N.º 09*. Mesa do colégio Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transp rtepessoasituacacritica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017c). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. Leiria. Assembleia do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Competências acrescidas*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/faqs/compet%C3%A2ncias-acrescidas/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Parecer N°14*. Mesa do colégio de especialidade em Enfermagem médico-cirúrgica.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n%C2%BA14_2018_rectificado.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento da norma para calculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Assembleia Geral Ordinária. https://www.aper.pt/Ficheiros/Consulta%20P%C3%BAblica/dot_3.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Estatística de enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Organização Mundial da Saúde. (2008). *Emergency medical services systems in the european union*. Relatório da Organização Mundial de Saúde. <https://ec.europa.eu/digital-single-market/sites/digital-agenda/files/WHO.pdf>
- Organização Mundial da Saúde & International Council of Nurses. (2009). *ICN framework of disaster nursing competencies*. Geneva
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030*. Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- Peberdy, M. A., Cretikos, M., Abella, B. S., DeVita, M., Goldhill, D., Kloeck, W., ... & Young, L. ILCOR (2007). Recommended guidelines for monitoring, reporting, and conducting research on medical emergency team, outreach, and rapid response systems: An utstein-style scientific statement. *Circulation*, 116, 2481-2500 doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.107.186227
- Person, S. D., Allison, J. J., Kiefe, C. I., Weaver, M. T. & Williams, O.D. (2004). Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical Care*, 42(1), 4-12
- Pertence, P., & Melleiro, M. (2010). Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em hospital universitário. *Revista Escola Enfermagem da Universidade de S. Paulo*, 44(4), 1024-31
- Peterson, J. & Smith, R. (1998). *5s Pocket guide*. Portland: Productivity, Inc.
- Pinto, J. P. (2014). *Pensamento Lean – A filosofia das organizações vencedoras* (6.ª ed.). Lidel – Edições Técnicas, Lda. ISBN 978-989-752-032-7.
- Polit, D. F. (2004) - *Fundamentos da pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed. ISBN 85-7307-984-3

- Portugal. Ministério da Saúde. (2015, atualizada a 29/08/2022). Circular Normativa n.º 019/2015. “*Feixes de Intervenções*” de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical. Direção Geral De Saúde
- Portugal. Ministério da Saúde. (2015, atualizada a 29/08/2022). Circular Normativa n.º 022/2015. “*Feixes de Intervenções*” de prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central. Direção Geral De Saúde
- Powers, R. (2010). *Introduction to disasters and disaster nursing*. Em R. Powers & E. Daily (Eds.), *International disaster nursing*. Vol. 9780521168, 1–12. Cambridge: Cambridge University Press. <http://doi.org/10.1017/CBO9780511841415.004>
- Registered Nurses’ Association of Ontario. (2013). Developing and sustaining nursing leadership best practice guideline second editions: Best practice guidelines developing and sustaining nursing leadership. *Best Practice Guidelines*, 2, 144. http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/LeadershipBPG_Booklet_Web_1.pdf
- Regulamento n.º 76/2018. Diário da República. II Série, n.º 21 (2018-01- 30) - Ordem dos Enfermeiros - *Regulamento da competência acrescida em avançada em gestão*
- Regulamento n.º 429/2018. Diário da República. II Série, n.º 135 (2018-07- 16) - Ordem dos Enfermeiros - *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*, 19362–19364
- Regulamento n.º 140/2019. Diário da República. II Série, n.º 26 (2019-02-06) – *Ordem dos Enfermeiros - Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*, 4744–4750
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (3ªed.). Porto: Legis Editora. ISBN 978-989-8148-46-9
- Royal College Of Physicians. (2012). *National early warning score (NEWS): Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS*. London: Royal College of Physicians. ISBN ISBN 978-1-86016-471-2
- Sá, F. L. G. de, Botelho, M. A., & Henriques, M. A. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19, 31–46. http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf

- Sampieri, R.; Collado, C. & Lucio, M. (2013). *Metodologia de pesquisa* (5ª ed.). São Paulo: McGraw-Hill. ISBN 978-85-65848-36-7
- Silva, A. (2007). *O direito à privacidade do doente no serviço de urgência*. [Tese de Mestrado. Faculdade medicina]. Repositório Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto
- Soar, J., Bottiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djarv, T., Lott, C., Olasveengen, T., Paal, P., Pellis, T., Perkins, G. D., Sandroni, C. & Nolan, J. P. (2021). European resuscitation council guidelines 2021: Adult advanced life support. *Resuscitation*, 1-37. file:///C:/Users/AC/Downloads/RESUS-8903-ALS%20(1).pdf
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2011). Ética da reanimação e decisões de fim-de-vida. Lisboa. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 18(1), 77-79. ISSN 0872-3087
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de doentes críticos adultos - Recomendações*. SPCI. <https://www.spci.pt/>
- Sousa, C. (2022). *Unidade Curricular – Estágio de Natureza Profissional 2º ano*. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Viana Do Castelo
- Souza, M. N. da S., De Lima, L. A. & De Sousa, V. J. (2021). Prática dos profissionais de enfermagem frente a segurança do paciente em uma unidade de emergência. *Enfermagem Brasil*, 20(3), 301–317. <https://doi.org/10.33233/eb.v20i3.4008>
- Szczeklik, W., Fronczek, J., Gorka, J., Bananszewska, A., Galkin, P., Gozdzik, W., Kudlinski, B., Kutaj-Wasikowska, H., Nowina-Konopka, M., Polok, K. J., Wolk-popielska, A., Wludarczyk, A. & Jaeschke, R. (2019). 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*, 129(12), 949-955
- Tourangeau, A. E., Giovannetti, P., Tu, J. V. & Wood, M. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Canadian journal of Nursing Research*, 33(4), 71-8
- UNESCO. Portugal. (2016). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*

- Valente, J., Micaelo, F., Antunes, N., Costa, P. & Lourenço, N. (2017). Contributo assistencial da equipa de emergência médica intra-hospitalar do hospital amato lusitano de castelo branco. *Revista de Saúde Amato Lusitano*, nº46, 8-9.
http://www.ulscb.min-saude.pt/wpcontent/uploads/sites/9/2017/02/revista_46-setembro-dezembro-2017-1
- Vilelas, J. (2020). *Investigação – o processo de construção do conhecimento* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo
- Winters, B., Weaver, S. J., Pfoh, E. R., Yang, T., Pham, J. C. & Dy, S. M. (2013). Rapid-Response systems as a patient safety strategy. *Annals of Internal Medicine*, vol. 158, 417-425. Doi: 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00009

ANEXOS

ANEXO I – CERTIFICADO FORMAÇÃO: CONSENTIMENTO INFORMADO E
DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO

Certifica-se que, **ANTÓNIO CARLOS SOUSA VILAS BOAS**, natural de Barcelos, nascido(a) em 16/11/1977, titular do Cartão de Cidadão n.º 11047805 3 ZY5, válido até 04/03/2029, frequentou o curso de formação profissional "*CONSENTIMENTO INFORMADO E DIRETIVA ANTECIPADA DA VONTADE*", promovido pelo Hospital Santa Maria Maior, EPE e realizado em Barcelos no dia 14/11/2022, com a duração total de 2 horas.

Barcelos, 02 de dezembro de 2022.

O Responsável pela Entidade Formadora
Hospital Santa Maria Maior, E.P.E.

(**Maria Carreiras da Silva Fernandes**)
Desenvolvimento Profissional

Certificado n.º 64/2022

Cofinanciado por:



Hospital Santa Maria Maior, EPE – Barcelos

NIF: 506361381

Campo da República – Apartado 181
4754-909 Barcelos

Telefone: 253 809 200 Fax: 253 817 379

ANEXO II – CERTIFICADO DO II ENCONTRO URGÊNCIAS OLIVEIRA DE
AZEMÉIS



2º ENCONTRO
URGÊNCIAS
OLIVEIRA DE AZEMEIS
CERTIFICADO

Certifica-se que:

António Carlos Sousa Vilas Boas

Participou no 2º Encontro de Urgências de Oliveira de Azeméis, que se realizou no dia 21 de outubro de 2022 no auditório da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis.

A Comissão Organizadora

Rezende

ANEXO III – CERTIFICADO II CONGRESSO APTF FERIDAS - NOVAS
EVIDÊNCIAS

15
16 NOV.

ALTICE FORUM
BRAGA

CONGRESSO
APTIFERIDAS '22

É VÊNIA DI C

SEM FRONTEIRAS



CERTIFICADO

Certifica-se que:

António Carlos Sousa Vilas Boas

Esteve presente no **Congresso APTIFeridas'22 - Evidência Sem Fronteiras**, que se realizou no **Altice Forum Braga**, nos dias **15 e 16 de Novembro de 2022**, com a duração total de **18 horas**.

Braga, 16 de Novembro de 2022.

Pe' As Comissões Científica e Organizadora

O PRESIDENTE
DA DIREÇÃO
(Paulo Alves)

A PRESIDENTE
DO CONGRESSO
(Ester Nóbrega)

A PRESIDENTE DA
COMISSÃO ORGANIZADORA
(Arabela Moura)



ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR PARA O ESTUDO



Centro de Formação e Desenv. Prof. 12:03
António Carlos Sousa Vilas Boas, + 1



Caro Senhor

Enfermeiro António Carlos Sousa Vilas boas

Encarrega-me o Conselho de Administração de informar que deliberou, em 05/01/2023, **autorizar** a realização do seu estudo "EQUIPA DE EMERGÊNCIA INTERNA: REALIDADE DE QUEM ATIVA", integrado no estágio académico que está a realizar no Serviço de Urgência.

Com os melhores cumprimentos,

Maria Carreiras (Enf^a)

Responsável do Serviço de Formação e Desenvolvimento Profissional

HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR, EPE

Campo da Republica – Apartado 181

4754 909 Barcelos

TEL [+351 253 809 221](tel:+351253809221) FAX [+351 253 817 379](tel:+351253817379)

Extensão 6021

www.hbarcelos.min-saude.pt/

APÊNDICES

APÊNDICE I – ISBAR: COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DOS
CUIDADOS DE SAÚDE

LISTA DE SIGLAS

CIPE - Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral de Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Trabalho realizado por:

António Carlos, 1128

Diogo Tomás, 2287

Ivo Alves, 2262

Teresa Ferreira, 2375

INTRODUÇÃO

A comunicação entre os profissionais de saúde representa um grande desafio, uma vez que os erros e lacunas relacionados com a mesma, em momentos de transferência de responsabilidade de cuidados de Enfermagem, podem colocar a segurança do doente em risco.

Para garantir a transição segura de cuidados é necessário compreender a forma como se realiza esta transição, bem como, quais os processos que promovem e/ou dificultam a passagem de informação.

Assim, é essencial conhecer os pontos fulcrais na transmissão de informação aquando da transição de responsabilidade de cuidados reconhecendo aspetos de melhoria e adotando métodos facilitadores dessa transmissão de informação. As falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na área da saúde, a nível internacional. A evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a má comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente.

A prática clínica, no contexto do Serviço de Urgência, pelas suas características particulares e dinâmica, pode levar à perda de informação importante para a continuidade dos cuidados e ao aparecimento de eventos adversos. Neste ambiente, a assistência não é de fácil realização nem isenta de desgaste, tanto profissional como pessoal. Uma transmissão adequada, precisa, fiável, abrangente e em tempo útil da informação é uma componente essencial para a segurança do doente.

Assim, objetivamos promover o aumento da segurança e da continuidade dos cuidados prestados e uma consequente melhoria da qualidade dos mesmos através da padronização do processo de transmissão de informação, já que este pode ser um recurso que permita salvaguardar a qualidade dos cuidados e reduzir o aparecimento dos eventos adversos.

1. SEGURANÇA DO DOENTE NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

Em 2009, a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que, a segurança do doente coaduna-se com a redução ao mínimo aceitável do risco de qualquer dano desnecessário relacionado com os cuidados de saúde. Neste sentido, a segurança do doente é um fator de identificação de um serviço de saúde de qualidade, distinguindo-se das tradicionais dimensões de qualidade, focadas em fazer o correto na altura devida. O foco principal é trabalhar para a ausência de dano, resultante da implementação de cuidados de saúde:

A OMS define cultura de segurança como sendo, o produto dos valores individuais e de grupo, atitudes, capacidades de perceção, competências e padrões de comportamento, que determinam o empenho, estilo e proficiência, na gestão e segurança de uma organização (WHO, 2009).

Neste sentido, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026) é suportado por cinco pilares (cultura de segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de incidentes de segurança; práticas seguras em ambientes seguros) com a definição de vários objetivos estratégicos. Assim, o objetivo é a consolidação e promoção da segurança aquando da prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a tele saúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos.

Tal como abordado no plano anterior, corrobora-se que a comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde.

2. COMUNICAÇÃO E SEGURANÇA DO DOENTE – METODOLOGIA ISBAR

Desde a era primitiva até à atualidade, a comunicação de forma global tem vindo a transformar o mundo de forma constante. O desenvolvimento de técnicas de comunicação promoveu novas formas de estar e viver em sociedade, deixando de existir fronteiras e constrangimentos que impedissem a aproximação e relação interpessoal entre os povos. Também no exercício da Enfermagem, a comunicação revela-se como sendo essencial e imprescindível.

A Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE) define comunicação como um comportamento interativo que permite a transmissão e a receção de informações, recorrendo a comportamentos verbais e não verbais, podendo ser face a face ou utilizando meios tecnológicos, como por exemplo, o telefone ou o computador (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016).

A Direção Geral de Saúde (DGS) reconhece a centralidade da comunicação no desenvolvimento da Enfermagem, pois grande parte das suas intervenções assentam na comunicação com o doente, devendo esta ser apropriada, oportuna, explícita, completa sem ambiguidade e no momento certo, de modo a ser percebida pelo receptor (DGS, 2017).

O processo de transição de cuidados de saúde pode definir-se como a transferência de responsabilidade e respetiva informação clínica, de um profissional de saúde para outro, e envolve o desenvolvimento de um conjunto de ações que permitem garantir a estruturação, continuidade e segurança dos cuidados.

Aquando desta transferência pretende-se passar informações relevantes e precisas sobre a situação do doente, tratamentos instituídos, cuidados de saúde necessários, avaliação e evolução clínica, assim como o planeamento, antecipando riscos ou mudanças imprevistas nas condições clínicas dos doentes e, desta forma, minimizar os riscos associados (Johnson, Sanchez e Zheng, 2015). A existência de informação irrelevante, repetitiva ou perdida, tem sido identificada como um dos principais fatores associados a uma comunicação ineficaz durante a o processo de transição de cuidados de saúde e pode comprometer os cuidados subsequentes.

Segundo The Joint Commition (2017), os erros são uma realidade e a má comunicação contribui bastante para a sua ocorrência. Já anteriormente, a OMS (2007) havia alertado que, a comunicação ineficaz na transição de responsabilidade entre profissionais origina eventos adversos clínicos e erros médicos.

A comunicação eficaz durante a transferência de responsabilidade entre profissionais é, assim, um fator importante na segurança do doente e a utilização de um sistema padronizado de passagem de informação para minimizar erros e melhorar os *outcomes* dos doentes é recomendado pela The Joint Commition, pois a standardização do método de transmissão de informação reduz a perda de informação e promove a continuidade dos cuidados.

Atentando à importância de uma comunicação eficaz na transição dos cuidados e na segurança do doente, a DGS emitiu em 2017, a Norma 001/2017: Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde (ANEXO I). A norma tem como objetivo principal a uniformização de boas práticas para uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde, durante a transição de cuidados de saúde dos doentes, garantindo uma comunicação precisa e oportuna de informações, de modo a que, possíveis erros e lacunas sejam mitigados, diminuindo a mortalidade. (DGS, 2017)

A metodologia ISBAR, derivada da metodologia SBAR, é a sigla que corresponde a: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações). Esta metodologia surge na norma com o objetivo de uniformizar a comunicação na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados por forma a promover a segurança do doente (DGS, 2017). Esta é uma ferramenta de comunicação padronizada que permite a transmissão de informação pelos profissionais, reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados.

São várias as organizações e entidades ao nível internacional a recomendar a metodologia ISBAR como ferramenta para a normatização da comunicação na transmissão de informação. A mesma permite uma “ fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados, mas também, porque é uma estratégia de compreensão de mensagens, recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações desses cuidados” (DGS, 2017, p.4).

Já em 2013, Tranquada, descreve a metodologia ISBAR como um método eficaz para normalizar e padronizar os diferentes estilos de comunicação, contribuindo para que todas sigam a mesma linha comunicacional permitindo, deste modo, que possíveis erros e lacunas que possam acontecer no processo de comunicação diminuam, o que em contexto de urgência, se torna ainda mais importante.

Nogueira e Rodrigues, em 2015, afirmam que a metodologia ISBAR fornece estrutura adequada para a comunicação entre os profissionais de saúde a respeito da situação e da condição clínica do doente, e permite que os profissionais antecipem os próximos passos, se necessário. Silva e Rodrigues (2016), acrescentam que comunicação deve ser intencional, compreendida por todos os envolvidos e deve, também, respeitar os aspetos éticos.

De acordo com a norma supramencionada, ISBAR significa:

“**Identificação:** Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e receptor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação; **Situação atual:** Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; **Antecedentes:** Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade; **Avaliação:** Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas; **Recomendações:** Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente” (DGS, 2017, p. 4).

Terminámos com a exposição do modelo explicativo da metodologia ISBAR no quadro 1.

Quadro 1 - Modelo explicativo da metodologia ISBAR (DGS, 2017)

Mnemónica ISBAR	
I - IDENTIFICAÇÃO Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e receptor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação	a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do profissional de saúde emissor; c) Nome e função do profissional de saúde receptor; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.

S - SITUAÇÃO ATUAL/CAUSA Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde	a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.
B - ANTECEDENTES/ ANAMNESE Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade	a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Diretivas antecipadas de vontade; d) Alergias conhecidas ou da sua ausência; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Técnicas invasivas realizadas; h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.
A - AVALIAÇÃO Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa/não - medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	a) Problemas ativos; b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativos.
R - RECOMENDAÇÕES Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente	a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e MCDT agendados; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.

CONCLUSÃO

Muitas vezes a comunicação é passível de apresentar erros e lacunas, nesse sentido, foi reconhecida a metodologia ISBAR como uma estratégia para normatizar e padronizar a comunicação, diminuindo a ocorrência de erros nos momentos de transição de responsabilidade de cuidados de saúde, neste caso, entre a passagem de turno para outro profissional de saúde.

Deste modo, esperamos que este trabalho venha a ser uma mais-valia tanto para o serviço onde foi realizado o estágio, assim como, se o entenderem, para a instituição no seu todo.

A adoção da metodologia ISBAR, como ferramenta de normatização e padronização da comunicação da informação sobre o doente na transferência de responsabilidade, traduzir-se-á na melhoria e na segurança dos cuidados de Enfermagem prestados ao doente.

BIBLIOGRAFIA

- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros
- Direção Geral de Saúde (2017). Norma 001/2017 de 08 de fevereiro: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde
- Johnson, M., Sanchez, P. and Zheng, C. (2015). The impact of an integrated nursing handover system on nurses' satisfaction and work practices. *Journal of Clinical Nursing*, 25 (1-2), 257-268
- Nogueira, J. & Rodrigues, M. (2015). Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enfermagem*, 20(3), 636-640
- Silva, E. & Rodrigues, F. (2016). Segurança do doente e os processos sociais na relação com enfermeiros em contexto de bloco operatório. *Revista de Enfermeria y Humanidades: Cultura de los Cuidados*, 46, 134-135.
- The Joint Commition. (2017). Inadequate hand-off communication. Sentinel Event Alert, 58, 1-6. Disponível em <https://www.who.int/patient-safety/solutions/patientsafety/PSsolution3.pdf>
- Tranquada, M. (2013). A Comunicação Durante a Transição Das Equipas de Enfermagem: Estudo de caso sobre as características da comunicação nas passagens de turno de enfermagem numa enfermaria cirúrgica de um Hospital Português. (Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde). ISCTE Business School – Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa. Portugal
- World Health Organization, & International Council of Nurses (Eds.). (2009). ICN Framework Of Disaster Nursing Competencies. Geneva: ICN & WHO

ANEXOS

Grelha de Orientação na Transição dos Cuidados de Saúde

GRELHA DE ORIENTAÇÃO NA TRANSIÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE (elaborada com base na Noma da DGS 001/2017)

Identificação	Situação Atual	Anamnese	Avaliação	Recomendações
Nome:	Data admissão:	Antecedentes Pessoais:	Problemas atuais:	Plano de cuidados:
Idade:	Motivo Internamento:	Grav dependência:	Terapêutica:	MCDTS agendados:
Proveniência:	MCDTS realizados:	Alergias:	Alterações estado saúde significativas:	Necessidades do cuidador:
Domicílio:	Terapêutica realizada:	Terapêutica habitual:	Focos de atenção e intervenções:	Outro:
Pessoa significativa:		Risco IACS's:		
Outros:		Outro:		

APÊNDICE II – PROJETO DE REORGANIZAÇÃO DA SALA DE EMERGÊNCIA:
POR UMA SE MAIS FUNCIONAL

POR UMA SALA DE EMERGÊNCIA MAIS FUNCIONAL...

Autores:

António Carlos, 1128

Diogo Tomás, 2287

Ivo Alves, 2262

Rui Gonçalves, 884

Teresa Ferreira, 2375

ÍNDICE

LISTA SIGLAS	3
ÍNDICE DE FIGURAS	4
INTRODUÇÃO	5
OBJETIVO GERAL	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
FILOSOFIA LEAN	9
1.º S - SEIRI - SENSO DE UTILIZAÇÃO	9
2.º S - SEITON - SENSO DE ARRUMAÇÃO	10
3.º S - SEISO - SENSO DE LIMPEZA	10
4.º S - SEIKETSU - SENSO DE SAÚDE E HIGIENE	10
5.º S - SHITSUKE - SENSO DE AUTO-DISCIPLINA	10
Aplicação do Código de Cores	16
SALA DE EMERGÊNCIA E PRÁTICA SIMULADA	16
CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

LISTA SIGLAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
AHA - American Heart Association
CPR- Conselho Português Ressuscitação
CRRNEU - Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência
DGS - Direção Geral de Saúde
GTSU - Grupo Trabalho Serviços Urgência
PSC - Pessoa em Situação Crítica
RCP- Ressuscitação Cardiopulmonar
SE - Sala de Emergência
SU - Serviço de Urgência
VA – Via Aérea

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura SE	12
Figura 2 - Estrutura SE	13
Figura 3 - Estrutura SE	15
Figura 4 – Código de cores. Fonte :Bonjer, 1976)	16
Figura 5 - Protótipo de equipa de reanimação "pit crew"	17
Figura 6 - Proposta de modelo operacional para a SE do HSMM	18

INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde na área de urgência e emergência são um componente primordial à sociedade atual. Cada vez mais, há necessidade desses cuidados devido a acidentes, a violência urbana e situações de doença relacionadas com o estilo de vida, o envelhecimento da população e comorbidades subsequentes. De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS), o Serviço de Urgência (SU) existe para “tratar clientes em situações urgentes e emergentes, oferecendo tratamento eficaz, eficiente e equitativo” (2001, p. 6-7). Para compreender a lógica de funcionamento do SU, a mesma entidade clarificou os conceitos de urgências como “todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” (DGS, 2001, p. 32) e emergências como “todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (DGS, 2001, p. 32).

No Relatório do Grupo Trabalho - Serviços Urgência (GTSU) (2019), encontramos a definição de urgência/emergência médica como uma situação clínica súbita em que ocorre uma falência ou risco de compromisso de uma ou mais funções vitais. No entanto, a Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, (CRRNEU) (2012, p.8), dividiu os conceitos e definiu 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” e urgência como uma situação clínica “que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa)”.

Além disso, segundo o Manual de Recomendações Técnicas para o SU, publicado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) em 2015, este tipo de serviço tem por objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de clientes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar. Assim, quem recorre a este tipo de serviço é atendido por uma equipa multidisciplinar com formação e competências específicas (Ferreira et al., 2020).

O SU, para além de ser o rosto e a porta de entrada de um hospital, pelas suas características próprias é um ambiente de stress, desprovido de padronização de cuidados, com imprevisibilidade e em que as ações estão dependentes do tempo, com

um ritmo de trabalho acelerado em que todos os minutos contam, onde se reflete a necessidade de haver uma equipa profissional muito bem preparada e capacitada com conhecimentos, com competências técnicas e psicomotoras, na tomada de decisão e rapidez na sistematização do trabalho em equipa. A prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC) exige intervenções complexas e atempadas, percorrendo a área extra-hospitalar, passando pelo transporte primário até à assistência intra-hospitalar (Ferreira et al., 2020).

O Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da PSC, presta cuidados de enfermagem altamente qualificados, à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, com o objetivo de responder às necessidades identificadas, manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e limitar incapacidades (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro).

Cuidar da PSC na Sala de Emergência (SE), como referimos, implica a convergência de vários domínios de competência, nomeadamente na implementação de protocolos de atuação em situações de urgência/emergência, comunicação, priorização de intervenções e tomada de decisão clínica e ética, o que nos reporta para as competências de Enfermeiro Especialista no Cuidados à PSC (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro).

Devido à sua importância na rede hospitalar, as SE são uma das áreas destacadas nas recomendações para a organização dos cuidados de urgência e emergência, que preconizam a regulamentação da organização e funcionamento destes espaços nos SU, com base nas condições existentes em cada hospital (Grupo de Trabalho Urgências, 2006).

No SU, especialmente na SE, a prestação de cuidados de enfermagem à PSC é recorrente e requer uma abordagem sistemática à pessoa, bem como o domínio de protocolos e algoritmos de atuação baseados em evidência científica, pelo que, implica um amplo conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (Ferreira & Madeira, 2011).

Pelo descrito, a SE é uma das unidades funcionais do SU mais exigente, onde o enfermeiro tem que responder de forma eficaz e eficiente às necessidades da PSC, o que muitas vezes exige uma decisão em escassos segundos com repercussões no modo fisiológico da pessoa. O enfermeiro que presta cuidados na SE deve assim, reunir um

vasto leque de competências de domínio profissional, ético e legal, de comunicação, de gestão - quer de recursos materiais e humanos, quer de situações de exceção - de cuidado à PSC e prevenção de complicações, na procura da excelência dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

A SE é uma área funcional particularmente exigente, que se caracteriza por acolher a PSC por doença aguda, crónica agudizada ou trauma. Pela sua especificidade exige que o enfermeiro alocado à prestação de cuidados neste espaço possua uma multiplicidade de competências. O domínio dos conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais para a prestação de cuidados de enfermagem à PSC, a operacionalização de protocolos complexos de atuação em situações de urgência/emergência, o trabalho em equipa, a comunicação de más notícias, a gestão de tempo, recursos humanos e materiais, é um contributo para alcançar a excelência nos cuidados prestados nesta unidade funcional. Pelo acima descrito, os enfermeiros especialistas assumem a liderança da equipa no SU devido ao reconhecimento de seus elevados níveis de juízo clínico e tomada de decisão nos diferentes domínios da sua área de especialização, o que determina a sua alocação à SE.

A discórdia nos procedimentos adotados, as falhas na liderança e na comunicação da equipa, o stress e a falta de organização podem desviar o foco de atenção da equipa e gerar um ambiente caótico e confuso (Mellick & Adams, 2009). Pelo que, a cada momento, cada elemento deve saber qual é o posto e a função que tem adstrita. A equipa multidisciplinar deve atuar de forma sincronizada, coesa e articulada, sob orientação de normas operacionais, adotando uma metodologia sequencial de atuação desde a admissão da PSC até à sua estabilização e planeamento da transferência intra ou inter-hospitalar (Welbe & Galvão, 2005).

A admissão de uma pessoa na SE traduz-se numa imediata mobilização da equipa multidisciplinar para a prestação de cuidados de saúde, em que a equipa de enfermagem assume um papel fundamental. Assim, para a melhor abordagem, tratamento e estabilização da PSC importa sistematizar e adequar os requisitos arquitetónicos, materiais, técnicos, funcionais e humanos a ter em conta nos mais diversos cenários.

OBJETIVO GERAL

Tendo em consideração o acima descrito define-se como objetivo geral deste trabalho:

- Reorganizar a SE (espaço físico, dotação de material clínico e farmacológico, redefinição de funções, informatização dos registos de cuidados), no sentido de torná-la mais funcional e eficiente na abordagem à PSC.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

No entanto, um objetivo geral só pode ser avaliado se traduzido, mediante a conceitualização de objetivos específicos, nomeadamente:

- Descrever a filosofia LEAN;
- Sensibilizar os gestores institucionais para a necessidade de tornar este espaço mais eficiente, através da economia de recursos e otimização de processos, de maneira a oferecer um serviço de maior qualidade;
- Organizar o material clínico na SE por áreas de atuação (A, B, C, D, E);
- Formar kits de acesso rápido para procedimentos específicos;
- Criação de plataforma informática interna hospitalar que permita acesso permanente ao plano formativo do SU;
- Criação de registo de admissão de doente na SE e implementação de auditoria;
- Evidenciar o papel da prática simulada na abordagem célere, sistematizada e eficiente à PSC;
- Gerir e adequar a dotação de material clínico e farmacológico de forma mais eficiente minimizando o desperdício.

FILOSOFIA LEAN

A intervenção do enfermeiro mediante a PSC exige-se precisa, eficiente, eficaz, em tempo útil e holística (Regulamento n.º 122/2011, 2011) pelo que a SE deve ser consonante com esta premissa.

A reorganização permite uma adequação do meio ambiente (estímulos contextuais e residuais) aos comportamentos da pessoa, contribuindo para a sua integridade. Portanto, durante a reorganização, a aplicação do método 5S+1 como ferramenta de gestão de qualidade permite-nos definir, avaliar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho (Pertence & Melleiro, 2010) com o acréscimo da garantia da segurança dos cuidados.

O principal objetivo do programa 5S+1 é promover a mudança de comportamento das pessoas, através da eliminação de materiais obsoletos, identificação correta de materiais, garantir a limpeza regular e adequada do local de trabalho, promovendo a conceptualização de um ambiente que favoreça a saúde física, mental, manutenção da ordem refletindo-se na melhoria do desempenho e segurança da organização (Pertence & Melleiro, 2010).

A sua denominação teve origem nas letras iniciais de cinco palavras de origem japonesa, cuja adaptação para a língua portuguesa adquire a designação de cinco sentidos, a que correspondem as cinco etapas do programa que evolui e culmina no estabelecimento dos pré-requisitos previamente determinados e na sua manutenção (Pertence & Melleiro, 2010). Os 5 sentidos são especificamente o senso de utilização, o senso de arrumação, o senso de limpeza, o senso de saúde e higiene e o senso de auto-disciplina (Silva, 2005). Assim, a aplicação do método 5S+1 permite organizar a área de trabalho, otimizando o desempenho, o conforto, a segurança e a limpeza (Peterson & Smith, 1998).

1.º S - SEIRI - SENSO DE UTILIZAÇÃO

O conceito associado ao primeiro "S" é separar o útil do inútil, eliminando o desnecessário (Silva, 2005).

Ter o material necessário, em quantidade adequada e controlada, é fundamental para facilitar os cuidados. Portanto, é importante saber separar e classificar os objetos,

separar os úteis dos inúteis, e progressivamente separar os mais utilizados dos menos utilizados, com uma alocação ajustada à sua utilização (Silva, 2005).

2.º S - SEITON - SENSO DE ARRUMAÇÃO

O conceito associado ao segundo "S" é identificar e arrumar tudo, para que qualquer pessoa possa localizar facilmente determinando material através da ordenação, sistematização e classificação com: a padronização de nomenclaturas; o uso de rótulos e cores vivas para identificar os materiais, a adoção de um padrão; a distribuição de objetos diferentes em locais diferentes; a definição do local de armazenamento de cada objeto e acondicionamento adequado de objetos e móveis, evitando a sua permanência em local que condicione a locomoção (Silva, 2005).

3.º S - SEISO - SENSO DE LIMPEZA

Ao terceiro "S" associa-se o conceito de manter um ambiente sempre limpo. Todos os elementos da equipa devem reconhecer a importância de manter um ambiente limpo e os seus benefícios, transparecendo qualidade e segurança (Silva, 2005).

4.º S - SEIKETSU - SENSO DE SAÚDE E HIGIENE

O conceito associado ao quarto senso é o de manter um ambiente de trabalho sempre favorável à saúde e higiene, sendo a higiene definida como a manutenção da limpeza e da ordem, uma vez que um ambiente limpo é um ambiente mais seguro.

5.º S - SHITSUKE - SENSO DE AUTO-DISCIPLINA

O conceito associado ao quinto "S" é o de fazer das atitudes descritas um hábito, transformando os 5S num modo de vida, usando a criatividade no trabalho, melhorando a comunicação interpessoal, compartilhando visão e valores, harmonizando as metas, treinando o pessoal com paciência e persistência, consciencializando-os para os 5S (Silva, 2005).

Este processo determinou o estabelecimento de normas de verificação/utilização da SE, uma vez que, a necessidade de responder prontamente perante uma situação de emergência exige que a verificação da SE seja permanente, garantindo a sua prontidão perante a PSC para uma resposta rápida e eficaz. Assim, o Enfermeiro responsável pela SE deve no início de cada turno e após cada utilização assegurar a verificação e reposição da SE; efetuar a verificação diária da SE de acordo com a listagem de verificação do material da SE; sendo fundamental a periodicidade de aplicação do método para avaliação dos progressos, cumprindo sempre os procedimentos operacionais e os padrões éticos da Instituição, na procura da melhoria da qualidade. A autodisciplina requer a consciência e um constante aperfeiçoamento de todos no ambiente de trabalho (Silva, 2005).

Mas também o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica, nomeadamente de dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, desde a conceção à ação, sendo a reorganização da SE pensada para a admissão de dois doentes simultaneamente, com adequada gestão de material. E ainda, na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a PSC e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas com adequado controlo, contemplada na terceira e quarta etapa do método 5S.

A reorganização da SE determinou a alocação de equipamentos, material clínico e farmacológico. A cultura do cuidado hospitalar está centrada no cuidado ao doente. Como tal, as mudanças e melhorias concentram-se em melhorar a assistência às pessoas que aí recorrem. Os benefícios para o doente serão melhores também para a organização, caso se mostrem, mais eficientes e com custos reduzidos.

Assim, apresentámos em seguida, as propostas em imagem 3D para a reestruturação da SE do Hospital Santa Maria Maior, EPE.

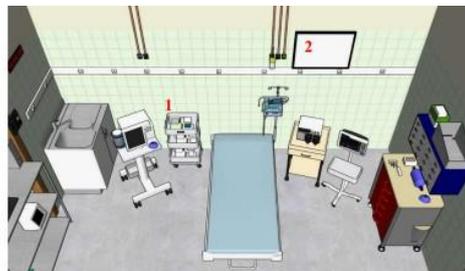


Figura 1 – Estrutura SE

1. Em alguns casos, a deterioração da situação clínica ou PCR, impõe a necessidade de suporte ventilatório, seja este não invasivo ou invasivo através da entubação orotraqueal (INEM, 2019).

Neste sentido, propomos a criação de um carro de abordagem a via aérea. A via aérea é a primeira prioridade que a equipa de emergência deverá assegurar, assim, torna-se imprescindível que o material necessário para o efeito esteja devidamente preparado, operacional e de rápido acesso.

Este carro será constituído por 3 prateleiras, em que o material de abordagem à via aérea será organizado consoante a sua complexidade. A prateleira A será composta por uma máscara de alta concentração, tubos de guedel adulto, lâmina *machintosh* nº 3 e nº 4, fio de nastro, pinça maguil, mandril de intubação, seringa 10 cc e TOT. A prateleira B terá na sua composição: máscaras faciais de diferentes tamanhos, máscara laringea e lubrificante. Na prateleira C, o videolaringoscópio e o kit de cricotomia. O *bougie*, por não poder ser dobrado, ficará fixo junto ao carro.

O transporte e as movimentações desnecessárias, encontram-se interligados. É considerada uma movimentação desnecessária sempre que se faça algo que não acrescente valor e seja dispensável. Assim, o carro de abordagem à via aérea junto de onde ela é abordada permite a existência de stock de material próximo

do posto de trabalho e planejar a reposição de stock de forma a evitar esperas ou interrupções.

- Os registos da SE assumem cada vez mais importância na área da PSC. Quando realizados, permitem descrever na íntegra todos os fármacos e procedimentos executados à pessoa, intervenções realizadas e avaliação das mesmas, sendo uma mais valia para garantir a continuidade e segurança dos cuidados. Portanto, propomos a colocação de um quadro de maiores dimensões para que estes registos sejam realizados de forma clara e regular, evitando esquecimentos à posteriori. No mesmo sentido pretendemos otimizar a criação de um ficheiro informático para registo das ativações, quer sejam em SE, quer sejam as afetas ao funcionamento da EEMI.
- Através da elaboração do protocolo documentação de cuidados de enfermagem à PSC, pretendemos também uniformizar a documentação desses mesmos cuidados em contexto de SE.



Figura 2 - Estrutura SE

- Propomos a criação de um armário que pretende agregar em stock material da SE. Pretendemos organizar e facilitar a sua identificação, assim como tornar



Figura 3 - Estrutura SE

- Em ambiente de SE, a segurança na administração da terapêutica deve ser sempre garantida, mesmo em contexto ou ambiente de algum stress. A organização e disposição dos fármacos torna-se, assim, extremamente importante para diminuir a probabilidade de erro durante os cuidados à PSC, melhorando a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Sugerimos assim, a criação de gavetas por cima do carro, onde colocaremos a terapêutica mais usada em contexto de iminência ou falência orgânica, alocando os restantes às primeiras 2 gavetas de forma mais visível.

Com estas sugestões de reestruturação da SE pretendemos ir de encontro à promoção da segurança, bem-estar e qualidade de cuidados prestados numa instalação física adequada à orgânica de trabalho e aos profissionais que aí cooperam, maximizando recursos e minimizando custos.

Padronizar e regularizar será fundamental e necessário para depois continuar em melhoria contínua. A implementação destas alterações alia-se a uma lista de verificação diária que enviámos em anexo e, pretende dar cumprimento ao estabelecido e garantir o controlo da verificação para estar sempre nas melhores condições de atendimento, standardizando comportamentos (Menezes et al., 2020). Os autores defendem ainda que a standardização é uma das ferramentas Lean mais poderosas.

mais eficaz e eficiente o uso deste material, minimizando e estruturando o stock. É sabido que a ocupação desnecessária de armazém, acarreta problemas de qualidade ou existência de produtos desatualizados. Assim, de modo a evitar ou reduzir stocks, optámos por planejar as necessidades de materiais, adotando o just in time e ter em stock apenas o material necessário. Propomos a classificação de acordo com a nomenclatura, uso de rótulos de cores vivas que permitam identificar rapidamente o material e a adoção de uma padronização, definindo o acondicionamento e armazenamento adequado para cada material.

Este armário será constituído por 2 colunas, com cerca de 6 gavetas por coluna, sem porta para permitir acesso rápido a material clínico. Gavetas estas que seriam identificadas de forma bem visível a 2 metros (Ordem dos Médicos, 2019) e de acordo com a cor da área da abordagem. Suportado por rodas para uma futura alteração de local de uso, caso seja necessário. A organização do material respeita a ordem de avaliação do doente emergente, ABCDE, tendo em cada nível o material de stock ajustado à casuística da SE. Nas restantes gavetas existirão kits de procedimentos específicos para uma resposta eficiente e eficaz quando necessária a sua realização.

Em situação de emergência hospitalar, ter um armazém de consumíveis com materiais dispostos por determinada ordem e devidamente etiquetados, permite uma significativa redução do tempo quando se torna necessário utilizar algum deles (Michalska & Szwieczek, 2007).

- Criação de uma plataforma informática interna hospitalar de acesso rápido onde constam normas e procedimentos no âmbito da emergência (farmacologia, situações de exceção, algoritmos de SAV, entre outros).

APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE CORES

A estratégia definida para facilitar a rápida percepção da orientação espacial da SE, com redução do tempo necessário à localização do material e consequente contributo para a segurança da pessoa, foi a adoção de um código de cores, de acordo com a área de atuação e a rotulagem adequada de todos os itens (Bonjer, 1976).

VIA AÉREA COM PROTEÇÃO DA COLUNA CERVICAL	A	AMARELO
RESPIRAÇÃO	B	VERDE
CIRCULAÇÃO COM CONTROLO DE HEMORRAGIAS	C	VERMELHO
DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA	D	ROSA
EXPOSIÇÃO COM CONTROLO AMBIENTAL	E	LARANJA

Figura 4 - Código de cores. Fonte: Bonjer, 1976

SALA DE EMERGÊNCIA E PRÁTICA SIMULADA

Apesar de competências técnicas como as compressões torácicas, a ventilação, a desfibrilhação e o reconhecimento de ritmos serem importantes para o desfecho com sucesso de uma RCP, a evidência científica demonstra-nos que, as competências não técnicas na reanimação, nomeadamente, a capacidade de liderança, comunicação e treino de equipa tenham assumido relevância na qualidade dos cuidados prestados à PSC, tornando-se preteritória a inclusão deste assunto nos cursos de reanimação como estratégia de melhoria da qualidade (Conselho Português de Ressuscitação, 2021).

Assim, a gestão eficiente de uma situação de PCR requer sempre uma abordagem integrada em equipa, com profissionais que para além das competências clínicas, devem possuir competências em comunicação e liderança, de forma a responder eficazmente perante a instabilidade hemodinâmica. Para isso, é necessário um team leader com capacidade para supervisionar a equipa, orientar na realização de tarefas específicas e manter um elevado nível de atenção durante a abordagem da PSC e assim evitar erros desnecessários (Bhanji et al., 2015).



Figura 5 - Protótipo de equipe de reanimação "pit crew"

O team leader (elemento I) é o elemento da equipa que tem uma visão global da situação. Geralmente é o médico de serviço com experiência em SAV e VA avançada. No entanto, este papel pode ser desempenhado por um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área da PSC com experiência e formação em SAV e abordagem da VA.

O team leader deve sincronizar esforços com o intuito de garantir cuidados de qualidade, devendo comunicar de forma assertiva e eficiente com os membros da equipa, tomar decisões apropriadas e realizar tarefas de forma adequada. Idealmente o team leader deve ser "Hands-Off", ou seja, deve dar um passo atrás e evitar realizar tarefas, de forma a ter uma perspectiva global da situação. Caso tal não seja possível, este pode realizar procedimentos e tarefas (Gabr, 2019).

A reanimação focada na equipa, também designada por reanimação de alto rendimento ou equipa de reanimação "pit crew", é uma abordagem coreografada da RCP, onde os profissionais conhecem e desempenham o seu papel específico e individualizado, de forma a otimizar o desempenho, a qualidade e os resultados da abordagem à PSC (Johnson et al., 2018).

O modelo de reanimação focado na equipa foi baseado nas equipas de Fórmula 1, amplamente conhecidas pela dinâmica e eficiência do trabalho em equipa e aplicado com sucesso à reanimação pré-hospitalar (Field, 2019).

A declaração de consenso da American Heart Association (AHA) de 2013 não detalhou, no entanto, quantas funções deveriam existir ou quais deveriam ser as responsabilidades de cada elemento. Posteriormente, a AHA (2014) definiu que, para a prestação de cuidados de elevada qualidade, o modelo de reanimação focado na equipa deveria ter idealmente 6 elementos (figura 3) com funções e responsabilidades definidas, sendo que, a mesma equipa pode ter várias configurações, podendo um profissional desempenhar várias funções em simultâneo e assim reduzir o número de elementos necessários.

Na realidade da nossa instituição, temos o denominado "triângulo da reanimação" composto pelo elemento da via aérea, o elemento das compressões e o elemento do monitor/desfibrilhador. Além destes, acresce o assistente operacional como elemento de apoio. Esta dinâmica é explícita na figura 4.

O elemento da VA (elemento I) deve permeabilizar e manter a via aérea patente e proporcionar ventilação à PSC. O elemento das compressões (elemento II) deve avaliar oportunamente trocar de posição com o elemento do monitor/desfibrilhador/DAE. O elemento do monitor/desfibrilhador (elemento III) fica responsável pela monitorização/desfibrilhação e deve trocar posição com o elemento das compressões a cada cinco ciclos (no sentido horário). Este modelo está espelhado na figura 4. Nenhum destes elementos deve abandonar o triângulo da reanimação, exceto por sua própria segurança (AHA, 2014).



Figura 6 - Proposta de modelo operacional para a SE do HESMM

Tendo em conta este modelo organizacional, propomos a demarcação no chão da posição que cada membro da equipa deverá ocupar para que haja uma otimização de tarefas e seja respeitado o triângulo da reanimação.

Outro aspeto fundamental da reanimação é a aprendizagem que ocorre através da simulação e o debriefing associado (Bhanji, et al., 2015). O treino simulado é uma componente do treino de reanimação e pode ser usado para treinar uma série de funções, desde o treino de liderança em reanimação até ao treino em equipa (Greif et al., 2015). Nesse sentido, propomos a inclusão de sessões de treino periódicas no plano formativo do SU, idealmente mensais, onde pudessem ser incluídos todos os elementos afetos à SE.

Uma revisão da literatura acerca da importância das competências não técnicas na liderança da equipa de RCP, evidenciou que, a presença de um líder na RCP melhora o desempenho da equipa e otimiza o resultado da PSC, podendo o treino de liderança ser executado através de prática simulada e de debriefing pós abordagem (Gabr, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidar de uma PSC na SE implica a convergência de vários domínios de competência, como a implementação de protocolos de atuação em situações de urgência/emergência, comunicação eficaz, priorização de intervenções e tomada de decisão clínica e ética. A SE é uma sala autónoma, preparada para admitir doentes inicialmente classificados de emergentes, ou qualquer pessoa com descompensação das funções vitais em risco de vida.

A organização de uma SE deve permitir uma adequação do meio ambiente (estímulos contextuais e residuais) aos comportamentos da pessoa, contribuindo para a sua integridade. A aplicação da metodologia dos 5S+1 como ferramenta de gestão de qualidade permite-nos reorganizar e incrementar uma melhoria nos nossos processos de trabalho, identificando problemas, analisando-os e propondo soluções para garantir um bom desempenho (Pertence & Melleiro, 2010).

Assim, para a estruturação de uma SE funcionante e capacitada na prestação dos melhores cuidados de saúde, torna-se determinante um adequado controlo e classificação de todos os dispositivos médicos, com alocação ajustada à sua utilização (Silva, 2005).

Em suma, a SE deve ser uma estrutura capaz de responder à necessidade da prestação de cuidados altamente qualificados, individualizados de forma contínua, à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e delimitando incapacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Heart Association [AHA] (2014). *Positions for Six-Person High-Quality CPR Teams*. In heart.org. Obtido de http://www.heart.org/idc/groups/heartpublic/@wcm/@cmc/documents/downloadable/ucm_465186.pdf

Carthey, J. & Clarke, J. (2010) Implementing Human Factors in healthcare. Patient Safety first: <http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk>.

Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. Relatório Da Comissão de Reavaliação Da Rede Nacional de Emergência/Urgência*, 110. <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACB8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgencia.pdf>

Conselho Português de Ressuscitação (2021). *Competências não técnicas e qualidade em reanimação*. In Conselho Português de Ressuscitação, *Suporte Avançado de Vida - Edição 2021 das recomendações ERC (7.ª ed., pp. 15-26)*. Porto: Conselho Português de Ressuscitação.

Direção-Geral de Saúde [DGS] (2001). *Rede de referência hospitalar de urgência/emergência*. Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo. <http://www.arslvt.minsaude.pt/DocumentosPublicacoes/outrosdocumentos/Paginas/RededeReferencia%C3%A7%C3%A3oHospitalar.aspx>

Field, R. (2019). From changing four tyres to recalling the four H's and T's - Can the pit crew model work for in-hospital cardiac arrest? *Resuscitation*, 143, 212-213. doi:10.1016/j.resuscitation.2019.08.002

Ferreira, M. T., Fernandes, J. F., Jesus, R. A., & Araújo, I. M. (2020). Emergency room approach: Safe nursing staffing. *Revista de Enfermagem Referência*, 2020(1), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RIV19086>

Ferreira, A. & Madeira, M. (2011). A dor torácica na sala de emergência. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPL*, 4 (1), pp.50-56

Gabr, A. (2019). The importance of nontechnical skills in leading cardiopulmonary resuscitation teams. *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 49(2),112-116. doi:10.4997/JRCPE.2019.205

Greif, R., Lockey, A., Gonaghan, P., Lippert, A., De Vries, W., Monsieurs, K. & Collaborators (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 - Section 10. *Education and implementation of resuscitation*. *Resuscitation*, 95, 288-301. doi:10.1016/j.resuscitation.2015.07.032

Grupo Trabalho Serviços Urgência. (2019). *Relatório Grupo Trabalho - Serviços de Urgências*. In *Grupo Trabalho Serviços Urgência* (pp. 1-26). <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urgencias.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Diário da República*, 2.ª série — N.º 113 — 14 de Junho de 2011. In *Diário da República 2.ª série, N.º 35 (18/02/2011)* (pp. 25118-25120).

Menezes, M. O., Vieira, L. C. N., Pimentel, C. A., Juventino, G. K. S., Silva, M. F. S. B. & Rocha, E. S. M. (2020). Contribuições do Lean Healthcare para o Combate à Covid-19. *Cadernos de Prospecção*, 13(2), 313-330

Pertence, P., & Melleiro, M. (2010). Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em hospital universitário. *Revista Escola Enfermagem da Universidade de S. Paulo*, 44(4), pp. 1024-31

Peterson, J. & Smith, R. (1998). *5s Pocket guide*. Portland: Productivity, Inc.

Regulamento n.º 122/2011. (2011). Regulamento nº122/2011 Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2.ª Série - n.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011, 8648-8653. <https://files.dre.pt/2s/2011/02/035000000/0864808653.pdf>

Silva, G. (2005). O Método 5s. [on-line] Web site Agência Nacional de Vigilância Sanitária. www.anvisa.gov.br/reblas/procedimentos/metodo_5s.pdf 2011.

Wehbe, G., & Galvão, M. C. (2005). *Aplicação da Liderança Situacional em enfermagem de emergência Grasiela Wehbe Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*. 58(1).

APÊNDICE III – PROJETO DE REFERENCIAÇÃO PARA OS CUIDADOS DE
SAÚDE PRIMÁRIOS

DIFICULDADES NA REFERENCIAÇÃO DE DOENTES NÃO URGENTES PARA O ACES CÁVADO III BARCELOS / ESPOSENDE

Autores:

António Carlos Vilas Boas, 1128
Diogo Tomas, 2287
Francisco Costa, 1090
Ivo Alves, 2262
Rui Gonçalves, 884
Teresa Ferreira, 2375

1- Introdução

O Despacho Normativo nº 11/2002, de 6 de março, publicado em Diário da República nº 55/2002, Série I-B, estabelece que “Os serviços de urgência são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas”, e que se consideram “(...) situações de urgência e emergência médicas aquelas cuja gravidade, de acordo com critérios clínicos adequados, exijam uma intervenção médica imediata”.

A emergência e urgência médica são entendidas como situações clínicas de instalação súbita nas quais, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais.

Em Portugal, por razões de vária ordem, os utentes recorrem aos Serviços de Urgência (SU) muitas vezes em primeira instância, pois estes têm disponibilidade anunciada e efetiva nas vinte e quatro horas do dia, todos os dias do ano. (Diogo, 2007).

Associado a esta realidade, confrontamo-nos com o envelhecimento da população, o aumento dos acidentes e da sinistralidade bem como da prevalência das doenças crónicas, pelo que o número de utentes que procuram os SU tem vindo a aumentar (Amaral, 2017).

Efetivamente, Portugal apresenta taxas de atendimento em serviços de urgência/emergência hospitalar significativamente mais elevadas do que outros países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), havendo estudos que identificam que cerca de 30% desses atendimentos não deveriam ocorrer naquele nível de prestação de cuidados. (Circular Normativa 11/2022/ACSS).

Com efeito, a literatura aponta para que uma parte da procura de cuidados em situação aguda teria uma resposta mais eficiente noutros níveis de prestação de cuidados, por exemplo nos cuidados de saúde primários ou consultas externas hospitalares. (Circular Normativa 11/2022/ACSS).

ÍNDICE

- 1- Introdução
 - 2- Referencial teórico
 - 3- Metodologia
 - 4- Bibliografia
- Anexos
Anexo I: Cronograma
Anexo II: Questionário: “Razões de recusa do encaminhamento para o ACES Cávado III”

Apesar das diferentes estratégias delineadas nos últimos anos em Portugal como a divulgação pública de informação sobre os tempos médios de resposta nos SU, a implementação de programas de gestão de utilizadores frequentes dos SU, a adoção de mecanismos de telemonitorização de doentes crónicos, o reforço da Linha Saúde 24, entre outras, a procura destes serviços não tem diminuído de forma sustentada e estrutural.

Toma-se assim fundamental a redução da utilização inapropriada ou evitável dos SU como uma medida de eficiência e melhoria da qualidade na prestação, pois permite, por um lado, minimizar as situações de excesso de procura e saturação dos SU hospitalar reservando-os para as situações mais graves e, por outro lado, é mais eficiente e segura para o doente agudo de menor gravidade.

A ACSS, através da Circular Normativa nº 11/2022, procura dar resposta a esta realidade e define os termos de referenciação dos episódios de urgência classificados na triagem de prioridades como Pouco Urgentes/ Não Urgentes/Encaminhamento inadequado para o Serviço (cor verde, azul ou branca, respetivamente) para os cuidados de saúde primários (CSP) e outras respostas hospitalares programadas.

Os objetivos desta referenciação são: aumentar o acesso à atividade hospitalar programada; reforçar as respostas dos CSP, da rede nacional de cuidados continuados integrados, do setor social e da comunidade; melhorar a articulação entre os serviços do SNS, nomeadamente através do redirecionamento dos designados casos “menos/ não urgentes” com garantia de atendimento.

Ainda segundo a mesma Circular, para proceder à referenciação, os hospitais e centros hospitalares do SNS devem definir, em conjunto com os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), protocolos administrativos de referenciação para as Unidades de Saúde Familiar (USF) e/ou Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), ou para outras respostas programadas, dos utentes triados com cor “azul”, “verde” ou “branca” nos serviços de urgência hospitalar, estipulando os procedimentos administrativos a cumprir por ambas as partes.

No SU do Hospital de Barcelos a referenciação já foi colocada em prática, sendo explicada aos utentes de forma clara a importância dessa referenciação, designadamente em termos de qualidade e segurança, quer para os próprios, quer para os utentes que apresentem patologia grave, emergente/urgente, que efetivamente

Gestão do percurso do utente com doença aguda/agudização de doença crónica

requeiram cuidados hospitalares em SU. No entanto, por diversas razões, o número de utentes que são efetivamente encaminhados é muito reduzido.

Torna-se então importante perceber os motivos para esta dificuldade demonstrada na referenciação, de forma a encontrar possíveis medidas de melhoria no processo e é neste contexto que surge este projeto, esperando que possa tornar-se um incentivo à reflexão, um contributo para a melhoria da qualidade do atendimento nos SU, e consequentemente dos cuidados de enfermagem prestados ao utente urgente/emergente.

2- Referencial teórico

Percebemos anteriormente que, tendo em conta o elevado número de utentes que recorrem diariamente aos SU e a vasta gama de problemas que apresentam, a procura de soluções que os beneficiem em situação de doença com risco ou iminência de falência orgânica e um atendimento nos SU mais eficiente e humanizado, surge a necessidade de se implementar um sistema de triagem de prioridades.

Em Portugal, o Ministério da Saúde (MS) através do Despacho n.º 19124/2005, de 2 de setembro, veio deliberar a obrigatoriedade da implementação, em todos os SU integrados na rede de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS), de um protocolo de triagem de prioridades, com vista a garantir à pessoa cuidada mais adequados e de maior qualidade assegurando uma maior prioridade às situações mais graves.

Mais recentemente, o MS, através do Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro, determinava que todos os SU que "não tenham implementado o Sistema de Triagem Manchester (STM) devem proceder à sua implementação até 31 de dezembro de 2015". Assim, o STM encontra-se implementado em todos os SU de Portugal.

Como salienta (Silva, 2009, p.35), através da utilização do STM é possível "(...) a identificação da prioridade clínica e a definição do tempo alvo recomendado até à observação médica caso a caso, quer em situações de funcionamento normal do SU, quer em situações de catástrofe."



Gestão do percurso do utente com doença aguda/agudização de doença crónica

Como refere o GPT (2010), a triagem é um processo dinâmico devendo ser executada periodicamente em todos os utentes enquanto esperam observação clínica ou tratamento. Para estes utentes, o STM contempla a possibilidade de retragem, quando se verifica um agravamento ou melhoria do seu estado clínico, durante o tempo de espera para observação médica.

Ao nível hospitalar, a responsabilidade técnica pelo procedimento de triagem e a identificação da prioridade clínica encontra-se salvaguardada no âmbito do Protocolo assumido por todas as instituições hospitalares aderentes ao Sistema de Triagem de Prioridades, que determina a responsabilidade do processo de triagem mediante a utilização dos algoritmos e fluxogramas técnicos em vigor.

Estando implementado em todos os SU hospitalares, o STM permite a identificação dos utentes cujo atendimento não deveria ocorrer naquele nível de prestação de cuidados.

Desta forma, é possível implementar projetos de melhoria da comunicação entre os CSP e os SU dos hospitais de referência através de protocolos de cooperação que facilitem a resolução conjunta das questões que resultam da procura inadequada dos SU hospitalar ou da necessidade de referenciar doentes dos CSP para Os SU.

Neste âmbito, o MS colocou em prática o projeto-piloto SNS+ Proximidade que procurava esta articulação através de projetos iniciados em hospitais da região norte e mais recentemente, a ACSS, através da Circular Normativa n.º 11/2022, procurando dar resposta à excessiva e, por vezes, inadequada procura dos SU, definiu os termos de referenciação dos episódios de urgência classificados na triagem de prioridades como Pouco Urgentes/ Não Urgentes/Encaminhamento inadequado para o Serviço (cor verde, azul ou branca, respetivamente) para os cuidados de saúde primários (CSP) e outras respostas hospitalares programadas.

3- Metodologia

Partindo da problemática inicial que se manifesta pela dificuldade de referenciação para as Unidades de Saúde Familiar (USF) e/ou Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), ou para outras



Gestão do percurso do utente com doença aguda/agudização de doença crónica

Trata-se de uma metodologia cujo objetivo é dispor de um sistema de triagem inicial que, de forma objetiva, reproduzível, passível de auditoria e com controlo médico, promova o atendimento em função de critério clínico, e não do administrativo ou da ordem de chegada ao SU (Silva, 2009). Segundo o mesmo autor, fazer triagem de prioridades é identificar critérios de gravidade, de uma forma objetiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica com que o utente deve ser atendido, baseada nas queixas apresentadas e nos problemas identificados e o respetivo tempo alvo recomendado até ao início da primeira observação médica, sem nenhuma pretensão de estabelecer diagnósticos clínicos.

A metodologia do STM consiste em identificar a queixa inicial que o utente refere ou apresenta e seguir o respetivo fluxograma de decisão. O STM contém cinquenta e dois fluxogramas para os distintos problemas apresentados: sete são específicos para crianças e dois para catástrofes. Partindo da queixa principal do utente, segue-se a seleção do fluxograma que melhor se adequa à queixa identificada. O fluxograma é estruturado por um conjunto de questões a serem colocadas, chamadas de discriminadores que, como o nome indica, permitem a discriminação de utentes de forma a incluí-los numa das cinco prioridades clínicas.

É preconizado que a triagem seja efetuada num período de tempo de dois a cinco minutos e a seleção do discriminador corresponde à pergunta que tenha resposta positiva ou que não possa ser negada e que vai decidir a prioridade clínica (Silva, 2009).

Segundo a mesma fonte, a utilização do STM permite classificar o utente numa de seis categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo para a observação inicial:

Urgência	Cor	Tempo alvo
Emergência	Vermelho	0 minutos
Muito urgente	Laranja	10 minutos
Urgente	Amarelo	60 minutos
Pouco urgente	Verde	120 minutos
Não urgente	Azul	240 minutos
Não Classificável	Branco	Não definido



Gestão do percurso do utente com doença aguda/agudização de doença crónica

respostas programadas, dos utentes triados com cor "azul", "verde" ou "branca" nos serviços de urgência hospitalar, foi estabelecido o objetivo geral deste projeto.

Assim, o objetivo geral deste projeto é: conhecer os motivos que dificultam a referenciação dos utentes classificados na triagem de prioridades como Pouco Urgentes/ Não Urgentes/Encaminhamento inadequado para o Serviço (cor verde, azul ou branca, respetivamente) para os cuidados de saúde primários e outras respostas hospitalares programadas.

Foram constituídos também os objetivos específicos:

- Identificar fatores dificultadores da referenciação dos utentes classificados na triagem de prioridades como Pouco Urgentes/ Não Urgentes/Encaminhamento inadequado para o Serviço (cor verde, azul ou branca, respetivamente) para os cuidados de saúde primários e outras respostas hospitalares programadas.
- Identificar sugestões de melhoria na realização da referenciação dos utentes classificados na triagem de prioridades como Pouco Urgentes/ Não Urgentes/Encaminhamento inadequado para o Serviço (cor verde, azul ou branca, respetivamente) para os cuidados de saúde primários e outras respostas hospitalares programadas.

Para a sua consecução, recorremos a uma recolha de dados através de questionário a realizar aos utentes que reúnam critérios para referenciação para os CSP e outras respostas hospitalares programadas e que não forem encaminhados, no sentido de perceber os motivos da sua permanência no SU.

Concluída a recolha de dados, será realizada a análise e discussão dos mesmos, integrando-os nos objetivos do projeto.

4- Bibliografia

- AMARAL, Paula M. F. - Qualidade da Triagem de Manchester e fatores que a influenciam. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2017. Dissertação de Mestrado.
- DESPACHO n.º 1057/15. DR II Série. 22 (02-02-2015) 3039. Estabelece disposições no âmbito do Sistema de Triagem de Manchester (MTS).



Gestão do percurso do utente com doença aguda/agudização de doença crónica

DESPACHO nº 18459/06. DR II Série. 176 (12-09-2006) 18611-18612. Aprova a Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência e a criação de unidades básicas de urgência.

DESPACHO nº 19124/05. DR II Série. 169 (02-09-05) 12834.

DIOGO, Carla S. - Impacto da relação cidadão – Sistema de Triagem de Manchester na requalificação das urgências do SNS. Lisboa: Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa, 2007. Dissertação de Mestrado.

FREITAS, Maria M. - Dificuldades percecionadas e grau de satisfação dos enfermeiros que fazem triagem de Manchester nos serviços de urgência. Leiria: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, 2014. Dissertação de Mestrado.

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM - Triagem no serviço de urgência - manual do formando. 2ª edição. Amadora: Grupo Português de Triagem, 2010. ISBN 9789899665200.

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM - Triagem no serviço de urgência - manual do formando. Lisboa: BMJ Publishing Group, 2002.

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM – Critérios para atribuição de cor branca. Grupo Português de Triagem, 2009.

MACHADO, Humberto - Relação entre a prioridade no serviço de urgência (metodologia de Manchester) e a gravidade dos doentes. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública, 2008. Dissertação de Mestrado.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. - Emergency Triage: Manchester Triage Group. 3ª edição. Oxford: John Wiley & Sons, Ltd, 2014.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde. Comissão de reavaliação da rede nacional de emergência e urgência, relatório. [EM LINHA]. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2012. Disponível em WWW: <URL: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/ent-rel-ormeu-pdf.aspx>.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde - Protocolos de Triagem de Prioridades em Urgência. Lisboa: Direção Geral de Saúde, Circular Informativa nº 52 de 04 de outubro de 2005.



Gestão do percurso do utente com doença aguda/agudização de doença crónica

ANEXO I - Cronograma

	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior
Pesquisa bibliográfica							
Recolha de dados							
Tratamento de dados							
Apresentação dos resultados							



Gestão do percurso do utente com doença aguda/agudização de doença crónica

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde - Triagem de Manchester e Referência Interna Imediata. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2015.

SILVA, António M. - Triagem de Prioridades - Triagem de Manchester. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, 2009. Dissertação de Mestrado em Medicina de Catástrofe



Gestão do percurso do utente com doença aguda/agudização de doença crónica

ANEXO II - Questionário

QUESTIONÁRIO

- 1 - Data: __/__/__ 2 - Hora de admissão: _____
- 3 - Idade: _____ 4 - Género __ (M) __ (F)
- 5 - Como se deslocou ao SU:
- Transporte próprio _____
 - Transporte público _____
 - A pé _____
 - Boleia _____
- 6 - Como se deslocaria para o CS:
- Transporte próprio _____
 - Transporte público _____
 - A pé _____
 - Boleia _____
- 7 - Razões da recusa:
- Acha que não tem vaga _____
 - Não tem transporte _____
 - Não gosta/não quer frequentar o CS _____
 - Espera realizar exames/medicação EV no SU _____
 - Não gosta do(a) médico(a) de família _____
 - Confia mais nos Médicos do Hospital _____
 - É incómodo abandonar o SU e deslocar-v-se ao CS _____
 - Outro (qual?) _____



APÊNDICE IV – PLANO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO:

SERVIÇO DE URGÊNCIA 2023/2024

PLANO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO SERVIÇO DE URGÊNCIA 2023/2024

Elaborado por:

Teresa Alves (Enf.ª Formadora)
 António Carlos Vila Boas (Enf.º, Mestrando em EEMC)
 Conceição Sousa (Enf.ª Gestora)

Março, 2023

E.1 – Relações interpessoais e trabalho em equipa.....	21
E.2 – O conflito na gestão de pessoas e equipas.....	21
2.6 Domínio F – SIE e Tomada de Decisão.....	22
F.1 – Sistemas de informação e documentação de enfermagem – Ontologia.....	22
F.2 – SIE: Uniformização dos registos de enfermagem no contexto de urgência.....	23
Conclusão.....	24
Referências Bibliográficas.....	25

SUMÁRIO

Introdução.....	3
1. Estratégia de construção do plano formativo.....	5
1.1 Diagnóstico de necessidades de formação.....	5
1.2 Objetivos.....	6
1.3 Formadores.....	6
1.4 Operacionalização.....	7
1.5 Avaliação.....	8
2. Matriz Formativa.....	9
2.1 Domínio A – Técnico Científico.....	10
A.1 Abordagem ao doente com suporte de AVC e SCA.....	10
A.2 Abordagem, transporte e segurança do doente crítico.....	11
A.3 Avaliação e estabilização do doente crítico.....	11
A.4 Feridas.....	12
A.5 Gestão de fármacos e fluidos em emergência.....	13
A.6 Monitorização hemodinâmica.....	14
A.7 Ventilação mecânica não invasiva e alto fluxo.....	14
2.2 Domínio B – Humanização e Promoção da Saúde.....	15
B.1 Cuidados de fim de vida no doente crítico.....	15
B.2 Comunicação de más notícias em saúde.....	16
2.3 Domínio C – Prevenção e controlo de infeção.....	16
C.1 Gestão de resíduos hospitalares.....	17
C.2 IACS – Medidas de prevenção e controlo.....	17
2.4 Domínio D – Segurança do doente e dos profissionais.....	18
D.1 – Notificação de incidentes.....	18
D.2 – Stress no local de trabalho.....	19
D.2 – Transição segura de cuidados - ISBAR.....	20
2.5 Domínio E – Liderança, Comunicação e Gestão de Equipas.....	20

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento pessoal e profissional é essencial para o sucesso das organizações, pois permite a adaptação às mudanças e evoluções que surgem, tendo como objetivo a qualidade dos serviços prestados.

O artigo 109.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, defende que cabe ao enfermeiro procurar a excelência do exercício, assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, tendo em conta a formação permanente e a profundidade das ciências humanas.

A formação em serviço, entendida como um conceito dinâmico e interativo, emerge de uma filosofia de aprendizagem baseada em sistemas de formação flexíveis, onde cada interveniente se responsabiliza pela sua própria formação, sendo valorizada a autoformação, sem que deixe de existir um investimento na adaptação do profissional ao seu posto de trabalho e à sua atividade prática. Assenta em uma lógica reflexiva em torno da dinâmica das práticas desempenhadas pelo profissional no contexto multidisciplinar que integra, por isso este projeto insere-se em situações que são vivenciadas em contexto de trabalho.

Partindo deste pressuposto o projeto de formação em serviço deve ir de encontro às motivações e interesses dos profissionais, pois de outra forma pode gerar sentimentos de perda de autoestima, abandono e desinteresse, sensação de perda de tempo e stress.

Com a Formação em serviço pretende-se garantir o máximo de qualidade dos conhecimentos e competências dos enfermeiros, tal como defende Meroite (2011) quando afirma que a formação em serviço tem na contextualizar o conhecimento teórico na resolução de problemas reais da prática dos cuidados de enfermagem, sendo que cabe às organizações desenvolver ambientes reflexivos, de aprendizagem em equipa que proporcionem a autonomia.

Tendo em consideração a especificidade do serviço de urgência, este exige aos profissionais um conhecimento e competências técnico-científicas, reflexivas, relacionais e introspectivas, atualizadas, que permitam cuidar da pessoa em situação crítica com segurança, destreza e humanismo, tendo em conta os princípios ético-legais que orientam o exercício profissional.

O plano de formação que se apresenta seguidamente pretende dar resposta aos seguintes objetivos:

- Planejar atividades de formação para a equipa de enfermagem, tendo como base o diagnóstico de formação elaborado;

- Dar cumprimento a um dos objetivos institucionais e do serviço no que se relaciona com a formação contínua dos enfermeiros.

Este projeto encontra-se dividido em duas partes. A primeira define a estratégia de construção do plano formativo no que concerne ao diagnóstico de necessidades de formação, aos objetivos, às características dos formadores, à operacionalização e avaliação das atividades formativas.

A segunda parte destina-se à identificação e planeamento das atividades formativas a desenvolver no biénio 2023-2024.

4

Em relação aos restantes enfermeiros da equipa optou-se pela realização de um questionário. Ambas as estratégias tiveram como objetivo perceber a opinião e sugestões dos profissionais acerca das necessidades de formação da equipa.

Dos 54 questionários dirigidos à equipa obteve-se retorno de 54 e da sua análise emergiu um conjunto de dados que permitiu identificar necessidades de formação que foram agrupadas em 6 domínios, descritos no capítulo 2, de acordo com áreas prioritárias e com os objetivos estratégicos da instituição.

1.2. Objetivos

Este plano de formação em serviço privilegiará metodologias de ensino ativas, com dinâmicas inovadoras, sempre que possível com recurso ao trabalho em equipa em ambiente simulado, que transponha as componentes científicas para a prática, dando especial atenção ao envolvimento, partilha e reflexão entre os formandos.

Tem como principais objetivos:

- Contribuir para o desempenho e resultados de enfermagem de excelência;
- Promover as atitudes, os comportamentos e as competências dos enfermeiros conforme as políticas de sustentabilidade, qualidade e segurança locais e nacionais;
- Melhorar o desempenho profissional dos enfermeiros, dotando-os de conhecimentos e promovendo competências nas diferentes áreas identificadas;
- Promover o trabalho em equipa;
- Potenciar a humanização e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente e família;
- Fomentar a formação profissional com o alicerce de práticas corretas, eficientes, seguras e geradoras de ganhos em saúde;
- Promover o desenvolvimento de competências de comunicação, liderança e trabalho em equipa orientadas para os resultados;
- Impulsionar a motivação, a realização profissional, o sentimento de pertença e a meritocracia.

1.3 Formadores

A situação de formação assenta em relações sociais onde se manifesta um saber e um poder do formador. Um saber, na medida em que o formador possui conhecimentos e

6

1. ESTRATÉGIA DE CONSTRUÇÃO DO PLANO FORMATIVO

Na perspetiva de melhoria do desempenho organizacional, o conceito de formação apresenta-se como um instrumento de gestão, cujas estratégias estão orientadas para o alcance das metas organizacionais.

Este plano de formação em serviço encontra-se alinhado com a Missão da instituição, mas também com os seus Valores no que respeita a uma "cultura de valorização profissional assente na qualificação, inovação e responsabilização" e com o Objetivo de promover níveis de motivação e comprometimento com a instituição através do desenvolvimento profissional dos colaboradores.

Neste sentido, e por que a formação em serviço tenciona contextualizar o conhecimento teórico na resposta a problemas reais na prestação de cuidados, sendo papel das organizações a criação de ambientes reflexivos, de aprendizagem em equipa que proporcionem a autonomia e novos estilos de liderança (Mencio, 2011), foram tidas em consideração algumas estratégias de construção deste plano, que se relacionam com o diagnóstico de necessidades, com os objetivos da formação, com os formadores e a sua designação e com a avaliação das diversas atividades propostas.

1.1 Diagnóstico de necessidades de formação

A identificação de necessidades é um aspeto fulcral para o planeamento da formação. Apenas com um diagnóstico bem desenvolvido, com dados coerentes e bem fundamentados, é possível conceber planos de formação que vão de encontro às necessidades da instituição, do serviço e dos profissionais (Macedo, 2008).

O diagnóstico de necessidades consiste na "detecção de carências, a nível individual e/ou coletivo, referentes a conhecimentos, capacidades e comportamentos, tendo em vista a elaboração de um plano de formação nos seus diferentes níveis de análise: o contexto e cultura da organização, o posto de trabalho e o nível individual" (Macedo, 2008, s/p.).

A primeira etapa de um diagnóstico de necessidades deve incluir a análise da situação atual e da situação desejada. Assim, e no que importa para este plano de formação, as necessidades de formação foram identificadas através de uma entrevista exploratória ao enfermeiro gestor e aos enfermeiros que integram grupos de trabalho institucional, nomeadamente gestor local de risco, e ligação à GL-PPCIRA, elo de ligação aos Padrões Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e elo de ligação ao grupo de Sistemas de Informação e Enfermagem.

5

atitudes que permitem que outros conhecimentos se desenvolvam ou outras atitudes nascam ou se afirmem. Um poder, pelo seu direito, capacidade, possibilidade de induzir uma adesão a normas, saberes ou atitudes que apresenta ou representa. Mesmo que o formador queira partilhar o poder ou se colha de o exercer, este é sempre reconhecido, conferido ou concedido. A sua negação total implicaria fatalmente a negação do próprio ato de formação (Lesne, 1977).

O formador de adultos é "...um agente de socialização socialmente reconhecido, instituído, socialmente delegado (por uma associação, por um grupo...) para exercer uma função de formação..." (Lesne, 1987, p. 34). É um "agente de mudança" (Lesne, 1977, p. 18) e um facilitador do processo de aprendizagem.

Deste modo a qualidade da formação profissional depende, indiscutivelmente, da qualidade dos seus formadores.

Atendendo a estas premissas, mas também aos objetivos e conteúdos deste plano de formação, os formadores têm que reunir saberes, perfis de competências, experiência, sentido de responsabilidade e compromisso e os desígnios da SABER indispensáveis à melhoria contínua da concretização dos objetivos estratégicos da instituição e em particular do contexto de cuidados. Preferencialmente deverão ser detentores do Certificado de Competência Pedagógica (CCP), enquanto requisito base para a certificação da formação.

Será potenciada a formação realizada com recurso a formadores internos, sendo que o recurso de formadores externos à instituição será exceção e sempre após aprovação do CA/DEP.

1.4 Operacionalização

Após a elaboração do plano de formação, este será enviado à Direção de Enfermagem da instituição e a outras entidades competentes para negociação e aprovação.

É da responsabilidade do Enfermeiro Gestor e do Enfermeiro Formador a sua operacionalização/monitorização/acompanhamento e avaliação.

Importa referir que o presente plano encerra em si um processo dinâmico, permitindo uma discussão ativa e em tempo útil com os enfermeiros da equipa, possibilitando a introdução de medidas que permitam rapidamente realinhar o mesmo no percurso de melhoria contínua e da concretização dos seus objetivos.

7

1.5 Avaliação

Na tentativa de uma política de melhoria e de efetividade baseada na produção formativa, pretende-se alterar o paradigma do acompanhamento e monitorização da atividade desenvolvida e dos ganhos conseguidos.

A mudança no paradigma de acompanhamento da formação produzida, permitirá uma gestão mais ajustada dos processos pedagógicos, com uma responsabilização de todos os intervenientes, que não pode apenas cingir-se à atual resposta por questionário do impacto da formação.

É objetivo alargar os meios de obtenção da avaliação do impacto dos processos formativos a outros domínios e produtos pedagógicos.

Concretamente, será privilegiada a formação realizada em contexto de cuidados com a utilização dos recursos existentes, assim como processos de auditoria, com o objetivo de aferir processos prévios, orientando para os resultados esperados para o serviço ou instituição, num alinhamento astucioso com o plano racional de segurança do doente, o plano nacional de saúde ou as linhas estratégicas locais.

2. MATRIZ FORMATIVA

Do diagnóstico de necessidades realizado no serviço emergiram um conjunto de propostas formativas que foram agrupadas em 7 domínios de intervenção:

Tabela 1 – Propostas Formativas: Domínios de Intervenção

Domínio A – Técnico-Científico
A.1 Abordagem ao doente com suspeita de AVC e SCA
A.2 Abordagem, transporte e Segurança do doente
A.3 Avaliação e estabilização do doente crítico
A.4 Feridas e viabilidade tecidual
A.5 Gestão de fármacos e fluidos em emergência
A.6 Monitorização hemodinâmica
A.7 Ventilação mecânica não invasiva e alto fluxo
Nota: SAV adulto e pediátrico e Curso de Trauma também constituíram propostas formativas. Não estão contempladas neste plano, pelo facto do mesmo se circunscrever a contexto de formação em serviço e estes cursos requerem estratégias de organização e formação que ultrapassam o âmbito do mesmo.
Domínio B – Humanização e Promoção da saúde
B.1 Cuidados de fim de vida no doente crítico
B.2 Comunicação de más notícias em saúde
Domínio C – Prevenção e Controlo da Infecção
C.1 – Gestão de resíduos hospitalares
C.2 – IACS – Medidas de prevenção e controlo
Domínio D – Segurança do doente e dos profissionais
D.1 – Gestão de risco e notificação de incidentes
D.2 – Stress no local de trabalho
D.3 – Transição segura de cuidados – ISBAR
Domínio E – Liderança, Comunicação e Gestão de Equipas
E.1 – Relações interpessoais e trabalho em equipa
E.2 – O conflito na gestão de pessoas e equipas
Domínio F – Transição Digital, Inovação e Tomada de Decisão
F.1 - Sistemas de informação e documentação de enfermagem – Ontologia
F.2 - Sistemas de informação e documentação de enfermagem – Uniformização dos registos de enfermagem no contexto de urgência

O planeamento das diversas atividades é realizado nos sub-capítulos seguintes:

8

9

2.1 Domínio A – Técnico Científico

Neste domínio são elencados os produtos pedagógicos a desenvolverem-se de cariz técnico e científico, que sustentam o exercício assistencial dos profissionais e que vão de encontro às boas práticas, sustentados na evidência mais recente e que traduzam o estado da arte.

A.1 Abordagem ao doente com suspeita de AVC e SCA
Fundamentação
A formação em situações clínicas específicas, decorrentes das patologias do fero neuro e cardiovascular como são os acidentes vasculares cerebrais e os doentes com síndrome coronária aguda e destes, especificamente, com enfarte agudo do miocárdio, é fundamental para a rápida identificação, inclusão no protocolo de via verde, abordagem, estabilização e tratamento definitivo, por forma a conseguirmos reduzir as taxas de morbilidade e mortalidade associadas a estes eventos.
Objetivos
- Capacitar os enfermeiros para a rápida identificação e encaminhamento destes doentes de acordo com os protocolos em uso; - Atualizar conhecimentos acerca da tomada de decisão do enfermeiro na abordagem destes doentes; - Promover as recomendações mais atualizadas adotadas nacional e internacionalmente na gestão destes doentes em contexto agudo.
Destinatários
Enfermeiros do SU
Formadores/Responsáveis pela formação
A designar
Data e Local
2 sessões em 2023; HSM, EPE

10

A.2 Abordagem, transporte e segurança do doente crítico
Fundamentação
O doente crítico é um indivíduo que, devido a falência de um ou mais órgãos ou sistemas, necessita de meios avançados de monitorização e intervenção terapêutica. Na última década, tem sido constante a preocupação acerca do transporte do doente crítico (Martins, 2010). Segundo o mesmo autor, o transporte inter-hospitalar, pode ser realizado por via aérea ou terrestre, sendo a principal razão da transferência inter-hospitalar a inexistência de recursos humanos e/ou técnicos no hospital de origem para tratar ou continuar o tratamento já iniciado. Um doente que se encontra em situação crítica, seja por doença aguda ou trauma, é bastante vulnerável durante a transferência inter-hospitalar, posto isto, a qualificação técnica, constitui uma das particularidades mais importantes para a promoção e a segurança durante o transporte (Martins, 2010). A necessidade de formação nesta área relaciona-se com o elevado número de doentes que a equipa de enfermagem tem de transferir para hospitais mais diferenciados.
Objetivos
- Atualizar os conhecimentos e as competências dos enfermeiros no âmbito do transporte inter-hospitalar do doente crítico, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados; - Permitir a reflexão e discussão entre os enfermeiros acerca de aspetos inerentes ao transporte inter-hospitalar do doente crítico; - Treinar técnicas em situações de risco.
Destinatários
Enfermeiros do SU que integram a equipa de transferência de doentes
Formadores/Responsáveis pela formação
A designar
Data e Local
2 sessões em 2023; HSM, EPE

A.3 Avaliação e estabilização do doente crítico
Fundamentação
A avaliação e estabilização inicial do doente crítico, nos contextos de urgência, emergência e cuidados intermédios é uma fase extremamente importante na abordagem do doente que se encontra em ambiente intra ou extra-hospitalar. A correta sistematização e identificação de problemas ou lesões que potencialmente condicionam o decurso da situação clínica, depende de uma visão clara e correta dos mesmos pelos intervenientes da equipa de cuidados. A necessidade de manter a proficiência das equipas clínicas nestas competências de avaliação e diagnóstico, permite acelerar processos de intervenção com vista à resolução de focos de instabilidade identificados.
Objetivos

11

<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar os enfermeiros na abordagem, sistematização e estabilização do doente que se encontra em situação crítica; - Treinar técnicas em situação de risco ou falência de funções vitais - Capacitar os enfermeiros no processo de tomada de decisão autónoma no atendimento destes doentes.
Destinatários
Enfermeiros do SU, em particular os enfermeiros que integram as equipas de emergência
Formadores/Responsáveis pela formação
Equipa de formação em doente crítico do SU
Data e Local
2 sessões em 2023; HSMM, EPE

A.4 Feridas
Fundamentação
Segundo Potter e Perry (2006), o termo úlcera por pressão (UP), é utilizado para descrever o compromisso da integridade cutânea resultante da pressão realizada. Os indivíduos mais suscetíveis a desenvolver UP, são aqueles com diminuição da mobilidade, nutrição inadequada, redução da percepção sensorial ou diminuição da atividade. Os apósitos com ação terapêutica foram amplamente estudados e oferecem numerosas vantagens em relação a material largamente disponível e com longa tradição de uso. Um maior conhecimento do seu modo de atuação permitirá uma melhoria dos cuidados prestados ao utente com úlceras de pressão. (Cunha, 2012) Existem muitos produtos disponíveis para tratamento das UP, a decisão deve recair num penso cujo mecanismo de ação esteja de acordo com as necessidades da ferida e objetivo de tratamento. A substituição do penso relaciona-se com o tempo previsto de atividade terapêutica e com a sua capacidade de gestão do exsudado. É fundamental que todos os profissionais tenham um perfeito conhecimento do material de penso que têm ao seu dispor. Sendo sua a responsabilidade de atualização deste conhecimento, de forma continuada (Grupo técnico ARS Algarve, 2017). Assim sendo, e tendo em consideração o grande interesse da equipa de enfermagem manifestado em relação a esta temática, esta atividade surge com o intuito de criar momentos onde possam renovar e adquirir novos conhecimentos.
Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> - Aprofundar e atualizar os conhecimentos e as competências dos enfermeiros no âmbito do tratamento de feridas, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados em contexto de urgência. - Permitir a reflexão e discussão entre os enfermeiros acerca de aspetos inerentes ao tratamento de feridas.

12

Destinatários
Enfermeiros do SU
Formadores/Responsáveis pela formação
Fernando Oliveira (Enf. do SU)
Data e Local
2 sessões em 2023; HSMM, EPE

A.5 Gestão de fármacos e fluidos em emergência
Fundamentação
O domínio dos fármacos de primeira linha de estabilização e a utilização de fluidos em contexto de urgência e emergência, são extremamente importantes enquanto ferramentas na abordagem de situações médicas, de trauma ou em procedimentos de estabilização como a sedo-analgésia. A utilização segura do medicamento, assim como a administração correta de líquidos/fluidos em situações mais críticas, obriga a que a equipa de cuidados, nomeadamente os enfermeiros, estejam familiarizados com os mesmos em situações de maior stress e de potencial dificuldade, dada a necessidade de uma intervenção mais rápida, o que poderá potenciar o erro em saúde.
Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> - Promover a utilização eficiente e segura de fármacos e fluidos na abordagem inicial do doente crítico; - Possibilitar a familiarização com os mesmos facilitando a sua utilização.
Destinatários
Enfermeiros do SU
Formadores/Responsáveis pela formação
A designar
Data e Local
2 sessões em 2023 e 2 sessões em 2024; HSMM, EPE

13

A.6 Monitorização hemodinâmica
Fundamentação
A monitorização hemodinâmica no doente crítico tem hoje, complementando a avaliação clínica, um papel estruturante e que, assumidamente, melhora o prognóstico destes doentes. O aparecimento, nos últimos anos, de diversas técnicas, para a monitorização hemodinâmica do doente com necessidade de intervenções complexas, promove segurança tanto no uso diagnóstico e terapêutico, como na prevenção de alterações hemodinâmicas graves. Idealmente, a sua utilização traduziria medidas de variáveis relevantes, permitindo a sua repetição, facilidade no manuseamento, rapidez na resposta, não causando dano no doente, ser custo-efetivo e permitir a terapêutica. Contudo, a conjugação de todas as variáveis praticamente não existe, dependendo a eficácia da disponibilidade e experiência das equipas e cuidados.
Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar a componente teórica e prática dos enfermeiros, ao nível da monitorização do doente nos contextos de urgência e sala de observações; - Familiarizar os enfermeiros com os dispositivos de monitorização hemodinâmica existentes no serviço.
Destinatários
Enfermeiros do SU
Formadores/Responsáveis pela formação
A designar
Data e Local
2 sessões em 2023 e 2 sessões em 2024; HSMM, EPE

<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver conhecimentos e competências dos enfermeiros no âmbito dos cuidados à pessoa com VNI; - Permitir a reflexão e discussão entre os enfermeiros sobre cuidados à pessoa com VNI.
Destinatários
Enfermeiros do SU
Formadores/Responsáveis pela formação
António Carlos, Ivo Alves, Diogo; Teresa Ferreira (Enf. do SU)
Data e Local
2 sessões em 2023 e 2 sessões em 2024; HSMM, EPE

2.2 Domínio B – Humanização e Promoção da Saúde

A necessidade de uma intervenção mais humanizada no atendimento prestado nos cuidados de saúde, com a promoção da qualidade de atendimento do doente e família são pilares centrais no processo de cuidar.

Neste domínio serão elencadas as ações de formação que promovam a humanização de cuidados de âmbito individual ou transversal.

A.7 Ventilação mecânica não invasiva e alto fluxo
Fundamentação
Bezerra, et al. (2019) defende que o VNI "consiste na administração de ventilação mecânica aos pulmões sem que haja a necessidade de vias aéreas artificiais, podendo ser oferecida ao paciente por meio de ventilladores mecânicos ... com objetivo de diminuir o trabalho respiratório, o resposso dos músculos respiratórios e melhorar das trocas gasosas." A VNI apresenta-se como uma alternativa no tratamento de doentes que apresentam falência de um ou mais níveis de funções vitais, sendo considerados doentes críticos ou pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2010). "Conhecimentos aprofundados e atuais sobre critérios de utilização, mecanismos de ação, benefícios e efeitos, permitem maximizar o potencial de sua utilização, cuja eficácia na redução da morbimortalidade e mortalidade está demonstrada." (Asseiro & Beirão, 2012). É necessário que os enfermeiros invistam na formação sobre os aspetos relacionados com a VNI, levando a ganhos em saúde na qualidade de vida do cliente e diminuição de custos associados aos cuidados de saúde (Asseiro & Beirão, 2012)
Objetivos

14

B.1 Cuidados de fim de vida no doente crítico
Fundamentação
Por vezes difícil de aceitar, a morte é integrante do ciclo de vida. Contudo, o processo de morrer evoca o medo e as emoções negativas, dada a impotência e a inexistência de controlo sobre o mesmo, que o ser humano atribui, essencialmente, nas culturas que não lidam tão bem com o momento da perda e da separação. A morte acompanha a grande maioria dos profissionais de saúde, mas em contexto de doente crítico apresenta frequentemente os que se encontram nas primeiras linhas de atuação, por situações muitas vezes delicadas e sensíveis às quais, muitas vezes, não se fica indiferente. Como processo complexo, a melhor preparação possível dos profissionais, permitirá uma melhor adequação das decisões e da atuação.
Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> - Considerar as questões de limitação terapêutica, conforto, morte digna, compaixão e família do doente em fim de vida e capacitar os enfermeiros com competências para a gestão des processo do doente, por vezes constangedor, mas potencialmente facilitador no processo de luto.

15

Destinatários
Enfermeiros do SU
Formadores/Responsáveis pela formação
Equipa de Cuidados Paliativos do HSM, EPE
Data e Local
2 sessões em 2023 e 2 sessões em 2024; HSM, EPE

B.2 Comunicação de más notícias em saúde
Fundamentação
A comunicação acompanha-nos ao longo do ciclo vital e, apesar de parecer um processo altamente natural, validamos que é extremamente complexo, agravado pelos contextos muito específicos, como é o da saúde. A comunicação de má notícia em saúde, constitui-se como uma das maiores dificuldades para os profissionais e levando-se em conta a complexidade quando se encontram perante situações sensíveis, como as decorrentes do processo de morrer ou situações clínicas que modificam os estados de saúde/doença, do doente e por influência da sua rede de suporte, familiar ou comunitária. A impreparação dos envolvidos afeta não só os profissionais, em lidar com determinadas situações, como os doentes e familiares ao receberem a notícia e iniciarem o processo de perda ou de luto, sendo muitas vezes um processo difícil, complexo e, por vezes, com trágico desfecho.
Objetivos
- Desenvolver competências na componente comunicacional específica da transmissão de má notícia em saúde; - Treinar essas competências com recurso a situações simuladas.
Destinatários
Enfermeiros do SU
Formadores/Responsáveis pela formação
A designar
Data e Local
2 sessões em 2024; HSM, EPE

2.3 Domínio C – Prevenção e controlo de infeção

A OMS revela que o impacto das infeções hospitalares e da resistência antimicrobiana chega a ser incalculável.

Anualmente, uma percentagem significativa de doentes são afetados e um número importante de pessoas acaba por morrer.

16

- Reconhecer a importância da higiene e do controlo ambiental, na ótica da supervisão clínica, como estratégia de limitação de infeção associada à prestação de cuidados; - Considerar os agentes patogénicos resistentes e as medidas de prevenção e controlo a adotar e atribuir relevância ao processo de auditoria na ótica da melhoria contínua.
Destinatários
Enfermeiros do SU
Formadores/Responsáveis pela formação
Carla Vilas Boas Rosa (Enf do SU, Elo de ligação à GL-PPCIRA)
Data e Local
2 sessões em 2023 e 2 sessões em 2024; HSM, EPE

2.4 Domínio D – Segurança do doente e dos profissionais

A segurança do doente é um desafio ininterrupto dos sistemas de saúde e da sociedade portuguesa. Ancorado na legislação existente e também nos vários compromissos nacionais e internacionais assumidos, neste domínio encontram-se ações de formação ou cursos que possuam como objetivo consolidar e promover a cultura de segurança na prestação de cuidados de saúde, sustentado pelo PNSD 2021-2026.

D.1 – Notificação de incidentes
Fundamentação
Todas as Unidades do Sistema de Saúde devem possuir uma estrutura responsável pela gestão e análise interna de incidentes de segurança do doente. Os incidentes reportados na plataforma NOTIFICA devem ser alvo de análise interna, pelo gestor local, de forma a garantir: a validação das notificações; a identificação de medidas de correção, de implementação imediata, se aplicável; a identificação dos fatores contribuintes; a determinação de um plano de ação com medidas preventivas ou corretivas se e conforme aplicável. A notificação de um incidente exige a implementação de medidas corretivas sistémicas de forma a evitar que situações geradoras de dano, real ou potencial, se venham a repetir e o pressuposto assente na melhoria da qualidade assistencial institucional.
Objetivos
- Melhorar a segurança do doente, evitando ocorrências geradoras de dano real ou potencial promovida através da aprendizagem contínua dos enfermeiros.

18

Quando as infeções não respondem ao tratamento com antibióticos, o total de mortes aumenta proporcionalmente.

C.1 Gestão de resíduos hospitalares
Fundamentação
O aumento da esperança média de vida, com o aumento da morbilidade e da mortalidade, a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e a crescente procura dos cuidados de saúde, tem contribuído para o aumento da produção de Resíduos Hospitalares. Existe uma constante preocupação com os riscos ambientais e de saúde pública associados à produção destes resíduos, o que levou ao surgimento de legislação e linhas orientadoras e ao aperfeiçoamento de técnicas de tratamento de resíduos hospitalares (Despacho n.º 242/96, 1996). O aumento da produção de Resíduos hospitalares diz respeito ao surgimento de medidas de controlo de transmissão de infeções hospitalares. Estas medidas têm-se traduzido na crescente utilização de material de uso único/descartável que aumenta a produção destes resíduos (Despacho n.º 242/96, 1996). Os resíduos hospitalares estão classificados em grupos para assim se fazer a sua devida separação e tratamento, é necessário que os profissionais de saúde tenham conhecimento sobre a correta separação destes resíduos de forma evitar a transmissão de infeções bem como a diminuir os custos associados ao seu tratamento.
Objetivos
- Atualizar conhecimentos sobre tratamento e separação de resíduos da equipa de saúde; - Permitir a reflexão e discussão sobre aspetos inerentes à separação de resíduos hospitalares e controlo de infeção
Destinatários
Enfermeiros do SU
Formadores/Responsáveis pela formação
Carla Vilas Boas Rosa (Enf do SU, Elo de ligação à GL-PPCIRA)
Data e Local
2 sessões em 2023 e 2 sessões em 2024; HSM, EPE

C.2 IACS – Medidas de prevenção e controlo
Fundamentação
Em saúde a morbi-mortalidade está intimamente ligada à capacidade que as instituições possuem em controlar os processos de prestação de cuidados de forma segura. Infelizmente, muitos dos procedimentos executados são potenciadores de infeção por práticas menos adequadas, tanto na prestação direta como na prestação indireta de cuidados. A formação abarcará uma breve abordagem ao processo de auditoria, enquanto indicador de qualidade.
Objetivos

17

Destinatários
Enfermeiros do SU
Formadores/Responsáveis pela formação
Duke (Enf do SU e gestora local de risco)
Data e Local
2 sessões em 2023 e 2 sessões em 2024; HSM, EPE

D.2 – Stress no local de trabalho
Fundamentação
O stress ocupacional é conhecido e consensualmente aceite como problema capital tanto para indivíduos como para as organizações. Os serviços de saúde, dadas as suas especificidades, são locais de trabalho onde é maior a incidência e a gravidade dos riscos psicossociais e do stress ocupacional. Sendo uma característica psicossocial do trabalho, ele assume o papel de fator de risco ou de fator de saúde, pelo que, o stress no trabalho pode ser entendido como "faces da mesma moeda", podendo conduzir tanto a um status de saúde, como de doença. Independente do que somos e do que fazemos, a correta gestão do stress, contribui decididamente para a melhoria da saúde individual, o aumento do rendimento organizacional e a humanização do trabalho.
Objetivos
- Compreender o stress ocupacional numa perspetiva transacional, conhecendo as suas consequências e as estratégias de prevenção e de gestão individual, implementando estratégias de coping e de desenvolvimento pessoal, potenciando a sua redução.
Destinatários
Enfermeiros do SU
Formadores/Responsáveis pela formação
A designar
Data e Local
2 sessões em 2024; HSM, EPE

19

D.2 – Transição segura de cuidados - ISBAR
Fundamentação
A transição dos cuidados instituídos deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as diversas equipas envolvidas na prestação de cuidados. Para que neste aspeto a segurança do utente seja efetiva, a comunicação entre os diversos agentes deve ser normalizada e de acordo com a norma da Direção Geral da Saúde (DGS), a técnica ISBAR deve ser utilizada por todos os prestadores de cuidados, independentemente do nível de cuidados. A técnica ISBAR é uma mnemónica que pretende, através de forma simples, memorizar toda a informação fundamental a ser transmitida e significa: I-Identificação; S-Situação atual; B- (Background) Antecedentes e Descrição de factos clínicos, DAV, etc; A-Avaliação realizada e por fim R- Recomendações. Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.
Objetivos
- Incrementar a utilização da técnica ISBAR na transição segura de cuidados através da sua padronização, como suporte da unidade de formação, no seio da equipa de cuidados.
Destinatários
Enfermeiros do SU
Formadores/Responsáveis pela formação
António Carlos (Enf do SU)
Data e Local
2 sessões em 2023 e 2 sessões em 2024; HSM, EPE

2.5 Domínio E – Literacia, Comunicação e Gestão de Equipas

Liderar e motivar equipas é fundamental para aumentar a produtividade e o bom desempenho de qualquer organização. Não sendo a área da saúde exceção, a gestão estratégica de profissionais, alinhada pelas linhas de visão da instituição, são premissas basilares nos dias de hoje.

A liderança deve ser capaz de gerir acontecimentos e eventos diários, interpretá-los à luz da estratégia organizacional, resolver problemas não antecipados e apresentar soluções congruentes com essa estratégia.

Destinatários
Enfermeiros do SU
Formadores/Responsáveis pela formação
A designar
Data e Local
2 sessões em 2024; HSM, EPE

2.6 Domínio F – SIE e Tomada de Decisão

F.1 – Sistemas de informação e documentação de enfermagem – Ontologia
Fundamentação
A O item dos Enfermeiros (OE) sentiu necessidade de ter um maior controlo sobre os conceitos utilizados nos aplicativos informáticos para representar os dados usados para inferir os diagnósticos e as intervenções de Enfermagem. Uma Ontologia de Enfermagem é uma descrição dos conceitos centrais da disciplina, bem como dos seus relacionamentos de acordo com a melhor evidência disponível. No que se refere aos sistemas de informação na área da saúde, eles devem ser desenhados tendo em vista a interoperabilidade da informação sobre a saúde dos cidadãos entre os diferentes sistemas eletrónicos que processam a informação clínica. Promover a formalização do conhecimento da disciplina e a identificação de necessidades de investigação, permitir a evolução de sistemas de documentação para sistemas de conceção de cuidados, facilitar a produção nacional de indicadores relativos ao exercício profissional dos enfermeiros e um controlo interno da linguagem profissional dos enfermeiros pela OE, são também vantagens da Ontologia de Enfermagem (OE, 2020).
Objetivos
- Sensibilizar os enfermeiros para a importância da ontologia na construção do conhecimento em enfermagem; - Promover os conhecimentos e as competências dos formandos em relação à Ontologia de Enfermagem e à sua importância enquanto classificação a integrar no <i>back-end</i> dos sistemas de informação em enfermagem.
Destinatários
Enfermeiros do SU
Formadores/Responsáveis pela formação
Teresa Alves (Enf. do SU Responsável pelo grupo de SIE)
Data e Local

E.1 – Relações interpessoais e trabalho em equipa
Fundamentação
O bom desempenho de uma organização assenta nas relações interpessoais e na capacidade de trabalho em equipa dos seus colaboradores. Cientes da heterogeneidade e multiplicidade de todos os intervenientes, torna-se necessário desenvolver técnicas e abordagens inovadoras para que as relações e a comunicação, em contexto laboral, sejam adequadas e eficazes. Fomentar um bom relacionamento entre os profissionais e investir na promoção de estratégias para melhorar eficaz comunicação, resultando numa maior motivação, produtividade e no sucesso das relações interpessoais.
Objetivos
- Adquirir conhecimentos e desenvolver competências para o desenvolvimento de relações saudáveis entre os diversos intervenientes das equipas; - Potenciar a comunicação ajustada e efetiva, adequada a cada um dos contextos organizacionais.
Destinatários
Enfermeiros do SU
Formadores/Responsáveis pela formação
A designar
Data e Local
2 sessões em 2024; HSM, EPE

E.2 – O conflito na gestão de pessoas e equipas
Fundamentação
Os conflitos no trabalho são preocupantemente comuns nas organizações. A complexidade nas interações interpessoais diárias, a personalidade e valores de cada indivíduo, o tempo despendido, bem como o ambiente organizacional, são fatores que podem gerar, com maior probabilidade, situações de conflito laboral. Considerando a atual realidade, torna-se imperativo capacitar os profissionais com estratégias adequadas para a resolução de conflitos que ocorrem durante o desempenho das atividades, potenciando-os enquanto estratégias de melhoria na gestão de processos, na ótica do crescimento de pessoas, equipas e organizações.
Objetivos
- Dotar os profissionais com técnicas de gestão de conflitos, com base em necessidades individuais ou de grupo, permitindo um crescimento robusto e sustentado no relacionamento interpessoal efetivo nos locais de trabalho, através de estratégias de comunicação assertiva e de empoderamento dos colaboradores.

2 sessões em 2024; HSM, EPE

F.2 – SIE: Uniformização dos registos de enfermagem no contexto de urgência
Fundamentação
No decorrer do seu desempenho profissional os enfermeiros recolhem dados, estabelecem objetivos, definem intervenções, avaliando posteriormente o impacto destas na saúde do utente ou população, sendo que neste sentido a sua prática está diretamente relacionada com a aquisição, análise e interpretação de informação. A documentação de todos os dados implícitos à prestação de cuidados de enfermagem reveste-se assim de caráter de grande importância, visto que a qualidade dos cuidados prestados se encontra refletida na qualidade dos registos efetuados (Tareco, 2015). Os registos são parte integrante do processo de enfermagem, sendo uma forma de justificar e comprovar os cuidados prestados aos doentes, sendo também uma fonte de informação e um meio de comunicação, constituindo assim um instrumento de trabalho essencial para a prática de enfermagem.
Objetivos
- Permitir reflexão sobre a importância dos registos de enfermagem; - Permitir a discussão e reflexão sobre a importância de registos de enfermagem uniformizados;
Destinatários
Enfermeiros do SU
Formadores/Responsáveis pela formação
Maria Jorge (Enf. do SU, Elo de ligação ao grupo SIE) Teresa Alves (Enf. do SU Responsável pelo grupo de SIE)
Data e Local
2 sessões em 2023 e 2 sessões em 2024; HSM, EPE

CONCLUSÃO

Os enfermeiros sempre assumiram a importância da formação contínua e permanente, pois através da formação em serviço é possível o confronto entre os conhecimentos teóricos e a prática, o que pode levar à mudança de comportamentos e ao aumento da qualidade dos cuidados prestados.

A formação contínua dos profissionais de saúde tem como objetivo aprofundar o grau de desenvolvimento pessoal e profissional, pois visa colmatar as necessidades de formação de uma equipa, fazendo com que os profissionais repensem a teoria, questionem as práticas e introduzam mudanças de qualidade.

A formação em serviço tem de ser bem planeada, tendo como base as necessidades referidas pelos enfermeiros da equipa de forma a promover o desenvolvimento de competências e a melhoria das prestações de cuidados de enfermagem.

Aprender ao longo da vida não é só uma necessidade e caminho de eleição dos enfermeiros para fazer face à constante evolução tecnológica e científica é também um dever para a profissão, tendo em vista a excelência dos cuidados prestados, tal como defende Rodrigues (2011).

O presente plano formativo foi elaborado em torno das necessidades identificadas pelos enfermeiros do serviço, porém é importante referir que este plano não é imutável, podendo sofrer alterações ao longo da implementação, pois as necessidades e circunstâncias podem se alterar a qualquer momento.

24

Rodrigues, S. V. (2011). Aprendizagem dos Enfermeiros ao longo da vida - Adaptação e validação de escalas de Jefferson. Obtido de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15840/1/Relat%C3%B3rio...pdf>

Tareco, E. S. (2015). Sistemas Informáticos em Saúde para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Revisão Sistemática. Dissertação de Mestrado. Algarve: Faculdade de Economia - Universidade do Algarve.

WHO. (2009). WHO guidelines on hand hygiene in health care. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

26

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asseiro, C., & Beirão, M. T. (2012). A ventilação não-invasiva em serviço de urgência, cuidados de adaptação e manutenção e ganhos em saúde. *Journal of Aging and Innovation*, 1. Obtido de <https://journalofagingandinnovation.org/pt/volume-1-numero-4-2012/a-ventilacao-nao-invasiva>

Bezerra, V. S., Sousa, A. J., Silva, I. P., Lima, A. P., Porto, F. M., & Vieira, F. R. (2019). O uso da ventilação não invasiva em pacientes com DPOC: Revisão sistemática. Obtido de <https://e-ve.n3.blob.core.windows.net/anais/86718.pdf>

DGS. (29 de 03 de 2020). No rra 007/2020. Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

Idanez, M., & Ander-Egg, E. (2008). *Diagnóstico Social - Conceitos e Metodologias*. Porto: Peragráfica Artes Gráficas.

INEM. (2012). *NORMAS, EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS E OBSTÉTRICAS*.

INEM. (2017). *Manual de Suporte Básico de Vida - Adulto*.

INEM. (2017). *Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico*.

INEM. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida*.

Macedo, L. (2015). *Gestão em enfermagem e a Formação em Serviço: tecnologias de informação e padrões de qualidade*. Porto.

Machado, P. M. (2010). *Transporte de Doentes Críticos - Vivências dos Enfermeiros do Serviço de Urgência*. Ponte de Lima: Universidade Fernando Pessoa.

Menoita, E. (2011). *Formação em serviço: Um contributo para o desenvolvimento de Competências*. Coimbra: Fomasau.

OE. (22 de 01 de 2020). *Ordem avança para a melhoria dos Sistemas de Informação em Enfermagem*.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*.

Portugal. (13 de Agosto de 1996). *Despacho n.º 242/96. Diário da República (72)*.

25

APÊNDICE V – FORMAÇÃO INSUFICIÊNCIAS RESPIRATÓRIAS E
VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA EM CONTEXTO DE SU

Ventilação Mecânica Não Invasiva em contexto de Serviço de Urgência.

Ação de Formação: Ventilação Mecânica Não Invasiva em contexto de serviço de Urgência		Público-Alvo: Enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria Maior, EPE
Ação: Formação		
Local: Hospital de Santa Maria Maior Barcelos, EPE.		Formador (a): Carlos Vilas Boas (1); Diogo Tomás (2); Ivo Alves (3); Teresa Alves (4); Teresa Ferreira (5).
Data: 7/12/2022	Duração da Sessão: 4h; Sessão 1 - 9h às 13h; Sessão 2 – 14h às 18h.	
Objetivos Gerais: Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem na gestão da pessoa submetida a VMNI;		
Objetivos Específicos: Compreender os conceitos básicos do equilíbrio ácido base. Identificar os tipos de insuficiência respiratória. Perceber o conceito de VMNI. Identificar fatores preditivos de insucesso. Conhecer os diferentes tipos de parâmetros e modos ventilatórios usados na VMNI. Reconhecer a importância da monitorização do doente, interfaces e ventilador. Compreender a importância da adaptação da pessoa à VMNI e dos cuidados de enfermagem. Refletir acerca da tomada de decisão do enfermeiro em relação à documentação dos cuidados de enfermagem.		

Introdução	Apresentação dos formadores; Apresentação da temática; Apresentação dos objetivos da formação.				
Desenvolvimento	Conteúdos	Materiais e Técnicas Pedagógicas	Recursos Didáticos	Tempo	Formador
	- Equilíbrio Ácido base; - Regulação do ião Hidrogénio.	Expositivo	Computador Projetor PPT	1h	1
	-Tipos de IR; - Regulação química das Insuficiências Respiratórias; -Tratamentos das Insuficiências respiratórias.	Expositivo Interrogativo		30 min	3
	- Conceito de VMNI; - Finalidades da VMNI; - Principais recomendações e guidelines.	Expositivo Interrogativo Expositivo		15 min	5
	- Fatores preditivos de insucesso na VMNI.			15 min	5
	INTERVALO			15 min	
	- Pressões e parâmetros ventilatórios; - Modos ventilatórios.	Expositivo	Computador Projetor PPT Ventilador v60	15 min	2
	- Principais vigilâncias; - Monitorização do doente e equipamento de VMNI.	Expositivo Demonstrativo		30 min	2
	- Protocolo de desmame ventilatório; - Cuidados de enfermagem à pessoa sob VMNI.	Expositivo		30 min	2
	- Tomada de decisão do enfermeiro à pessoa submetida a VMNI.	Expositivo Interrogativo		30 min	4
Avaliação	Aplicação de um questionário aos destinatários, através de um formulário online, para avaliar a satisfação/pertinência da formação; Sugestões de melhoria; Avaliação de impacto;				

Insuficiências Respiratórias e Ventilação Mecânica Não Invasiva

Serviço de Urgência
HSMM Barcelos

António Carlos Vias Boas
Diogo Tomás
Ivo Alves
Teresa Alves
Teresa Pereira

Objetivos

- Compreender os conceitos básicos do equilíbrio ácido base;
- Identificar os tipos de insuficiência respiratória;
- Perceber o conceito de VMNI;
- Identificar fatores preditivos de insucesso;
- Conhecer os diferentes tipos de parâmetros e modos ventilatórios usados na VMNI;
- Reconhecer a importância da monitorização do doente, interfaces e ventilador;
- Compreender a importância da adaptação da pessoa com VMNI e dos cuidados de enfermagem;
- Refletir acerca da tomada de decisão do enfermeiro em relação à documentação dos cuidados de enfermagem.

Equilíbrio Ácido base

Ácidos

- voláteis (CO₂)
- não voláteis (CC)

toda a substância capaz de fornecer íons de Hidrogénio (H⁺)

Bases

mais importantes:

- bicarbonato
- tartrato
- proteínas
- amónio

toda a substância que aceita íons de hidrogénio quando está em solução

Equilíbrio Ácido base

- A regulação precisa do H⁺ é essencial, pois as atividades de quase todos os sistemas e enzimas no corpo são influenciadas pela concentração de H⁺.

Equilíbrio Ácido Base

Regulação de H⁺

- Sistemas tampão ácido-base
- Centro respiratório
- Rins

Equilíbrio Ácido Base

Tampão Bicarbonato

Aumento de H⁺

- O equilíbrio move-se na direção da formação de ácido carbónico;
- Aumenta a formação de CO₂;
- CO₂ em excesso estimula o centro respiratório, eliminando-o do líquido extracelular;

Diminuição de H⁺

- Aumento da dissociação de ácido carbónico em H⁺ e HCO₃⁻;
- Diminuição dos níveis de CO₂ que inibe o centro respiratório e diminui a sua expiração;
- O aumento de HCO₃⁻ é excretado por via renal;

$$\text{CO}_2 + \text{H}_2\text{O} \rightleftharpoons \text{H}_2\text{CO}_3 \rightleftharpoons \text{H}^+ + \text{HCO}_3^-$$

Equilíbrio Ácido base

O aumento da ventilação alveolar diminui a PCO_2 e, portanto, a concentração de H^+ extracelular, aumentando o pH.

Regulação Respiratória

Figure 35.2. Change in extracellular fluid pH caused by increased or decreased rate of alveolar ventilation, measured at times normal.

Equilíbrio Ácido base

O aumento da concentração de H^+ estimula a ventilação alveolar, o que diminui a PCO_2 e reduz a concentração de H^+

Regulação Respiratória

Figure 35.3. Effect of blood pH on the rate of alveolar ventilation.

Equilíbrio Ácido base

Controlo Renal

Secreção de H^+ e Reabsorção de HCO_3^- nos túbulos renais

↑ PCO_2	↓ PCO_2
↑ H^+ , ↓ HCO_3^-	↓ H^+ , ↑ HCO_3^-
↓ Volume do líquido extracelular	↑ Volume do líquido extracelular
↑ Angiotensina II	↓ Angiotensina II
↑ Aldosterona	↓ Aldosterona
Hipocalcemia	Hipercalemia
Aumentam a Secreção de H^+ e a Reabsorção de HCO_3^-	Diminuem a Secreção de H^+ e a Reabsorção de HCO_3^-

Equilíbrio Ácido base

pH representa o inverso da concentração logarítmica de H^+

pH normal varia entre 7,35 – 7,45

- pH abaixo deste valor = pH = acidez = acidemia
- pH acima deste valor = pH = basicidade = alcalemia

HCO_3^- – 22 a 26 mmol/L
 PCO_2 – 35 a 45 mmHg
 PO_2 – > 80 mmHg

Equilíbrio Ácido base

Gasimetria

Lactatos - produção de ácido láctico no tecido isquémico, como subproduto da geração de ATP (a adenose triphosphate) durante deficit de oxigênio.

A produção excessiva pode ocorrer durante a hipoperfusão tecidual global no choque, exercício físico, convulsões, tremores, algumas doenças sistêmicas e congénitas, cancro e ingestão de alguns fármacos ou toxinas, entre outras.

Equilíbrio Ácido base

Sangue Arterial
 pH 7,35-7,45

Acidose (pH < 7,35)

- Acidose Metabólica: $HCO_3^- < 22$, $PCO_2 < 35$ → Compensação Respiratória
- Acidose Respiratória: $HCO_3^- > 26$, $PCO_2 > 45$ → Compensação Renal

Alcalose (pH > 7,45)

- Alcalose Metabólica: $HCO_3^- > 26$, $PCO_2 > 45$ → Compensação Respiratória
- Alcalose Respiratória: $HCO_3^- < 22$, $PCO_2 < 35$ → Compensação Renal

Gasimetria

CASO 1
 Mulher de 55 anos.
 História: dispnéia, tosse e tosse com expectoração mucopurulenta com 5 dias de evolução.
 Gasimetria à entrada no SU: pH 7,28; pCO₂ 54 mm Hg; pO₂ 59 mm Hg; HCO₃ 25 mmol/L; SaO₂ 98%.

CASO 2
 Homem de 54 anos.
 Sem antecedentes. Desde há uma semana vômitos e azia. Ao exame encontra-se vital, desorientado.
 Gasimetria pH 7,28; pO₂ 80 mm Hg; pCO₂ 30 mmHg; HCO₃ 18; SaO₂ 96%.

CASO 3
 Masculino de 16 anos.
 História de doença de colite ulcerosa. Queixas de dor de cabeça e sangramento com 3 dias de evolução.
 Gasimetria à entrada no SU: pH 7,30; pCO₂ 32 mm Hg; pO₂ 88 mm Hg; HCO₃ 17 mmol/L; SaO₂ 96%.

Insuficiências Respiratórias

- VENTILAÇÃO**
 - Processo automático e rítmico que gera movimentos de entrada e saída de ar nas unidades respiratórias terminais;
- PERIRAÇÃO**
 - Processo mais global, que inclui a ventilação e culmina na oxidação de metabólitos, com produção de e energia;

Regulação química

- Quimiorreceptores centrais
- Quimiorreceptores periféricos
- Resposta ventilatória:
 - CO₂
 - H₂O
 - Interação hipoxia e H₂O
 - PH
 - Inibição do fluxo sanguíneo cerebral

Insuficiências Respiratórias

British Thoracic Society Guideline for oxygen use in adults in healthcare and emergency settings

The Thoracic Society of Australia and New Zealand
OXYGEN GUIDELINES
 FOR ACUTE OXYGEN USE IN ADULTS

Insuficiências Respiratórias

Tipo	Alterações fisiológicas	Causas	Tratamento
Tipo I - BA hipoxêmica	<ul style="list-style-type: none"> Prevalentemente distal Distribuição V/Q Shunt pulmonar 	<ul style="list-style-type: none"> Edem pulmonar Emfisema Pneumonia Hemorragia alveolar 	<ul style="list-style-type: none"> Oxigênio suplementar VM (que não exerce compressão) ou VM convencional Tratamento da causa

Insuficiências Respiratórias

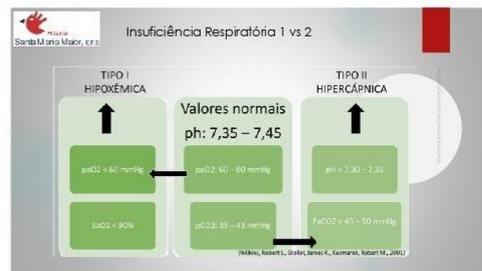
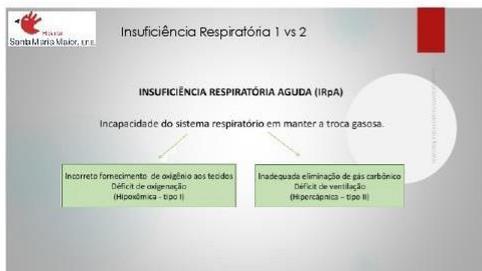
Tipo	Alterações fisiológicas	Causas	Tratamento
Tipo II - BA hiperóxica	<ul style="list-style-type: none"> Distribuição do fluxo respiratório Falência da função neuromuscular Trombose venosa profunda, edema de longo curso Sobrecarga do sistema respiratório Resposta do sistema pulmonar: redução da compliance pulmonar, aumento das resistências ventilatórias 	<ul style="list-style-type: none"> Crise de descompensação Lesão do tronco cerebral Distrofia miotônica de tipo 1 Hipertensão pulmonar Hemorragia intracerebral, infarto do miocárdio Distrofia miotônica miopatia alérgica amiotólica, toxopneumonia Broncoespativa OPC Edema pulmonar Aspiração PEEP autoinflado (OPC) Insuficiência Dor torácica aguda Distrofia miotônica Obstrução das vias aéreas Embolia pulmonar Shunt 	<ul style="list-style-type: none"> Oxigênio suplementar VM (se não existe contraindicação) Tratamento da causa

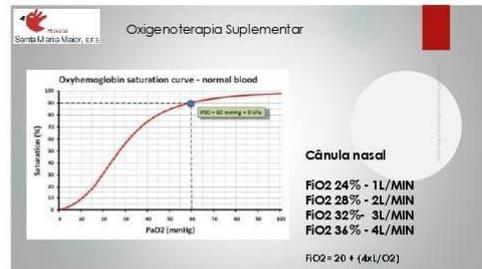
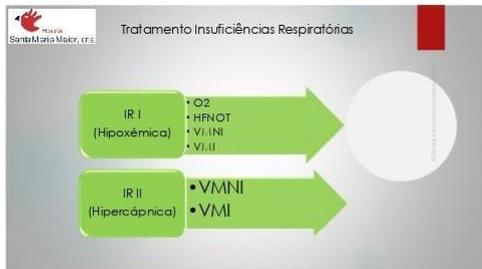
Insuficiências Respiratórias

Tipo	Alterações fisiológicas	Causas	Tratamento
Tipo II - IRA do perfil operatório	<ul style="list-style-type: none"> Colapso alveolar, com efeito mantido da Capacidade Funcional Residual 	<ul style="list-style-type: none"> Assentio geral Do no pós-operatório 	<ul style="list-style-type: none"> Mudança de posicionamento frequente Oxigenação Levante precoce Controlo agressivo do dor VNI

Insuficiências Respiratórias

Tipo	Alterações fisiológicas	Causas	Tratamento
Tipo IV - IRA do choque	Hipoperfusão de tecidos	Choque	VNI convencional





Conceito de VNI

VNI refere-se à utilização de um suporte ventilatório sem recurso a métodos invasivos que envolvam a manipulação da via aérea (entubação endotraqueal e/ou traqueostomia).

Gregotti et al., 2015

Ventilação Mecânica por pressão positiva (VPP)

Aplicação de uma pressão superior à atmosférica na entrada da via aérea, criando um gradiente de pressão entre esta e o alvéolo, condicionando a inspiração no momento da aplicação da pressão.

Gregotti et al., 2015



Contexto da VVNI

Antecipar ou aliviar a instalação da IR e ganhar tempo para a resolução da causa subjacente em contexto agudo ou no doente crónico agudizado.

Atenuar os sintomas da IR na pessoa em fase paliativa.

Aliviar a IR de etiologia crónica objetivando o aumento da sobrevivência e/ou qualidade de vida.

Contexto Agudo

Contexto Paliativo

Contexto Crónico

Recomendações/guidelines da ERS/ATS

Força recomendação a favor	recomendação Condicional a favor	recomendação Condicional Contra	Sem recomendação
<ul style="list-style-type: none"> Exacerbação aguda da DPOC Prevenção de EOT (pH 7.25-7.35) Altelevação a EOT pH7.25 Edema Agudo do Pulmão Cardiogénico 	<ul style="list-style-type: none"> Desmame de VMI no doente Hipercáptico Prevenção da IL por estabilização Imunocomprometidos IL por operatória trauma halotóxica 	<ul style="list-style-type: none"> Prevenção da Hipercáptia no EAD/HOC Tratamento da IL por estabilização 	<ul style="list-style-type: none"> EA de Asma IR Hipoxémica de novo (Inclui Pneumonia) Pandemia viral

Adaptado de: "Optimal ERS/ATS clinical practice guidelines for non-invasive ventilation for acute respiratory failure 2017"

Evidência Científica recente

	Acute Respiratory Failure	Acute Respiratory Failure	Acute Respiratory Failure	Acute Respiratory Failure
Colloids	Green	Green	Green	Green
Glucocorticoids	Green	Green	Green	Green
Non-invasive Respiratory Support for Adults with Acute Respiratory Failure	Green	Green	Green	Green
Prevention during intubation	Green	Green	Green	Green
After Surgery	Green	Green	Green	Green

In: *Non-invasive Respiratory Support for Adults with Acute Respiratory Failure*. The New England Journal of Medicine 2022

Crítérios Clínicos para início da VVNI

Crítérios Clínicos

- Díspneia moderada a muito grave
- Taquipneia com frequência respiratória >26 ciclos/min
- Sinais de trabalho respiratório aumentado, com utilização de musculatura acessória ou respiração paradoxal

Crítérios Gasimétricos

- PaCO₂ > 45 mmHg ou pH < 7.35 (após terapêutica médica otimizada)
- Atualmente e, segundo guidelines (ERS/ATS e GOLD) não há limite inferior de pH para um mal de VNI
- Hipoxémia com PaO₂/FIO₂ <300

In: ERS/ATS, 2017

Contra indicações para início de VVNI

Contra Indicações Absolutas

- Recusa do tratamento;
- Paragem Cardíaca respiratória;
- Trauma ou queimadura facial grave;
- Obstrução física das VAS;
- Coma grave;
- Vómitos incoercíveis

Contra Indicações Relativas

- Deformidade facial;
- Síndrome;
- Pneumotórax;
- Cirurgia gástrica/intestinal superior recente;
- Cirurgia recente VAS;
- Falência Multi-orgânica (mais de 2 órgãos);
- Agitação / Desorientação;
- Doente não-cooperante.

In: BSAACS, 2016

Fatores preditivos de insucesso

- Scores de gravidade elevados
- Presença de Pneumonia
- Síndrome | Tose ineficaz
- Alteração estado consciência
- Choque
- IR Hipoxémica grave
- Desnutrição

Modos Ventilatórios e Parâmetros da VMNI

Suporte Ventilatório

• Volume

- Características
 - Volume fixo durante um determinado tempo (volume-minuto)
 - Pressão variável para atingir volume definido
- Vantagens
 - Garante volume
- Desvantagens
 - Má compensação de fugas não intencionais
 - ↑↑↑ Pressão (aerofagia e barotrauma)

Suporte Ventilatório

• Pressão (PSV):

- Características
 - Define-se uma pressão (PA ou EPAP) que será entregue pelo ventilador
 - Volume variável em função das pressões definidas, esforço inspiratório do doente, resistência, complacência pulmonar e tempo inspiratório
- Vantagens
 - Melhor tolerância pois aproxima-se da ventilação "fisiológica"
 - Bom compensação de fugas não intencionais
- Desvantagens
 - Não garante volume – Risco de hipoventilação

Ciclo Ventilatório

RK11 João F. Coutinho, Rol - Itorosa de fisiologia - 1ª edição, 2003

Parâmetros ventilatórios

- **IMV (Intermittent Mandatory Ventilation)** - Pressão entregue pelo ventilador ao doente durante a expiração
 - Permite a respiração espontânea
 - Permite a realização de CO2
 - Permite a Vt, que evita o risco de barotrauma
 - Permite a realização de oxigenação
- **IPAP (Intermittent Positive Airway Pressure)** - Pressão entregue pelo ventilador ao doente durante a inspiração
 - Melhora a Vt
 - Permite a realização de CO2
 - Melhora a oxigenação

Parâmetros ventilatórios

- **Coefficiente I:E**
 - Tempo de inspiração/ expiração;
 - Ex: 1:2;
 - 2s para inspiração/ 4s para expiração.
- **Tiempo inspiratório**
 - Disparo gerado pelo esforço respiratório do doente que permite iniciar um novo ciclo ventilatório;
 - Situações simples como falha podem disparar quando há morte o ventilador – Iniciação do doente.
 - Tempo inspiratório:
 - Tempo de preparação do doente a inspiração;
 - Otimização < Iniciação.
- **Outros**
 - Quando o paciente expira, o ventilador detecta a mudança no fluxo e em a pressão (IPAP).

Modos Ventilatórios: S- Espontânea

- Doente controla todo o ciclo respiratório;
- Ventilador apenas suporta o esforço respiratório do doente;
- Apenas é definido IPAP e EPAP;
- FR, Ti e Te são variáveis.

GRU 2016, 13103, 251, 245

Modos Ventilatórios: S/T- Espontânea/Temporizado

- Doente controla o início e o fim da respiração
- Ventilador suporta o esforço do doente
 - FR variável
 - Ti e Te variáveis
- É programada uma FR de back-up

Ex: 12cpm (1c/5s) - se o doente não a atingir 12cpm/min o ventilador compensa automaticamente com ciclos ventilatórios.

GRU 2016, 13103, 251, 245

Ventiladores no SU

V60 Fogo não ventilada até 1200/min	Triology evo Fogo compensada até 800/min	Triology Fogo compensada até 800/min	A40 Fogo compensada até 400/min

GRU 2016, 13103, 251, 245

Interfaces para VMNI

Interfaces de contato:

- Fogo Intencional VS Fogo Intencional
- Facial ou Calcificação
- Estabilizado VS Helix VS Não Incentiva
- Helix Intencional VS Helix
- Respiração VS Helix VS Helix

GRU 2016, 13103, 251, 245

Máscara ventilada vs não ventilada

Não Ventilada → Quando utilizado um circuito de ramo único com interface não ventilada a porta ou válvula exalatória garante a saída do ar exalado.

Válvula integrada no circuito
 Paper Swivel
 Plateau Evolution Valve (PEV)

Principal função: Evitar o REBREATHING DE CO₂

GRU 2016, 13103, 251, 245

Máscara com/sem válvula de asfixia

Universalmente uma máscara com portafixo azul é normativa de Máscara sem válvula anti-asfíxia

Válvula Anti-asfíxia

GRU 2016, 13103, 251, 245

Circuitos para ventilação não invasiva

Circuito simples com válvula exalatória e linha de monitorização.

Circuito ativo com válvula exalatória e linha de monitorização.

Circuito simples.

Montagem de circuito de VMNI

Filtro Bacteriológico

Circuito simples com linha de pressão e válvula exalatória

Enfitecedor O₂

Circuito simples

Máscara não ventilada

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica 2020 / 2023

RECOMENDAÇÃO N.º 2 / 2021

Montagem dos circuitos de VNI e respetivos filtros nas ventilações. Modelos (...) Vídeos 400 e 1900

Título: ENFERMAGEM DE FORTES E INTERVENÇÕES NA VNI e na VMNI

Manutenção de circuitos de VMNI

7/7 dias ou SOS

Diariamente

Como iniciar a VMNI

- Obter consentimento do doente
- Explicar procedimento ao doente. Benefícios e dificuldades
- Se necessário medicação ansiolítica não depressora do CR
- Leito a 45°/60°
- Colocação de próteses dentárias
- Hidratação das mucosas e pele
- Escolha da interface adequada

Monitorização

DOENTE

DISPOSITIVOS

Sucesso da VMNI

INTERFACE

APÊNDICE VI – FORMAÇÃO ABORDAGEM À PSC E FAMÍLIA

Plano de Sessão

Abordagem à Pessoa em Situação Crítica

Ação de Formação Abordagem à Pessoa em Situação Crítica		Público-Alvo: Enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria Maior, EPE				
Ação: Formação						
Local: Hospital Santa Maria Maior, EPE		Formadores: Carlos Vilas Boas (1); Diogo Tomás (2); Ivo Alves (3); Teresa Alves (4); Teresa Ferreira (5).				
Data: 18/01/2023	Duração da Sessão: 3h; Sessão 1- 9h às 12:00h; Sessão 2 – 14h00 às 17:00h.					
Objetivos Gerais: Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem no atendimento à Pessoa em Situação crítica (PSC) e Família						
Objetivos Específicos:						
<ul style="list-style-type: none"> - Perceber a organização dos recursos humanos aquando da abordagem à PSC na SE e respetivas funções de cada elemento através de modelos de atuação; - Sensibilizar os Enfermeiros para a importância de uma abordagem sistematizada baseada na metodologia ABCDE à PSC; - Rever os algoritmos de SBV e SAV com base nas últimas guidelines; - Identificar ritmos peri-paragem e conhecer o respetivo tratamento; - Compreender a importância da abordagem à VA da PSC e dos cuidados de Enfermagem; - Aprofundar conhecimentos farmacológicos em situação de urgência/emergência; - Refletir acerca da tomada de decisão do Enfermeiro em relação à documentação dos cuidados de enfermagem da PSC e família 						
Introdução	Apresentação dos formadores; Apresentação da temática; Apresentação dos objetivos da formação.					
Desenvolvimento	Conteúdos	Materiais e Técnicas Pedagógicas	Recursos Didáticos	Tempo	Formador	
	- Cadeia de Sobrevivência e Organização dos recursos;	Expositivo	Computador Projektor PPT Manequim	15 min	5	
	- Reconhecimento da PSC;	Expositivo Interrogativo Demonstrativo		10 min	5	
	- Abordagem à PSC;			30 min	5	
	INTERVALO				15 min	
	- Algoritmos SAV; -Disritmias peri paragem;	Expositivo	Computador Projektor PPT Manequim	20 min	2	
	-Abordagem à via aérea ;	Expositivo Demonstrativo		30 min	2	
	-Farmacologia em Urgência/Emergência;	Expositivo		30 min	2	
	- Tomada de decisão na documentação de cuidados;	Expositivo Interrogativo		30 min	4	
Avaliação	Aplicação de um questionário aos destinatários, através de um formulário online, para avaliar a satisfação/pertinência da formação; Sugestões de melhoria; Avaliação de impacto;					



ABORDAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA



Carlos Vilas Boas
Dogo Tomás
Ivo Alves
Teresa Alves
Teresa Feresita

18 de janeiro de 2023

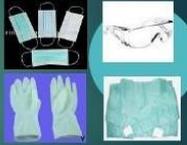


OBJETIVOS

- Promover melhoria no conhecimento e identificação da Pessoa em Situação Crítica (PSC) através de forma clara, sistematizada e organizada;
- Perceber a organização dos recursos humanos na Sala de Emergência (SE) e respetivas funções de cada elemento através de modelos de atuação;
- Sensibilizar os Enfermeiros para a importância de uma abordagem sistematizada à PSC e família;
- Rever os Algoritmos de SBV e SAV com base nas últimas guidelines;
- Identificar ritmos per-paciente e conhecer o tratamento;
- Compreender a importância da abordagem à via aérea da PSC e dos cuidados de Enfermagem;
- Aprofundar conhecimentos farmacológicos em situação de urgência/emergência;
- Refletir acerca da tomada de decisão do Enfermeiro em relação à documentação dos cuidados de enfermagem da PSC e família



PRECAUÇÕES DE SEGURANÇA



Não haver mais vítimas que a própria vítima!



CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA



Nota: Atualizado pelo Acção Plan 2020 - Definição do ANS 2020 - Atribuição das Direções de ICU e ACU - Associação Portuguesa de Unidades de Cuidados Intensivos e Unidades de Cuidados Críticos



ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS

Cuidados de Enfermagem à PSC

*Alunos qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, com o respeito às necessidades físicas e psicológicas e as funções básicas de vida, prevenção de complicações e limitando as necessidades, sendo em vista a recuperação total.

Ordem do, Em Enfermeiros, 2017

Os cuidados numa situação de emergência exigem rapidez, eficiência, conhecimento científico e habilidade técnica e uma estrutura física adequada à abordagem da PSC.

O material/equipamento estar disponível e funcional, para uso imediato;

Equipa multidisciplinar, organizada, coordenada e coesa. Hierarquia no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisão, onde cada profissional saiba exatamente o que fazer.



ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS



- Elemento I - cabeça**
 - Líder / Coordenador
 - Permeabilização da via aérea;
 - Ventilação;
 - Segue protocolo de acordo com a situação
- Elemento II III - Elemento que apoia I:**
 - Ventilação;
 - Cuidados cardíacos;
 - Troca com III de 2 em 2 min
- Elemento IV - espoto III**
 - Monitorização;
 - Desfibrilhação;
 - Acesso venoso;
 - Colabora na administração intravenosa;
 - Se necessário troca com V.
- Elemento V - no lado IV**
 - Preparação administração de fármacos;
 - Colabora acesso venoso;
 - Registo;
 - Ligação da equipa com o paciente;
 - Se necessário troca com IV.

ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS

Elemento I – cabeça

- Idênt. Cerebrais
- Patenteabilidade via aérea
- Medicação
- Siga protocolo de administração
- Análise

Elemento III – apoio a II

- Medicação
- Desfibrilador
- Preparação e administração de fármacos
- 2 gases
- Tudo dentro de 2 em 2 minutos

Elemento II – Elemento que apoia I

- Compressões Cardíacas
- Troca com III de 2 em 2 minutos

PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

"... aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica."

Diretor da Unidade 120

CRITÉRIOS ATIVAÇÃO SALA DE EMERGÊNCIA

- Protocolo "VEFAMEIA" segundo o Diagrama de Manchester (na ausência de protocolo, deve ser considerado como o caso com Ativação da Unidade Coronária)
- Carência de oxigénio perifeérico, que reduza ou elimine a saturação clássica de grande estabilidade fisiológica e portanto, no elevatório, risco de paragem cardíaca respiratória, em qualquer pessoa que se encontre no SU e sem história de patologia cardiovascular
- Quem apresentar pelo menos dois dos critérios de definição de PSC:
 - Comprovação de via aérea;
 - Frequência respiratória < 6 ou > 35 ciclos/minuto;
 - SPO₂ < 95% com FIO₂ > 40% ;
 - Paragem cardiorrespiratória (PCR);
 - Frequência cardíaca < 40 ou > 160 batimentos/minuto;
 - Pressão arterial sistólica < 90 mmHg;
 - Escala de Coma de Glasgow – diminuição > 2 pontos de novo (24 horas);
 - Crise convulsiva prolongada ou repetida
- Pessoa com morbilidade de avaliação de risco para procedimentos (ex.: espirografia, exames cardiovascular-estática, etc.)

ABORDAGEM À PSC-ABCDE_FG

The ABCDE approach

Fonte: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3260942/

ABORDAGEM À PSC - ABCDE_FG

A - Avaliação

- Inspeccionar cavidade oral e remover corpos estranhos, sangue, vômito, secreções, dentes partidos, próteses dentárias soltas;
- Identificar edema da língua, úvula ou outras estruturas;
- Se a OVA é parcial há ruídos respiratórios gorgolejo, ressonar estridor;
- O aspirador de secreções deverá estar pronto para se proceder à aspiração da cavidade oral (atenção: tentativa de aspiração além da cavidade oral pode irritar o vomar, não a laringopneumia);
- Considerar o uso de adjuvantes bñnicos de via aérea: tubo Ouedel.

ABORDAGEM À PSC - ABCDE_FG

B - Ventilação

- Pesquisar sinais de dificuldade respiratória: taquiseu, cianose central, presença de respiração abdominal, utilização de musculatura acessória (tórax, região escapular, intercostal, subcostal ou adejo nasal);
- Observar tórax e jugulares: tórax assimétrico, contornos, hemitórax, feridas...;
- Auscultar a presença de ruídos respiratórios: expirações, silúlicas, estidor;
- Avaliar a frequência respiratória, a amplitude, simetria e padefiorespiratório: Bradipneia, Apneia, Ventilação assistida, Telegastrea, Atenção à extensão respiratória;
- Monitorizar e otimizar de pulso e capnografia (se adequado);
- Perfurar o tórax (hipertensão, mack...)

ABORDAGEM À PSC – ABCDE_FG

B - Circulação

- Pesquisar hemorragias visíveis (epitaxia, hematemese, melena, hematopassas, retortugas, fezes) e controlar caso seja possível.
- Avaliar a pele (coloração, temperatura e humidade); ver se há cianose periférica; palpar pele macerada ou a pele e mucosas estão úmidas? palpando as extremidades: estão frias ou quentes?
- Avaliar o tempo de preenchimento capilar (TPC).
- Avaliar pulsos periféricos e centrais.
- Acessar venas os periféricas de grande calibre.
- Monitorizar: TA, FC, traçado cardíaco (obter ECG 12 derivações);
- Seriar valores de hemograma, coagulação, química e GSA.

ABORDAGEM À PSC – ABCDE_FG

C - Estado mental / neurologia

- Avaliar pupilas quanto ao seu tamanho, simetria e reatividade à luz;
- Avaliar Escala de Coma de Glasgow;
- Avaliar força motora em todos os membros;
- Avaliar glómeo capilar.

LETRAS	AVULAS
Abertura ocular	Espontânea 4 A luz 3 Não reage 2
Resposta verbal	Orientada 5 Confusão 4 Palavras incoerentes 3 Sombras 2
Resposta motora	Obedece comandos 6 Orientado no ambiente 5 Flexão Aberta 4 Flexão anormal 3 Extensão 2
TOTAL (MÁXIMO)	TOTAL (MÍNIMO)
15	3

ABORDAGEM À PSC – ABCDE_FG

D - Temperatura

- Identificar e avaliar lesões externas (amatomas, reações cutâneas...);
- Avaliar e controlar a temperatura corporal.

ABORDAGEM À PSC – ABCDE_FG

E - Sinais vitais e oximetria

- Realizar intervenções focalizadas: sinais vitais, cateterização vesical com registo e controlo do débito urinário, SNG, realização de ECD...
- Outros dispositivos médicos.

FAMÍLIA

- Permitir privacidade;
- Recolha de informação relevante;
- Avaliar as necessidades da família;
- Proporcionar apoio (emocional, apoio, suporte social...);
- Fornecer informação clínica.

ABORDAGEM À PSC – ABCDE_FG

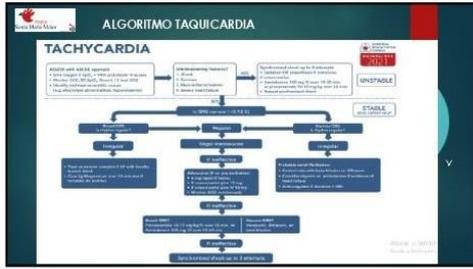
F - Tratamento

- Gestão de Dor (farmacológica não farmacológica)
- Gestão de Temperatura
- Gestão do toque e do diálogo

Distúrbios

Crítérios de risco de PCR/ instabilidade:

1. Choque:
 - i. Alteração do estado de consciência;
 - ii. TACS > 0,9mmHg;
 - iii. Pulmões úmidos;
2. Síncope
3. Instabilidade cardíaca aguda:
 - i. Ritmo Agudo do Pulmão
 - ii. Ingresso/retorno jugular
4. Equívoco diagnóstico:
 - i. Dor torácica
 - ii. Alterações ECG (com ou sem dor)



Taquicardia em doente instável

- A sedo-analgésia prévia poderá ser equacionada.
- A cardioversão elétrica sincronizada é recomendada com até 3 choques consecutivos.
- Se a cardioversão elétrica falhar na conversão a ritmo sinusal e o doente se mantiver instável, administrar amiodarona 300 mg EV/VO em 10 a 20 min e tentar nova cardioversão elétrica.

CARDIOVERSÃO SINCRONIZADA

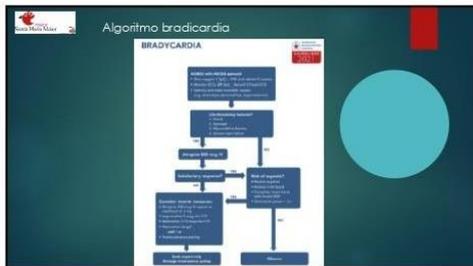
- 1- Segurança do tórax.
- 2- Analgésia e sedo doente.
- 3- Escolher carga de choque e **SINCRONIZAR** desfibrilador.
- 4- Colocar as pás antitórax ou pás manuais.
- 5- Garantir as condições de segurança antes de carregar energia.
- 6- Carregar botão choque e aguardar choque (pode demorar alguns segundos).

FA	• 360 J
Taquicardia complexos largos	• 120 J a 150J*
Taquicardia complexos estreitos	• 70J a 120J*

* Podem ser incrementadas energia do choque seguinte.

Taquicardia doente estável

- Taquicardia regular:**
 - Realizar manobras vagais;
 - Se ineficaz, administrar Adenosina 6-12-18;
 - Se Adenosina ineficaz:
 - Em complexos largos, administrar amiodarona 300 mg (em 10 a 60 min)
 - Em complexos estreitos, administrar betabloqueador (Metoprolol), ou bloqueador dos canais de cálcio (Verapamil ou Diltiazem). Se ineficaz, realizar cardioversão até 3 tentativas;
- Taquicardia irregular:**
 - A opção deve ser o controlo da frequência cardíaca (metoprolol, esmolol ou diltiazem).
 - Se FA de novo (inferior a 48 horas) ou se IC associada recorrer à Amiodarona ou digoxina.
 - FA superior a 48 horas ponderar heparina 5.000 unidades ou enoxaparina 1 mg/kg - risco embólico;
 - Torsade de Pointes, administrar Sulfato Magnésio 2 Gr em 10 min.



Bradicardia

DOENTE INSTÁVEL:

- Administrar Atropina 0,5 mg EV/VO a cada 3 min, dose máxima de 3mg;
- Se Atropina ineficaz considerar:
 - Adrenalina 2 a 10mcg / min;
 - Epinefrina a 5mcg / min;
- No doente transplantado cardíaco, na suspeita de IAM inferior ou perante um doente com TVM, se a Atropina for ineficaz, considerar atropina.
- Se insucesso ponderar pacemaker temporâneo.

DOENTE ESTÁVEL:

Na presença de uma bradicardia sem sinais de instabilidade clínica o tratamento é de suporte e monitorização, no entanto deve ser pesquisado o risco de asistolia:

- Asistolia recente;
- ECG 2º grau Mobitz II;
- ECG 3º grau;
- Pausa ventricular superior a 3 seg.

Na presença de algum destes critérios considerar tratar como bradicardia em doente instável.

PACE EXTERNO

Modo pace:
 1- Fixo
 2- Não fixo

Em transporte-usar sempre modo **FIXO**.

Confirmação do pace

- Pulso femoral
- Spike/QRS no monitor
- Débito cardíaco

SUORTE BÁSICO DE VIDA

Condições de segurança
Estado de consciência
Permeabilizar a via aérea
VOS
Ligar 112 / 2222
30 compressões
2 ventilações

Curso -Atual @ Sarami Oline B. 64 / 1-4-1 2017

RITMOS PARAGEM CÁRDIO-RESPIRATÓRIA

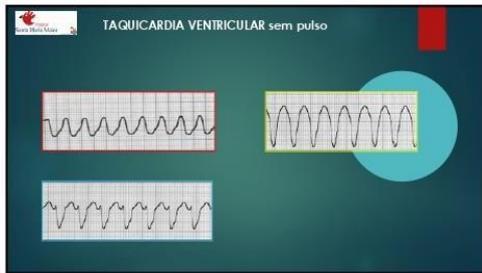
NÃO DESFIBRILHÁVEIS	<ul style="list-style-type: none"> Assistolia AESP
DESFIBRILHÁVEIS	<ul style="list-style-type: none"> FV TVsp

ASSISTOLIA

Encher ojetos desconectados
 Aumentar poder do ECG
 Manter a destinação.

ATIVIDADE ELÉTRICA SEM PULSO

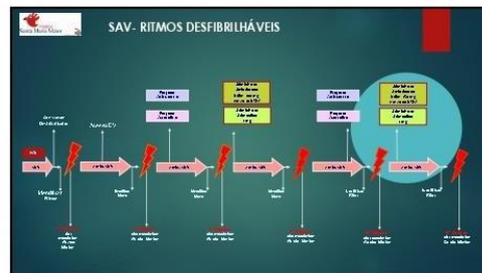
FIBRILHAÇÃO VENTRICULAR



DESFIBRILHAÇÃO

Condições do tórax:

- **Contato:** Afastar-se e carregar-se que todos estão afastados quando seres de stiver a descarga.
- **Oxigênio:** Afastar a fonte de oxigênio.
- **Nitrato/Adeivos:** Transdérnicos: retirar pessos e limpar a pele.
- **Água:** Ter atenção se o chlo/marca ou roupas estão molhadas.
- **Dispositivos eletrônicos + piercing (Pace, CDI, caso happen, afastar a pé no mínimo 4-8 cm.**
- **Pêlos:** Deveria ser removidos.



PCR - CAUSAS POTENCIALMENTE REVERSÍVEIS

ST's	Tratamento	SH's	Tratamento
<ul style="list-style-type: none"> • 1. Tamponamento cardíaco • 2. TEP • 3. Trombose de coronária (IAM) • 4. Tensão no tórax (pneumotórax hipertensivo) • 5. Tóxicos 	<ul style="list-style-type: none"> • 1. Pericardiocentese • 2. Trombólise • 3. Angioplastia coronária • 4. Drenagem de líquido/drenagem de tórax • 5. Antagonista específico + prolongar RCP 	<ul style="list-style-type: none"> • 1. Hipovolemia • 2. Hipóxia • 3. H+ (ácido metabólico) • 4. Hipotermia • 5. Hipo/Hipercalcemia 	<ul style="list-style-type: none"> • 1. Reposição volêmica • 2. Via aérea avançada • 3. Rikarizante de sódio • 4. Manta térmica, SF O. 9% aquecido, circulação extracorpórea • 5. Reposição de K+/Glucosato de cálcio a 10%

RECOMENDAÇÕES

1. Compressões de elevada qualidade, minimamente interrompidas e desfibrilação precoce continuam a ser a prioridade.
2. Compressões: ritmo 100-120 por minuto; profundidade entre os 5-6 cm, permitir retorno do tórax.
3. Recomenda-se a manutenção das compressões torácicas enquanto se carrega o desfibrilador para minimizar o tempo de pausa pré-choque e não encetar o seguimento para desfibrilar.
4. Reforça-se a importância de retomar compressões logo a seguir à desfibrilação.
5. Prevenir simultaneamente a hipertermia, visando uma temperatura entre os 34° e os 37°C para pacientes que permaneçam em coma após RCE.
6. Uso de capnografia como indicador de qualidade de compressões torácicas e de provável RCE durante reanimação.

Lumc 2013. International Consensus Cardiotopography Resuscitation and Emergency Cardiology 2013. Resuscitation Recommendations

VIA AÉREA

A permeabilidade da via aérea deve ser obtida o mais rapidamente possível

VIA AÉREA

Após garantir a permeabilidade, garantir a ventilação da PSC

VIA AÉREA

Neoválvula via aérea avançada??

VIA AÉREA

Máscara Laríngea

- Insuflexão para posterior da máscara.
- Inserir na boca em direção ao palato duro (não empurrar a língua).
- Deslicar até sentir resistência.
- Testar localização (O2, expansão torácica, ausculta equívoca e pulmonares e valores de SpO2).
- Após confirmação de correta posição, fixar bem a máscara.

VIA AÉREA

Successo na EOT...

Manobra BURP

Prova

Biopás

VIA AÉREA

Enfermeiro na Sala de Emergência

```

    graph TD
      A[Atropina com cautela logo no início] --> B[Realizar manobra BURP]
      B --> C[Forçar intubação após confirmação, considerar o uso de esôfago]
      C --> D[Dar e o sono, se for necessário]
      D --> E[Colocar a linha e o equipo com todo o suporte e procedimento]
      E --> A
  
```

Farmacologia

DURANTE A PCR...

Farmacologia

Adrenalina:

- Adrenalina é uma amina simpaticomimética com ação aguda alfa e beta. Mediante estimulação dos receptores alfa 1 e alfa 2 causa vasoconstrição periférica com aumento das resistências vasculares periféricas e da pressão arterial, aumentando a perfusão cerebral e coronária.
- Dose:
 - Em situação de PCR a dose a utilizar é 1 mg EV/VO a cada 3-5 minutos, na que vasoespasmos de reanimação-cárdaco precoce (RCE) ou após desfibrilação.
- Indicações:
 - PCR;
 - Choque anafilático e anafilaxia;
 - Segunda linha no tratamento do choque cardiogênico.

Farmacologia

Amiodarona:

- Amiodarona é um antiarrítmico estabilizador da membrana, que aumenta a duração do potencial de ação e o período refratário no miocárdio.
- Dose:
 - No algarismo da FV: 150 mg peso, se não perdura após a administração de três doses sucessivas ou não recomendadas a administração de um bolus IV de 120 mg de amiodarona. Utiliza-se 20 ml de solução a 3% em H₂O, após o 3º choque. Em caso de FV TV refratária ou recorrente pode-se administrar mais 120mg de amiodarona após o 3º choque.
- Indicações:
 - Fibrilhação ventricular e supraventricular sem pulso, refratária a desfibrilação;

Farmacologia

Sulfato de Magnésio:

- O sulfato de magnésio é um dos constituintes e venodil de vários fármacos antiarrítmicos devido ao seu efeito de energia muscular. Devese administrar rapidamente intravenosa em uma dose de 20 mg/kg, que está associado a redução da liberação de acetilcolina, com diminuição da sensibilidade da placa motora.
- Dose:
 - No caso de TV polimórfica refratária pode ser administrada por via periférica uma dose de 2g, podendo ser repetida no fim de 10 a 15 minutos.
- Indicações:
 - Torçades de Pointes;
 - Intoxicação digitalica.

Farmacologia

Disritmias...

Farmacologia

Atropina:

- ▶ É atropina é um parassimpático, antagonista dos efeitos da acetilcolina nos receptores muscarínicos. Bloqueia assim os efeitos vagais sobre o nódo sinusal e aurículoventricular, aumentando o automatismo sinusal e facilitando a condução AV.
- ▶ Dose:
 - ▶ A dose inicial adequada é de 0,5mg EV, podendo ser necessário administrar doses repetidas a cada 3-5min, até atingir 3 mg (dose máxima). Se ineficaz, deve considerar-se a colocação de pacemakers ou uso de fármacos alternativos.
- ▶ Indicações:
 - ▶ Bradicardia sinusal, auricular, junctional e BAV, na presença de sinais de gravidade ou com repercussão hemodinâmica.

Farmacologia

Adenosina

- ▶ A adenosina provoca um stress na condução ao nível do nódo aurículoventricular, o que a torna particularmente eficaz no tratamento de taquicardias supraventriculares paroxísticas com via de passagem que envolve o nódo AV. Nos doentes com este tipo de disritmias, o bloqueio AV provocado pela adenosina, ao limitar a resposta ventricular, pode revelar o ritmo sinusal subjacente.
- ▶ Dose:
 - ▶ A dose inicial é de 6 mg administrada em bolsa rápida, numa via central ou periférica de grande calibre (o mais proximal ao coração possível), seguida de um bolus de vaso filológico. Podem ser repetidos mais 2 bolus repetidamente 12 e 18mg. Dose total de 3-10 mg.
- ▶ Indicações:
 - ▶ Taquicardias de complexos estreitos ou largos regulares.

Farmacologia

Amiodrona

- ▶ Dose:
 - ▶ 300 mg de amiodrona em 100 cc de destreose a 5% em H₂O durante 10-40 minutos dependendo das circunstâncias e estabilidade hemodinâmica do doente, depois perfundir 600-900 mg em 24 horas.
- ▶ Indicações:
 - ▶ Taquicardia ventricular com estabilidade hemodinâmica.
 - ▶ Outras taquicardias recorrentes.

Farmacologia

Digoxina

- ▶ Trata-se de um glicosídeo que suprime o automatismo do nódo sinusal e prolonga a condução AV através de três mecanismos: Aumento do tempo total, Redução do "drive" simpático, Reforço do potencial refratário do nódo AV. Para além disso, ainda potencia a contractilidade do miocárdio e reduz a velocidade de condução das fibras de Purkinje.
- ▶ Dose:
 - ▶ A dose inicial adequada é de 0,25 a 0,5mg EV.
- ▶ Indicações:
 - ▶ FA com resposta ventricular rápida (FA com RVR).

Farmacologia

Verapamil

- ▶ É um bloqueador dos canais de cálcio que atua a condução no nódo AV, prolonga o tempo de condução de cada impulso e causa diminuição a frequência cardíaca.
- ▶ Dose:
 - ▶ A dose inicial é de 2,5-5mg por via EV administrada ao longo de 2 min. Na ausência de resposta terapêutica, deve administrar-se nova dose de 5-10mg a cada 15-30min até um máximo de 50mg.
- ▶ Indicações:
 - ▶ Taquicardias de complexos estreitos, estáveis e não controladas com adenosina ou metoprolol.
 - ▶ Controle de frequência ventricular em doentes com FA ou flutter auricular e fibrilação ventricular paroxística.

Farmacologia

Aminofilina:

- ▶ A aminofilina tem um efeito cronotrópico e inotrópico positivo.
- ▶ Dose:
 - ▶ 125-240mg EV lento.
 - ▶ A margem terapêutica da aminofilina é estreita pelo que doses superiores às indicadas podem ser tóxicas e provocar convulsões, sobretudo se administrada por injeção EV rápida.
- ▶ Indicações:
 - ▶ Bradicardia paratireoidear refratária à atropina. Considerar especialmente se a bradicardia é causada por EAM.

Farmacologia

Isoprorenalina:

- ▶ É um medicamento simpaticomimético que atua ao nível dos receptores beta adrenérgicos, na forma de isómeros beta-1 catálico, tem efeitos cronotrópico, inotrópico e inotrópico positivos.
- ▶ Dose:
 - ▶ A dose inicial EV é de 0,5 a 10 mcg/min, devendo ser aumentada gradualmente até obtenção do efeito terapêutico desejado (em regra cerca de 2 mcg/min). A título de exemplo pode ser preparado para perfusão 1mg em 50mL de DMW 5% (20mcg/mL).
- ▶ Indicações:
 - ▶ Bradicardia que não responde à atropina.
 - ▶ BAV sintomática, enquanto aguarda colocação de *pacemaker*.

Farmacologia

Dopamina:

- ▶ É uma catecolamina endógena que serve de neurotransmissor e de precursor da síntese da noradrenalina. Quando administrado como fármaco empírico, a dopamina atua numa variedade de receptores de forma dose-dependente.
- ▶ Dose:
 - ▶ 2-20 mcg/Kg min, de acordo com o efeito desejado.
- ▶ Indicações:
 - ▶ Aumento da perfusão renal.
 - ▶ Hipotensão refratária a fluidos.

Farmacologia

Noradrenalina:

- ▶ É uma catecolamina vasoconstritora utilizada frequentemente para corrigir hipotensão quando outras medidas não são eficazes.
- ▶ Dose:
 - ▶ 2-10mcg/min (ou 0,025-0,1mcg/Kg/min), aumentando gradualmente a cada 5min até obter a resposta hemodinâmica desejada.
- ▶ Indicações:
 - ▶ Hipotensão grave em situação de choque de diversas etiologias (choque distributivo, choque obstrutivo e hipovolemico).
 - ▶ Choque cardiogénico refratário.

Farmacologia

Dobutamina:

- ▶ É uma catecolamina sintética que é utilizada para aumentar o débito cardíaco em doentes com insuficiência cardíaca descompensada.
- ▶ Dose:
 - ▶ 2,5-15 mcg/Kg min, aumentando lentamente a dose até obter a resposta hemodinâmica desejada.
- ▶ Indicações:
 - ▶ Hipotensão na ausência de hipovolemia.
 - ▶ Choque cardiogénico.

Farmacologia

Cálcio

- ▶ Indicações:
 - ▶ Hipercalemias.
 - ▶ Hipocalcémias.
 - ▶ Intoxicação por bloqueadores dos canais de cálcio.
- Bicarbonato de Sódio**
- ▶ Indicações:
 - ▶ PCR associada a hipercalemia.
 - ▶ PCR após intoxicação por antidepressivos tricíclicos.
 - ▶ Acidose metabólica grave (pH<7,1) por déficit de bicarbonato (isto aniónico normal).

Farmacologia

Sedação, analgesia e curarizantes...



Farmacologia

Propofol:

- ▶ É um sedativo, hipnótico, analgésico e anticonvulsivante de curta duração. Com a administração repetida, reduz a pressão intracraniana pelo seu efeito hiposensor.
- ▶ Dose:
 - ▶ 1.5-2.5 mg/Kg IV. Perfilado (sedação 1-2 mg /Kg).
- ▶ Indicações:
 - ▶ Sedação
 - ▶ Indução anestésica.
 - ▶ Controle de crises convulsivas refratárias - Estado mal epiléptico



Farmacologia

Etomidato:

- ▶ É um sedativo, hipnótico, analgésico. Início de ação rápido e curto (15-30 min) e efeitos cardiovasculares mínimos (< hipotensão).
- ▶ Dose:
 - ▶ 0.2 - 0.4 mg/Kg IV
- ▶ Indicações:
 - ▶ Sedação
 - ▶ Indução anestésica.



Farmacologia

Midazolam:

- ▶ Benzodiazepina, com efeitos relaxantes, sedativos, hipnóticos, analgésicos e anticonvulsivantes. Tem um efeito hiposensor maior quando usada em alta dose.
- ▶ Dose:
 - ▶ 0.1-0.2 mg/Kg. Início de ação 1-2 min.
- ▶ Indicações:
 - ▶ Sedação
 - ▶ Controle da agitação psicomotor.
 - ▶ Indução anestésica em associação com outros fármacos.
 - ▶ Controle de crises convulsivas.



Farmacologia

Quetamina:

- ▶ É um sedativo, hipnótico e analgésico
- ▶ Dose (Indução):
 - ▶ 1-2 mg/Kg IV (4-8 mg /Kg IM)
- ▶ Indicações:
 - ▶ Em queimados e pediatria.
 - ▶ Atua grave refratária como potênc broncodilatador.
 - ▶ Contra indicado em doentes com TCE (provoca aumento de PIC)
 - ▶ Pode provocar alucinações.



Farmacologia

Meperidina:

- ▶ Analgésico opioide
- ▶ Dose:
 - ▶ 0.1-0.15 mg/kg (IV/IO)
- ▶ Fenacetol:
 - ▶ Analgésico opioide. 100% em a potência que a morfina e com um início de ação mais curto. Menor atividade que a morfina.
 - ▶ Dose:
 - ▶ 2-3 mg/kg (IV/IO)



Farmacologia

Recorrúcio:

- ▶ Relaxeante muscular não-depolarizante. Tem uma semi-vida muito longa e pode provocar bradicardia em associação com opióides.
- ▶ Dose:
 - ▶ 0.6 a 1.2 mg/Kg IV

Succinilcolina:

- ▶ Relaxeante muscular utilizado maioritariamente em técnica de sequência rápida para EOT. Tem um início de ação e semi-vida rápida.
- ▶ Dose:
 - ▶ 1-1.5 mg/Kg IV

Farmacologia

ANTIDOTOS

Midazolam, Diazepam e outras benzodiazepinas:

- ▶ Flumazenil. Antagonista das benzodiazepinas. início de ação aos 2 min e efeito max. aos 10 min.
- ▶ Dose:
 - ▶ 0.2 mg até 1mg IV
 - ▶ Atenção aos doentes medicados com antidepressivos tricíclicos - Pode despoletar crises convulsivas.

Curaremum (succinilcolina/succinato):

- ▶ Sugammadex. Reverso imediato após bloqueio induzido pelo succinúlio - início de ação 1.5min
- ▶ Dose:
 - ▶ 16 mg/kg IV (para reversão imediata/emergente)

Opióides (morfina e fentanilo):

- ▶ Naloxona. Antagonista dos opióides. início de ação IV/IO rápido (2-3 min).
- ▶ Dose:
 - ▶ 0.4 mg IV IM (até 2mg);

BIBLIOGRAFIA

- ▶ American Heart Association. Destaques da AHA 2020 Atualização das Diretrizes de RCP e ACE. American Heart Association. Tems (EUA). 2020. 36p. <https://cpr.heart.org/en/actualiza-cao/2020-actualiza-cao-padrões>
- ▶ Emergency Nurses Association. (2007). Trauma Nursing Core Course - Provider Manual (6ª ed.). ENA. Illinois - USA.
- ▶ INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017). Emergências em Trauma. Edição portuguesa. Lisboa.
- ▶ Nelson Coimbra. ENFERMAGEM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. Editora LIDEL. 2011. ISBN: 978-995-752-374-2.
- ▶ Timmenhöfer, W., Aumler, F., Sauer, P. M., Marini, B., Marini, J., & Schneider, D. (2001). Team performance in the emergency room: assessment of inter-disciplinary attitudes. Resuscitation, 49(1), 39-46. [https://doi.org/10.1054/0959-9772\(00\)70030-X](https://doi.org/10.1054/0959-9772(00)70030-X).

APÊNDICE VII – FORMAÇÃO ISBAR: COMUNICAÇÃO EFICAZ NA
TRANSIÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Plano de Sessão

ISBAR- Comunicação eficaz na transição de cuidados na saúde.

Ação de Formação: ISBAR- Comunicação eficaz na transição de cuidados na saúde.		Público-Alvo: Enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria Maior, EPE			
Ação: Formação assíncrona					
Local: Hospital Santa Maria Maior, EPE		Formadores: Carlos Vilas Boas (1); Diogo Tomás (2); Ivo Alves (3); Teresa Ferreira (4).			
Data: março 2023	Duração da Sessão: 1hora.				
<p>Objetivos Gerais: promover o aumento da segurança e da continuidade dos cuidados prestados e uma consequente melhoria da qualidade dos mesmos através da padronização do processo de transmissão de informação.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Divulgar os pilares estabelecidos no Plano Nacional Segurança Doente 2021-2026; - Alertar para a importância da comunicação eficaz no processo de transição dos cuidados de saúde; - Explicitar a metodologia ISBAR: enquadramento conceptual, aplicabilidade, vantagens, - Apresentar o modelo explicativo da metodologia ISBAR - Aludir para a importância da implementação desta metodologia, como ferramenta de normatização e padronização da comunicação no processo de transição de cuidados de saúde; - Sugerir a implementação do uso desta metodologia de forma escrita através do preenchimento da folha-tipo usada como instrumento de apoio à transição de cuidados em enfermagem 					
Introdução	Apresentação dos formadores; Apresentação da temática; Apresentação dos objetivos da formação.				
Desenvolvimento	Conteúdos	Materiais e Técnicas Pedagógicas	Recursos Didáticos	Tempo	Formador
	Plano Nacional Segurança Doente 2021-2026;	Expositivo	Computador PPT	1hora	1
	Metodologia ISBAR;				
Modelo ISBAR proposto para o SU do HSMM Barcelos.					
Avaliação	Aplicação de um questionário aos destinatários, através de um formulário online, para avaliar a satisfação/pertinência da formação; Sugestões de melhoria; Avaliação de impacto, através da adesão ao instrumento de apoio e				

Comunicação e segurança do doente

Cultura de segurança

- Promover a cultura de segurança e a comunicação segura e transparente.
- Criar o ambiente de segurança.
- Promover a cultura de segurança, sendo, também, o exemplo para os outros profissionais.

Liderança e governança

- Avaliar a liderança e a governança e a implementação da comunicação segura.
- Avaliar a liderança e a governança e a implementação da comunicação segura.

Comunicação

- Melhorar a comunicação segura no processo de prestação de cuidados.
- Adequar a comunicação de informação crítica ao doente, família e cuidador.

Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente

- Identificar e analisar a origem dos incidentes de segurança e a implementação de medidas de prevenção e melhoria.
- Melhorar a comunicação em situações de emergência e de crise.
- Melhorar a comunicação em situações de emergência e de crise.

Políticas seguras e em ambiente seguro

- Promover a cultura de segurança e a comunicação segura e transparente.
- Promover a cultura de segurança e a comunicação segura e transparente.

1183_201_0005

Comunicação segura do doente

Durante o processo de comunicação em contexto hospitalar, podem ocorrer situações que afetem a continuidade de cuidados e a adequação de tratamento colocando em risco a segurança de pessoas em cuidados. (Cavaco & Pontes-Souza 2016)

De modo a diminuir a ocorrência desses erros e lacunas, existe várias técnicas que uniformizam o processo de comunicação entre os profissionais de saúde (Raymond, et al 2016)



ISBAR

ISBAR, ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situação de emergência de cuidados.

ISBAR: Identify (identificação), Situation (situação atual), Background (antecedentes), Assessment (avaliação) e Recommendation (recomendação).



1183_201_0005

ISBAR

I Identificação

Identificação e localização precisa dos intervenientes, bem como do doente e quem dá respeito à comunicação.

1. Identificação do doente

2. Nome e função do interveniente

3. Avaliação

4. Hora de situação

a) Nome completo, data de nascimento, género, e nacionalidade do doente;
 b) Nome e função do Profissional de Saúde e Prática;
 c) Nome e função do Profissional de Saúde receptor;
 d) Serviço de origem/destinatário;
 e) Identificação de pessoa significativa/cuidador informal.

1183_201_0005

ISBAR

S Situação atual/causa

Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde

1. Motivo/Evento

2. Antecedentes/Contexto

3. Avaliação

4. Recomendação

a) Data e hora de admissão;
 b) Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde;
 c) Medidas complementares de diagnóstico e terapêuticas (ACDT) realizadas ou a realizar.

1183_201_0005

ISBAR

B Antecedentes/história

Descrição de fatores clínicos, de enfermagem e outros, relevantes, diretivos, antecedentes de vontade

1. Identificação

2. Situação atual/causa

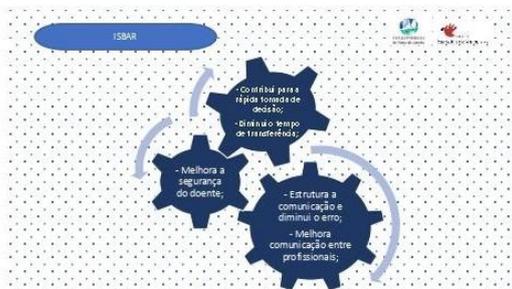
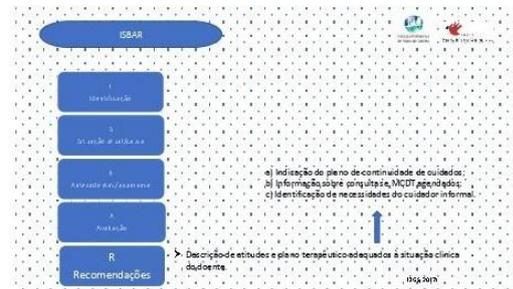
3. Antecedentes/história

4. Avaliação

5. Hora de situação

a) Antecedentes clínicos, hábitos relevantes, alergias conhecidas/ausência;
 b) Níveis de dependência;
 c) Diretivas antecipadas de vontade;
 d) Técnicas de ambulatório e adesão à mesma;
 e) Técnicas invasivas realizadas;
 f) Presença ou falta de colaboração/infligência associadas aos cuidados de saúde e medidas a implementar;
 g) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.

1183_201_0005



ISBAR no SU HSMH Barcelos

Uma das estratégias que garante a eficácia da comunicação passa pela utilização de uma ferramenta que promova a uniformização de mensagens também a sua implementação de forma ágil e contínua. (DSG, 2017)

Esta formal, e tendo por base a mensagem humana (2017), foi elaborado um instrumento adaptado à realidade do nosso serviço e que constitui o elemento orientador para a transmissão dos cuidados.

ISBAR no SU HSMH Barcelos

Identificação	Situação Atual	Antecedente	Avaliação	Recomendações
Nome	Data de nascimento	Antecedentes pessoais	Fatores de risco	Risco de caídas
Idade	Motivo de internamento	Cirurgias prévias	Tratamentos	Medicamentos atuais
Tratamentos	Medicamentos atuais	Alergias	Alterações de estado de saúde e sintomas	Necessidades de cuidados
Problemas atuais	Problemas atuais	Tratamentos atuais		
Outros		Risco TACO, Risco de AVC	Risco de atelectasia e pneumonia	Outros



Biologi Fa

1. Ciri-ciri utama makhluk hidup adalah sebagai berikut:

- 1.1. Berkembang biak
- 1.2. Bergerak
- 1.3. Bernafas
- 1.4. Memerlukan makanan
- 1.5. Menanggapi rangsangan
- 1.6. Beradaptasi dengan lingkungan
- 1.7. Memiliki umur tertentu
- 1.8. Memiliki bentuk dan struktur tertentu
- 1.9. Memiliki kemampuan beradaptasi dengan lingkungan
- 1.10. Memiliki kemampuan beradaptasi dengan lingkungan
- 1.11. Memiliki kemampuan beradaptasi dengan lingkungan
- 1.12. Memiliki kemampuan beradaptasi dengan lingkungan
- 1.13. Memiliki kemampuan beradaptasi dengan lingkungan
- 1.14. Memiliki kemampuan beradaptasi dengan lingkungan
- 1.15. Memiliki kemampuan beradaptasi dengan lingkungan
- 1.16. Memiliki kemampuan beradaptasi dengan lingkungan
- 1.17. Memiliki kemampuan beradaptasi dengan lingkungan
- 1.18. Memiliki kemampuan beradaptasi dengan lingkungan
- 1.19. Memiliki kemampuan beradaptasi dengan lingkungan
- 1.20. Memiliki kemampuan beradaptasi dengan lingkungan

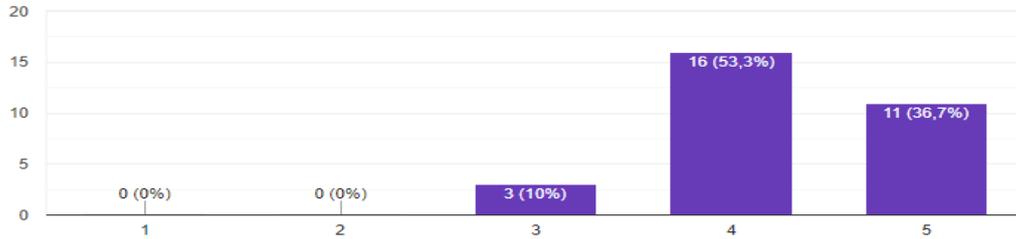
APÊNDICE VIII – AVALIAÇÃO DE REAÇÃO DAS FORMAÇÕES

AVALIAÇÃO - Abordagem à Pessoa e Família em Situação Crítica

1. Esta ação de formação contribuiu para a aquisição de novos conhecimentos acerca da temática?

 Copiar

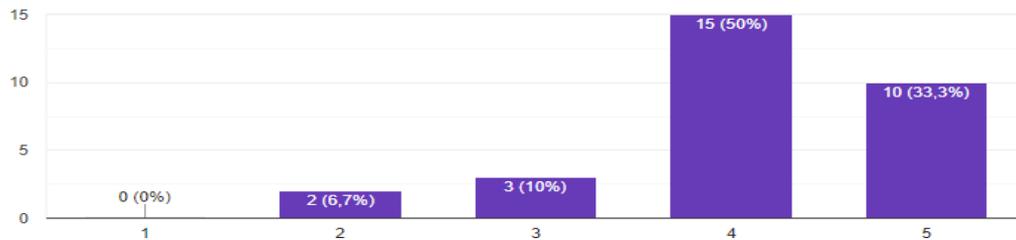
30 respostas



2. Considera que adquiriu novas ferramentas que facilitem a tomada de decisão em relação à documentação dos cuidados de Enfermagem na Sala de Emergência?

 Copiar

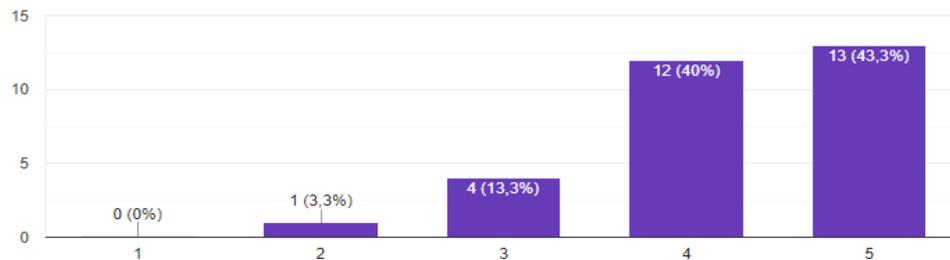
30 respostas



4. O conteúdo da formação foi adequado às suas necessidades pessoais e expectativas?

 Copiar

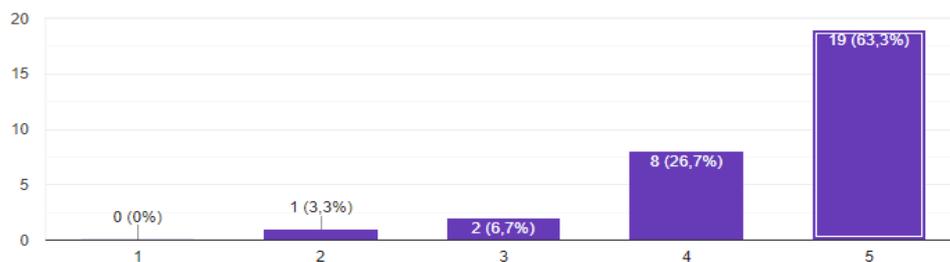
30 respostas



5. O conteúdo da formação foi adequado às necessidades do serviço?

 Copiar

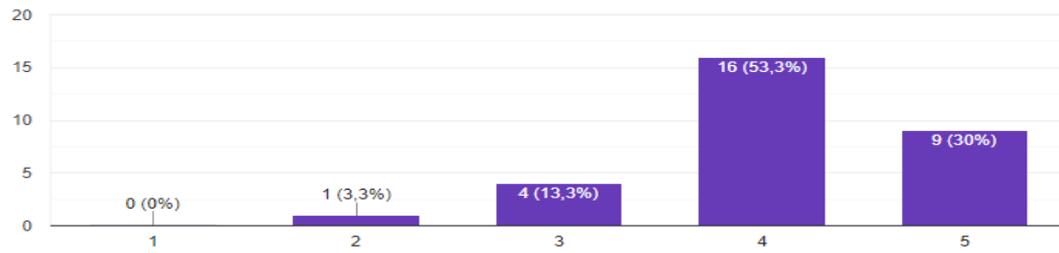
30 respostas



6. A formação contribuiu para me sentir mais capaz ao abordar à Pessoa em Situação Crítica e Família?

 Copiar

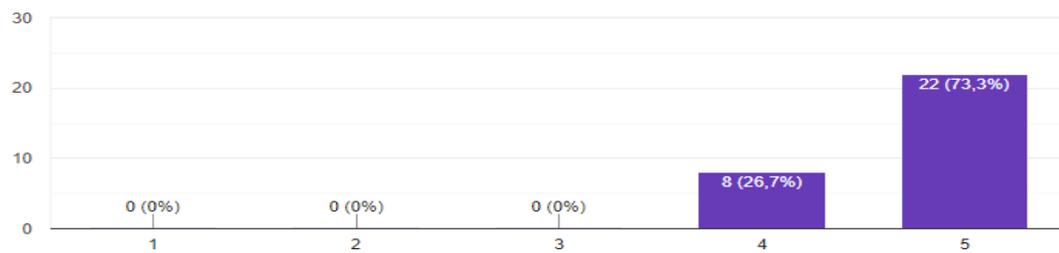
30 respostas



7. Considera pertinente a realização de formação contínua na área de abordagem à Pessoa em Situação Crítica e Família?

 Copiar

30 respostas

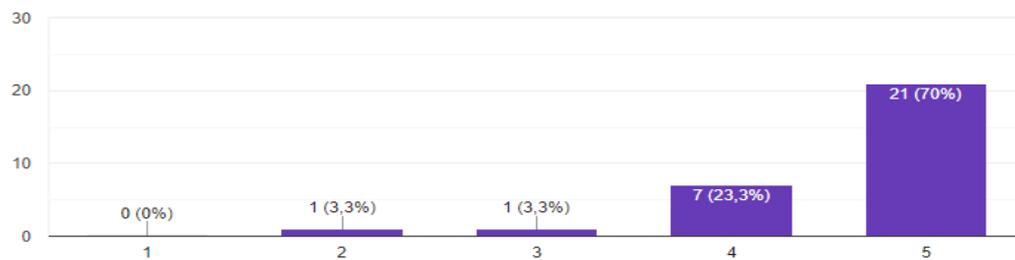


PARTE 2

1. Os formadores dominaram as temáticas abordadas?

 Copiar

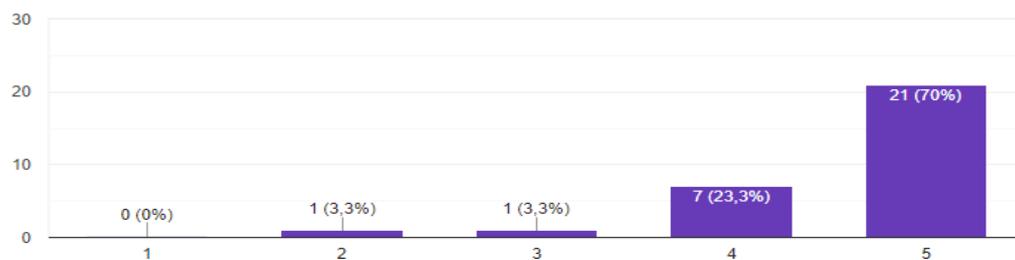
30 respostas



2. Os formadores comunicaram de forma clara e coerente?

 Copiar

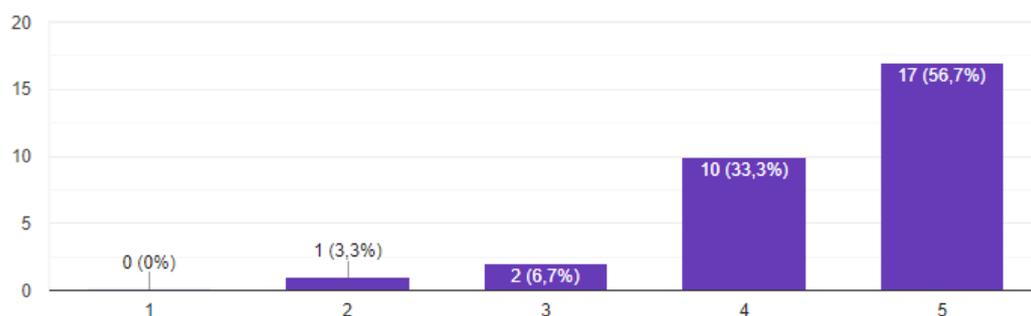
30 respostas



3. Os métodos utilizados foram adequados ao conteúdo e objetivos da formação?

[Copiar](#)

30 respostas



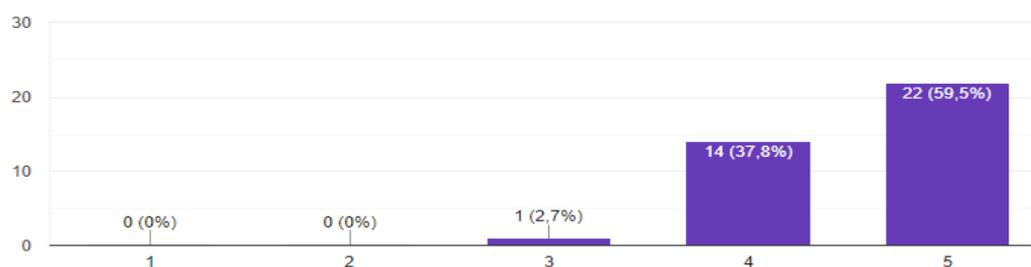
AVALIAÇÃO - Insuficiências Respiratórias e Ventilação Mecânica Não Invasiva

PARTE 1

1. Esta ação de formação contribuiu para a aquisição de novos conhecimentos acerca da temática?

[Copiar](#)

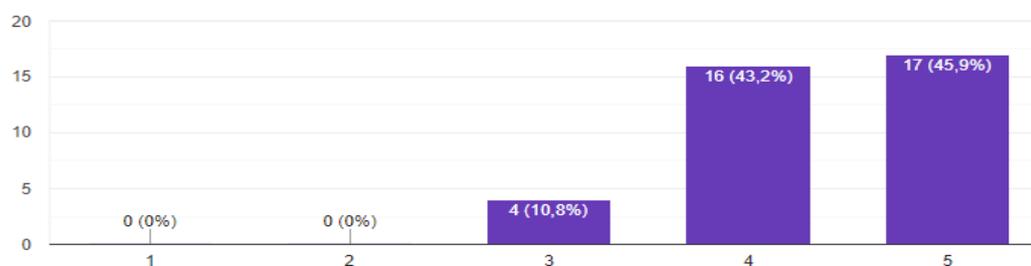
37 respostas



2. Considera que adquiriu novas ferramentas que facilitem a tomada de decisão em relação à documentação dos cuidados de Enfermagem?

[Copiar](#)

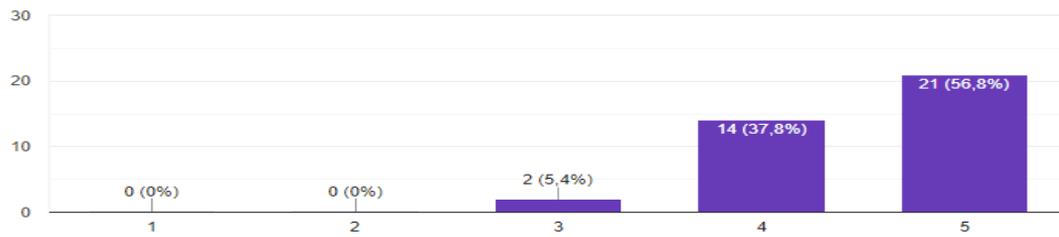
37 respostas



3. Considera que esta formação contribuiu para uma reflexão individual em relação às suas práticas?

[Copiar](#)

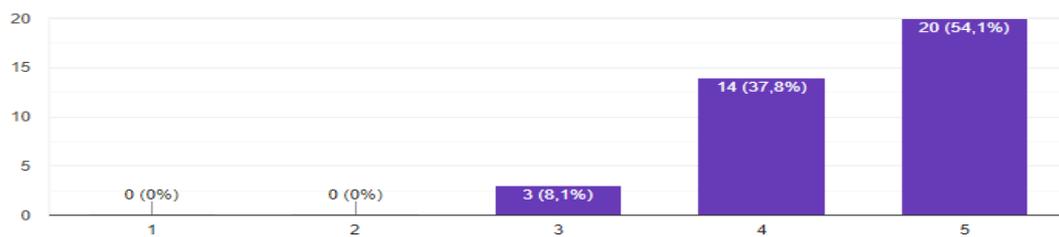
37 respostas



4. O conteúdo da formação foi adequado às suas necessidades pessoais e expectativas?

[Copiar](#)

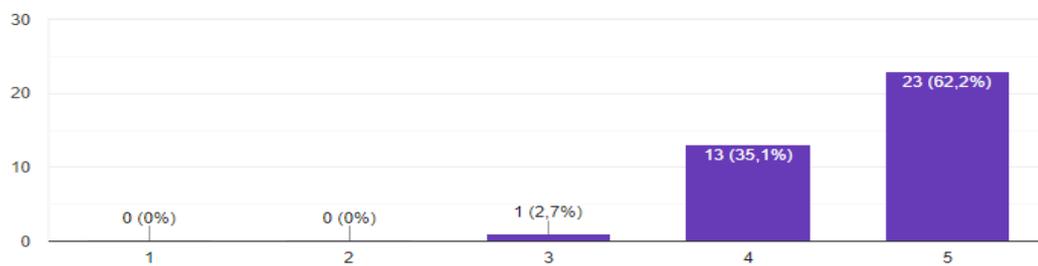
37 respostas



5. O conteúdo da formação foi adequado às necessidades do serviço?

[Copiar](#)

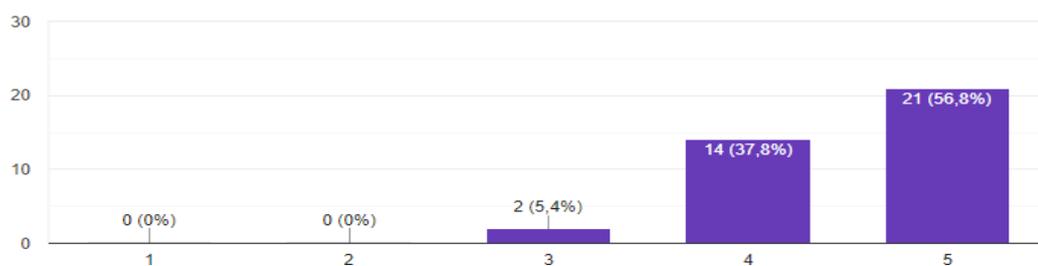
37 respostas



6. A formação contribuiu para me sentir mais capaz de cuidar da pessoa submetida a tratamento com Ventilação Mecânica Não Invasiva?

[Copiar](#)

37 respostas

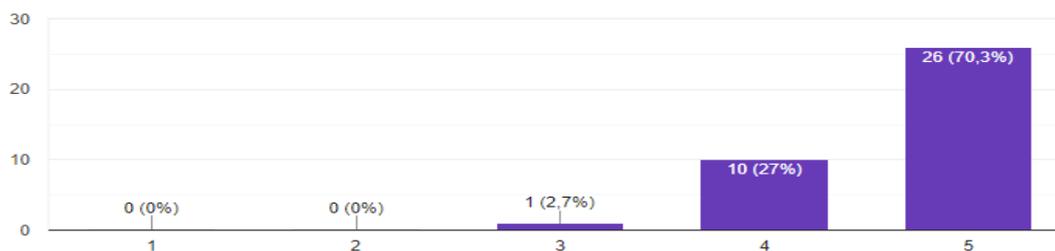


PARTE 2

1. Os formadores dominaram as temáticas abordadas?

 Copiar

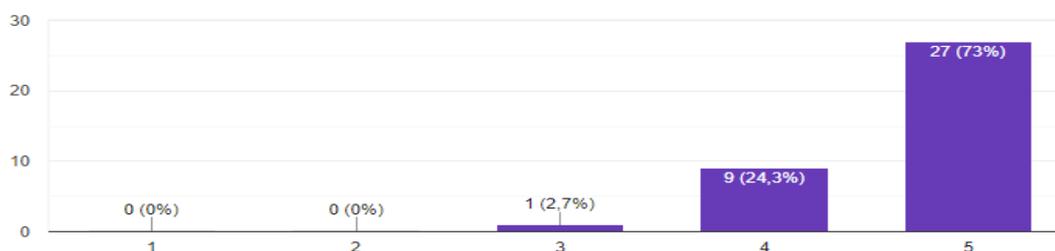
37 respostas



2. Os formadores comunicaram de forma clara e coerente?

 Copiar

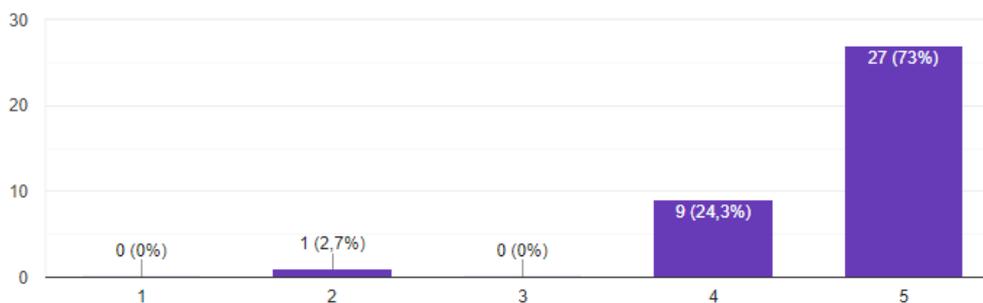
37 respostas



3. A exposição das temáticas foi clara?

 Copiar

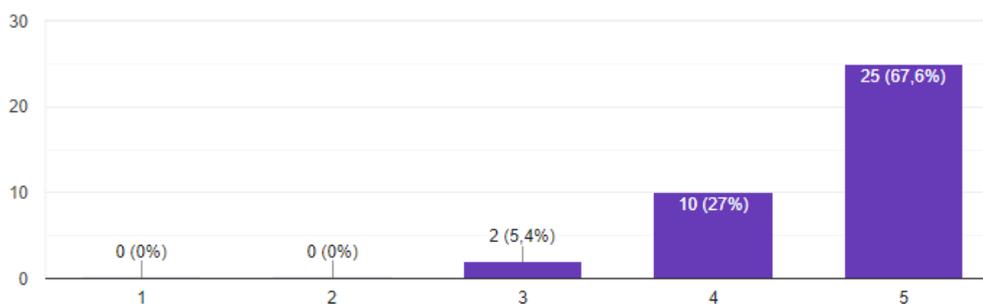
37 respostas



4. Os métodos utilizados foram adequados ao conteúdo e objetivos da formação?

 Copiar

37 respostas



Observações/Sugestões

2 respostas

Repetir mais vezes estes tipos de formação interativa.

Conteúdos muito pertinentes e interessantes. Penso que seria do interesse da maioria das praticas que se investisse mais tempo na formacao na area. Se calhar em dois tempos formativos, dividindo em conceitos de vni e cuidados de enfermagem ao doente com vni. Assim daria mais tempo para aprofundar e consolidar conhecimento. Também possivelmente seria a boa opcao distribuir antecipadamente resumo teórico para que os interessados estudassem antes da formação para que as dúvidas que surgissem fossem mais cimentadas em conteúdos teóricos e não de conceitos de base. Isto são apenas sugestões, parabéns, gostei muito da formação!

O questionário terminou!

AVALIAÇÃO - ISBAR - Comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde

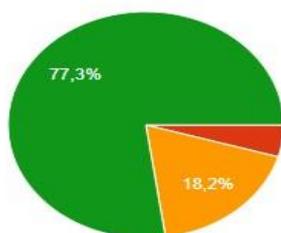
PARTE 1

1. O Plano Nacional Segurança dos Doentes 2021-2026 é suportado por 5 pilares.

[Copiar](#)

São eles:

22 respostas

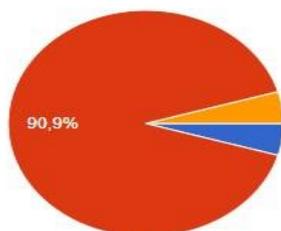


- Práticas seguras em ambientes seguros, documentação de cuidados, liderança e governança, comunicação...
- Cultura de Segurança, liderança e governança, comunicação, controlo de infeção, gestão de incidentes de segu...
- Práticas seguras em ambientes seguros, padronização e normatizaçã...
- Liderança e governança, cultura de segurança, comunicação, prevenção...

2. Na metodologia ISBAR, a sigla ISBAR corresponde a:

[Copiar](#)

22 respostas

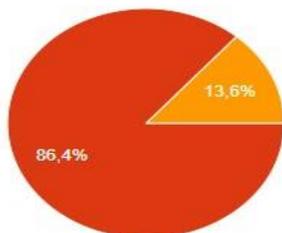


- Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Allergies (Alergias) e Recommendation (Recomendações)
- Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações)
- Introduction (Introdução), Situation (Situação atual), Back (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommen...

3. Em relação à metodologia ISBAR, selecione a opção falsa.

 Copiar

22 respostas



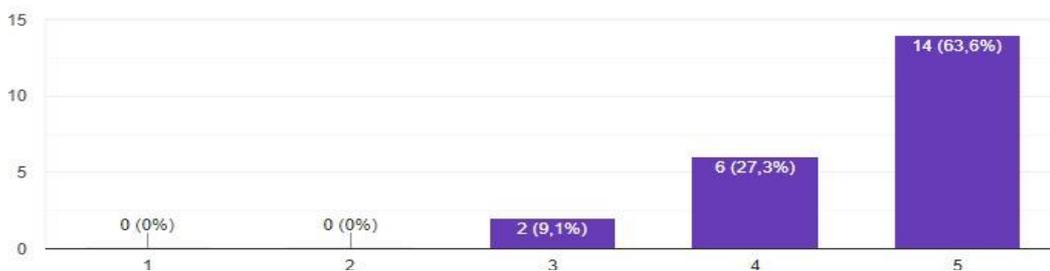
- Deverá ser um instrumento diário de comunicação, com uma linguagem global, simples e eficiente dos cuidados de saúde
- Permite a transmissão de informação de forma ambígua, o que acarreta consequências ao nível dos diagnósticos
- Permite padronizar a comunicação em saúde sendo reconhecida por promover a segurança do paciente
- Fornece estrutura adequada para a comunicação entre os profissionais de saúde

PARTE 2

1. Esta ação de formação contribuiu para adquirir/relembrar conhecimentos acerca da temática?

 Copiar

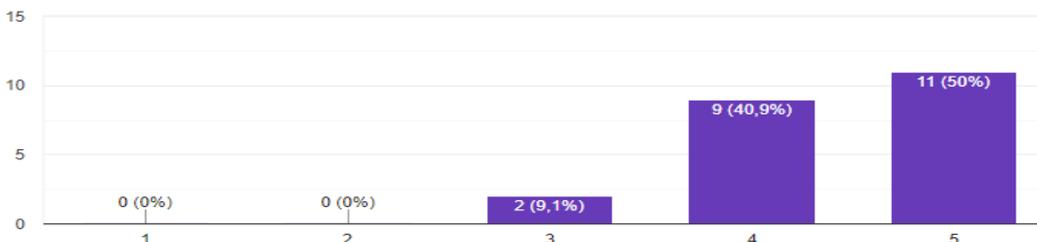
22 respostas



2. Considera que adquiriu novas ferramentas que facilitem a transmissão de informação na transição dos cuidados de saúde?

 Copiar

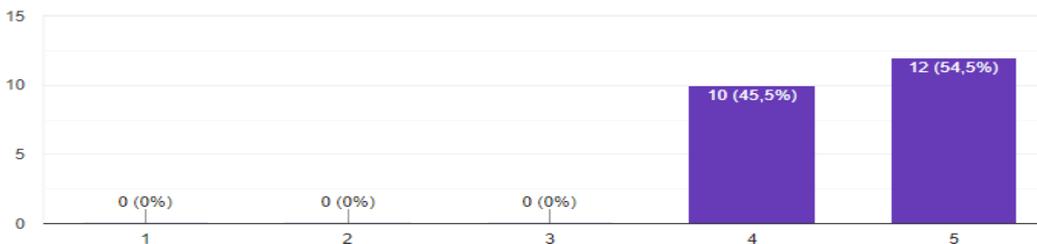
22 respostas



3. O conteúdo da formação foi adequado às suas necessidades pessoais e expectativas?

 Copiar

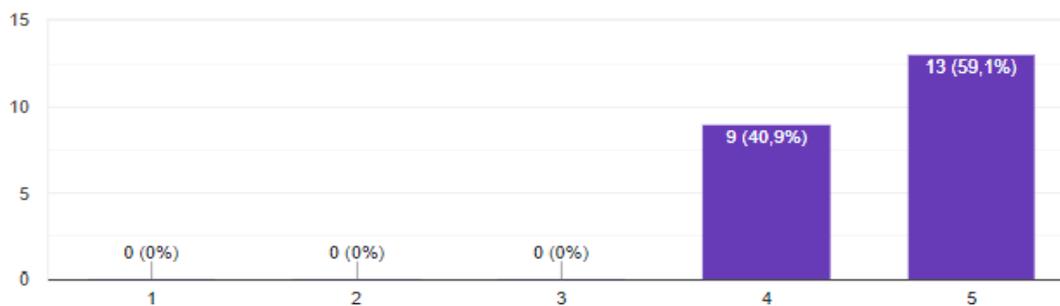
22 respostas



4. O conteúdo da formação foi adequado às necessidades do serviço?

[Copiar](#)

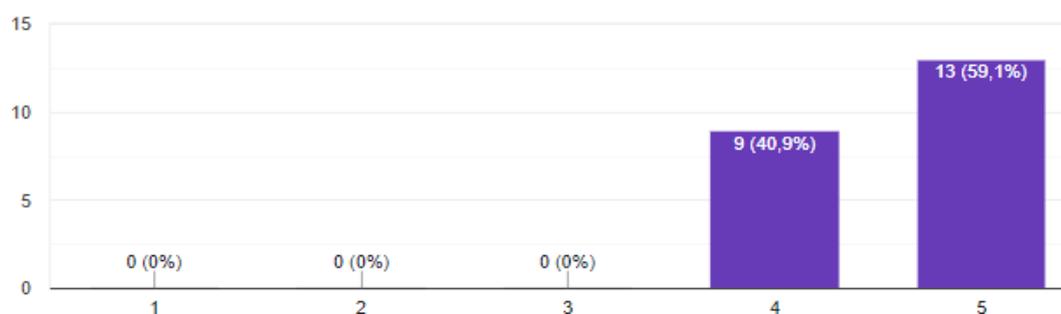
22 respostas



5. Considera que o enquadramento teórico, escrito como síntese da evidência científica, é uma mais valia na sua aprendizagem?

[Copiar](#)

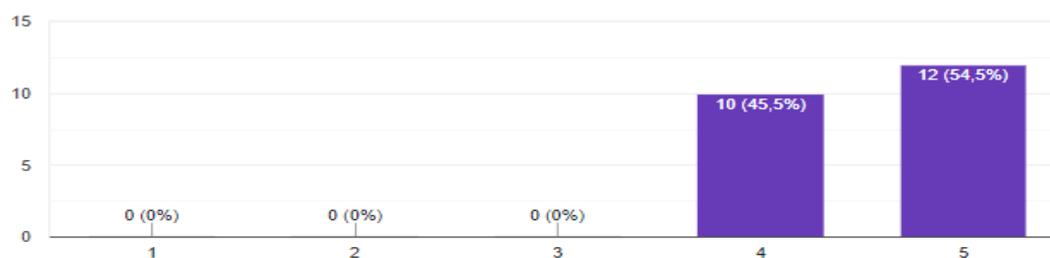
22 respostas



6. A formação contribuirá para melhorar a segurança dos cuidados de Enfermagem ao doente?

[Copiar](#)

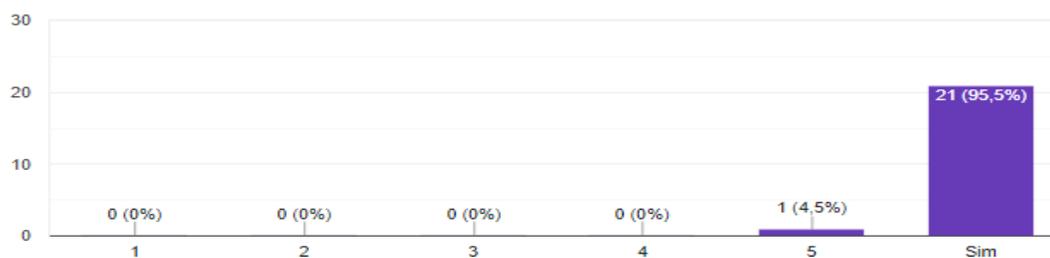
22 respostas



7. Considera pertinente a realização desta formação?

[Copiar](#)

22 respostas



8. Qual a sua opinião acerca desta metodologia assíncrona?

22 respostas

Positiva
Extremamente adequada na transmissão de informação entre os diferentes elementos prestadores de cuidados
Permite otimizar o nosso tempo
Positiva. Para repetir...
Desacordo
Uma metodologia fantástica que deve ser considerada noutras formações
Eficaz tendo em conta a temática
Muito interessante e prática
Acesso fácil e prático

9. Na sua opinião, a informação acerca da importância da comunicação na transição de cuidados de saúde foi transmitida de forma clara e coerente?

 Copiar

22 respostas



10. Pensa ser útil o uso e implementação do instrumento adaptado à metodologia ISBAR criado e apresentado na formação?

 Copiar

22 respostas



APÊNDICE IX – PROCEDIMENTO: DOCUMENTAÇÃO DE CUIDADOS DE
ENFERMAGEM À PSC EM CONTEXTO DE SE

Documentação de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica em Contexto de Sala de Emergência

1. Referência

0001_SU_PROS

2. Objetivo

Uniformizar a documentação dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto de Sala de Emergência

3. Destinatários

Enfermeiros do Serviço de Urgência do HSMM, EPE.

4. Definições

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 124/2011, p. 8656).

Sala de Emergência (SE) – Espaço dotado de material e recursos necessários para atendimento da pessoa em situação crítica. Deve ter alocada uma equipa multiprofissional com formação e competências adequadas, nomeadamente formação avançada em doente crítico e obrigatoriamente formação atualizada em Suporte Avançado de Vida.

Cuidados de Enfermagem – Os cuidados de enfermagem, integrados num contexto multiprofissional, distinguem-se em dois tipos de intervenções dos enfermeiros (IE): intervenções interdependentes e intervenções autónomas. As IE interdependentes são “(...) as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com os outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas” As IE autónomas são “(...) as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem” (DL n.º 161/96, p. 2961).

Estrutura-se em torno dos quatro conceitos centrais: a pessoa que necessita de cuidados, o ambiente que a rodeia e em que ela vive, as crenças de saúde e de doença por que se rege e em que acredita e o cuidado de enfermagem que necessita (Kérouac [et al], 1994; Meleis, 2012).

SClínico – Aplicação Informática que une o SAM (sistema de apoio ao médico) e o SAPE (sistema de apoio à prática de enfermagem), de forma a existir uma aplicação comum a todos os prestadores de cuidados de saúde.

Documentação de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica em Contexto de Sala de Emergência

5. Procedimento

1. A documentação dos cuidados de enfermagem de acordo com o padrão de documentação que se apresenta deve ser aplicada a todos os utentes que dêem entrada na sala de emergência e sobre os quais o enfermeiro assume responsabilidade; É realizada no SClínico”;
2. De acordo com o juízo clínico do enfermeiro, devem ser identificados apenas os DE e as IE que resultem da tomada de decisão para cada caso em concreto;
3. Os cuidados de enfermagem podem ser autónomos ou interdependentes e devem ser documentados retrospectivamente, isto é, deve ser documentado apenas o que foi realizado. Não há necessidade, portanto, de definir um plano de cuidados à posteriori, exceto se, na sua tomada de decisão, o enfermeiro julgar adequado;
4. Para além dos DE/IE elencados no quadro seguinte, devem ser ainda identificadas os DE e as IE que, de acordo com os dados obtidos, resultem de processos de inferência.
5. A documentação dos cuidados de enfermagem ao doente em contexto de sala de emergência devem obedecer ao seguinte padrão de documentação:

Quadro 1 – Padrão de Documentação dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Contexto de Sala de Emergência

	Foco de atenção	Atividade diagnóstica	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de enfermagem
A (Via Aérea)	Respiração	Avaliar risco de aspiração	Risco de aspiração	Executar técnica de posicionamento preventiva de aspiração Inspeccionar cavidade oral
		Avaliar aspiração	Aspiração	Aspirar secreções Vigiar respiração
		Avaliar limpeza da via aérea	Limpeza da via aérea comprometido em grau....	Aspirar secreções Incentivar a tossir Avaliar limpeza da via aérea Vigiar secreções
B (Ventilação)	Respiração	Avaliar ventilação	Ventilação comprometida	Posicionar para otimizar ventilação Monitorizar SatO2 Monitorizar frequência respiratória Vigiar respiração Gerir oxigenoterapia Avaliar ventilação
		Avaliar dispneia	Dispneia	Gerir oxigenoterapia Monitorizar SatO2 Monitorizar frequência respiratória Avaliar dispneia Posicionar para otimizar ventilação
C (Circulação)	Circulação	Vigiar traçado eletrocardiográfico	Arritmia	Monitorizar tensão arterial Monitorizar frequência cardíaca Vigiar pulso Vigiar traçado eletrocardiográfico
		Monitorizar tensão arterial	Hipertensão	Monitorizar tensão arterial

Documentação de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica em Contexto de Sala de Emergência

			Hipotensão	Monitorizar tensão arterial Monitorizar frequência cardíaca Vigiar pulso Executar posicionamento de trendlemburg Avaliar hipotensão
		Avaliar perfusão tecidos	Perfusão dos tecidos comprometida	Elevar partes do corpo Aumentar a temperatura das extremidades Avaliar perfusão dos tecidos
		Avaliar risco de compromisso da perfusão dos tecidos	Risco de compromisso da perfusão dos tecidos	Aumentar a temperatura corporal através de dispositivos Avaliar risco de compromisso da perfusão dos tecidos
		Avaliar perda sanguínea	Perda sanguínea	Avaliar perda sanguínea Aplicar tamponamento Aplicar penso compressivo
		Avaliar hemorragia	Hemorragia	Aplicar tamponamento Avaliar hemorragia Aplicar penso compressivo Monitorizar tensão arterial Monitorizar frequência cardíaca
D (Disfunção Neurológica)	Sensação	Monitorizar consciência através de escala de Comas de Glasgow Vigiar status neurológico	Consciência (foco de vigilância)	Monitorizar consciência através de escala de Comas de Glasgow
	Metabolismo	Monitorizar glicemia capilar	Hipoglicemia	Monitorizar glicemia capilar Tratar hipoglicemia Vigiar sinais de hipoglicemia
Hiperglicemia			Monitorizar glicemia capilar Vigiar sinais de hiperglicemia	
E (Exposição c/ Controlo de Temperatura)	Temperatura	Monitorizar temperatura corporal	Hipertermia	Monitorizar temperatura corporal Gerir temperatura corporal através de dispositivos
			Hipotermia	Monitorizar temperatura corporal Aumentar a temperatura corporal através de dispositivos Aplicar envolvimento quente
			Febre	Executar técnica de arrefecimento natural Monitorizar temperatura corporal
F (Intervenções Focais)	Família	Avaliar processo familiar	Processo familiar comprometido	Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes Avaliar processo familiar
	Emoção	Avaliar processo luto	Processo de luto disfuncional	Avaliar processo luto Assistir a família no processo de luto
G (Gestão dor)	Sensação	Monitorizar dor	Dor em grau....	Vigiar dor Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento Vigiar sedação
H (História)	Avaliação Inicial			
I (Exame Físico)				
Atitudes terapêuticas	Oxigenoterapia VNI VMI Monitorização eletrocardiográfica Cuidados com tubo endotraqueal Cuidados com CVP Cuidados com CVC Cuidados com cateter urinário Cuidados com SNG			

Documentação de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica em Contexto de Sala de Emergência

Cuidados com cateter arterial Cuidados com dreno torácico
--

6. Indicadores

Descrição	Quem avalia	Periodicidade
N.º de doentes admitidos na SE com documentação dos cuidados de enfermagem no SClínico, de acordo com o presente procedimento.	Responsável pelos SIE Elo de ligação aos SIE	Mensal

7. Referências

- INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP): Versão Beta 2. Lisboa : Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2000. ISBN 972-98149-5-3.
- REGULAMENTO N.º 124/2011. DR II Série. 35 (2011/02/18) 8656-8657.
- DECRETO-LEI n.º 161/96 DR I Série. 205 (1996/09/04) 2959-2962
- MELEIS, Afaf Ibrahim – Theoretical nursing: development & progress. 5.ª Edição. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012. ISBN 978-1-60547-211-9.
- KÉROUAC, Suzanne [et al] – Le pensée infirmière. Paris: Maloine, 1994. ISBN 2-224-02284-0.

8. Anexos

Não aplicável

9. Edições / Revisões

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
1	0	Teresa Alves (SIE) António Carlos Diogo Tomás Ivo Alves Teresa Ferreira	Conceição Sousa (Enf. Gestora do SU)	01.02.2023	Joaquim Passos (Enfermeiro Diretor)	
Próxima Revisão		01.02.2026				

APÊNDICE X – GUIÃO DA ENTREVISTA

GUIÃO DE ENTREVISTA

1ª Parte- Acolhimento	
<p>Objetivo:</p> <p>Informar o participante</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação do entrevistador - Informar acerca do tema, sua pertinência e objetivos do estudo - Garantir a confidencialidade e anonimato - Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista

2ª Parte- Caracterização do Entrevistado	
<p>Objetivo:</p> <p>Caraterizar o participante</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Idade (em anos)_____ - Género: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino - Formação académica: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Especialidade_____ <input type="checkbox"/> Mestrado_____ <input type="checkbox"/> Doutoramento_____ <input type="checkbox"/> Pós-graduação_____

	<p>- Serviço onde exerce a sua atividade_____</p> <p>- Tempo de exercício profissional neste serviço (em anos)_____</p> <p>- Tempo exercício profissional (em anos)_____</p>
--	--

<p>3ª Parte- Objetivos específicos/Questões orientadoras</p>	
<p>- Perceber os contributos, que os enfermeiros dos serviços de internamento, atribuem à intervenção da EEMI</p>	<p>- Na sua opinião que importância tem a intervenção da EEMI no cuidado à pessoa em situação crítica?</p> <p>- Quais os principais contributos da intervenção da EEMI?</p>
<p>- Identificar os fatores que interferem na ativação da EEMI</p>	<p>- Em termos gerais, na sua opinião quais os fatores que podem influenciar a ativação da EEMI?</p>

<p>- Identificar oportunidades de melhoria que permitam otimizar a intervenção da EEMI .</p>	<p>- Que sugestões apontaria no sentido de melhorar a dinâmica da EEMI?</p>
--	---

<p>4ª Parte- Fecho da Entrevista</p>	
<p>- Agradecer a colaboração do entrevistado e referir a importância da sua participação no estudo</p> <p>- Resumir/validar com o participante, os aspetos essenciais abordados durante a entrevista</p> <p>- Dar oportunidade ao participante de acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por abordar na entrevista</p>	

APÊNDICE XI – CONSENTIMENTO INFORMADO DO ESTUDO E
INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Declaração de Consentimento Informado

Se concordar em participar neste estudo, por favor assine no espaço abaixo e obrigado por aceitar dar a sua imprescindível contribuição.

Eu, _____, tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação “ Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar: A realidade de quem ativa”, realizado por António Carlos Sousa Vilas Boas, a frequentar o VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, sob orientação da professora doutora Clementina Sousa e coorientação da mestre Teresa Alves, enfermeira especialista do Hospital Santa Maria Maior, EPE Barcelos, assim como da forma como vou participar no referido estudo.

Fui esclarecido(a) acerca de todos os aspetos que considero importantes e obtive respostas relativamente às questões que coloquei.

Fui informado(a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper a entrevista a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim.

Por concordar com as condições desta participação assino o presente consentimento informado conjuntamente com o investigador.

Assinatura do participante:

Assinatura do investigador:

Data ____/____/____

Informação ao Participante

A presente investigação: “Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar: A realidade de quem ativa”, realizado por António Carlos Sousa Vilas Boas, insere-se no âmbito do Estágio de Natureza Profissional, integrado no VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, sob orientação da professora doutora Clementina Sousa e coorientação da mestre Teresa Alves, enfermeira especialista do Hospital Santa Maria Maior, EPE Barcelos.

Este estudo tem por objetivo geral conhecer a opinião dos enfermeiros do internamento acerca da EEMI e da importância da sua ativação precoce, na garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados e os dados serão recolhidos através de uma entrevista semiestruturada.

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

A presente folha de informação ao participante ser-lhe-á entregue, devendo lê-la com atenção, colocar questões se as tiver, de seguida, assiná-la. Será também assinada pelo investigador e ficará na posse do participante. Ser-lhe-á também apresentado o Consentimento Informado, documento no qual aceita participar na investigação, devendo ser assinado por ambas as partes e que ficará na posse do investigador.

Se aceitar participar nesta investigação, por favor, assine este documento e guarde-o para si. Para qualquer questão ou se quiser tomar conhecimento dos resultados globais do estudo, deverá contactar o investigador.

Nome do participante:

Assinatura do participante:

Nome do investigador:

Assinatura do investigador:

Data ____/____/____

Muito obrigado pela disponibilidade e colaboração

António Carlos Vilas Boas

Telemóvel: 915303297

E-mail: vilasboas16@gmail.com

APÊNDICE XII – MATRIZ DE REDUÇÃO DE DADOS

ÁREA TEMÁTICA: Contributos da EEMI na Intervenção à Pessoa em Situação Crítica nos serviços de internamento

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
Relacionados com a segurança nos cuidados	Ao nível da pessoa em situação crítica	<p>"(...) acho que é um pilar na segurança do doente" (E1)</p> <p>"(...) mais segurança para o doente sem a mínima dúvida" (E2)</p> <p>"(...) estas equipas dão mais segurança ao doente" (E3)</p> <p>" (...) o doente ganha com a observação dessas equipas" (E4)</p> <p>"(...) dá mais segurança para o doente sem dúvida" (E5)</p> <p>"(...) maior segurança na prestação do cuidado" (E6)</p> <p>"(...) garante, no fundo, segurança realmente ao doente" (E7)</p> <p>"(...) para o doente, essas equipas trazem mais segurança" (E9)</p> <p>"(...) o foco é sempre a segurança nos cuidados ao doente" (E10)</p>
	Ao nível dos enfermeiros do serviço	<p>"Vai trazer mais segurança para todos, até para nós" (E2)</p> <p>"(...) e segurança para nós, profissionais, que não temos tanta experiência" (E6)</p> <p>"(...) traz segurança para o enfermeiro que está com o doente" (E9)</p> <p>"(...) com o apoio desta equipa, sentimos mais segurança" (E11)</p> <p>"(...) para mim dá-me mais segurança, porque tenho apoio, tenho retaguarda" (E12)</p>
Relacionados com a equipa de emergência médica intra-hospitalar	Experiência na abordagem à pessoa em situação crítica	<p>"(...) a equipa tem mais experiência neste tipo de situações" (E1)</p> <p>"(...) a equipa que vem, tem mais experiência na abordagem ao doente crítico" (E6)</p> <p>"(...) tem mais experiência sobre essas situações" (E7)</p> <p>"(...) a equipa tem muita mais experiência" (E8)</p> <p>"(...) são peritos na área da emergência" (E11)</p>
	Formação específica	<p>"(...) conhecimento perante um evento crítico" (E1)</p> <p>"(...) a formação é uma mais valia de quem vem" (E2)</p> <p>"(...) tem formação específica [equipa] na intervenção à PSC" (E7)</p> <p>"(...) [equipa] mais valia em termos de formação específica" (E8)</p> <p>"(...) são pessoas com formação especializada" (E10)</p> <p>"(...) abordagem de uma equipa especializada, formada em emergência" (E12)</p>

	Intervenção diferenciada	<p>"(...) conseguem fazê-lo melhor, (...) são diferenciados no cuidado" (E1)</p> <p>"(...) existe uma intervenção diferenciada" (E3)</p> <p>"(...) é uma equipe mais especializada na abordagem" (E5)</p> <p>"(...) esta equipe permite uma intervenção de cuidados mais diferenciada" (E6)</p> <p>"(...) uma competência maior para esse tipo de situações" (E7)</p> <p>"(...) sem dúvida uma equipe especializada na abordagem ao doente crítico" (E8)</p> <p>"(...) permite uma resposta de qualidade, mais diferenciada" (E9)</p> <p>"(...) são equipes mais diferenciadas, mais especializadas" (E11)</p>
	Rapidez na intervenção	<p>"(...) com uma resposta mais rápida" (E2)</p> <p>"(...) a capacidade de resposta é muito mais célere" (E4)</p> <p>"(...) primeiro porque é muito mais rápido" (E5)</p> <p>"(...) com uma resposta mais rápida" (E6)</p> <p>"(...) a resposta acaba por ser mais rápida" (E7)</p> <p>"(...) uma atuação mais rápida, mais coordenada" (E8)</p> <p>"(...) permite uma resposta mais rápida" (E9)</p> <p>"Um dos principais contributos será a rapidez de intervenção" (E10)</p> <p>"(...) como tal, a abordagem é mais rápida" (E11)</p> <p>"A vantagem, no fundo, para o doente é porque tem um tratamento mais rápido" (E12)</p>
Relacionados com os cuidados prestados	Qualidade dos cuidados prestados	<p>"(...) também se reflete na qualidade dos cuidados que são prestados" (E5)</p> <p>"(...) trazem outro benefício na abordagem ao doente, principalmente ao nível dos cuidados" (E6)</p> <p>"(...) ao nível da qualidade de resposta, da qualidade da intervenção" (E7)</p> <p>"(...) uma atuação com mais qualidade" (E8)</p> <p>"Essas equipas trazem mais qualidade nos cuidados" (E9)</p> <p>"(...) o foco está também na qualidade dos cuidados ao doente" (E10)</p> <p>"(...) funcionou como devia funcionar (...) e o sucesso acho que ficou a dever a isso" (E1)</p> <p>"(...) resposta (...) mais eficaz" (E2)</p> <p>"(...) estas equipas especializadas trazem uma eficácia maior" (E6)</p> <p>"(...) ao nível da eficácia e eficiência da resposta" (E7)</p> <p>"(...) têm uma abordagem mais eficaz" (E11)</p> <p>"(...) o tratamento numa situação crítica é mais eficaz" (E12)</p>
	Eficácia da intervenção	

Relacionados com a melhoria dos resultados em saúde		<p>"(...) quando chega logo (...) melhoria do <i>health outcome</i> do doente" (E1)</p> <p>"(...) ajuda a prevenir complicações" (E2)</p> <p>"(...) faz a diferença no prognóstico e na sobrevida da pessoa" (E7)</p> <p>"(...) reflete-se no prognóstico do mesmo" (E8)</p> <p>"(...) traz vantagens em relação à sobrevida do doente" (E11)</p> <p>"(...) rapidez e conhecimentos para prevenir complicações" (E12)</p>
Relacionado com o apoio à equipa dos enfermeiros dos serviços de internamento		<p>"(...) os colegas estão a ajudar naquela situação ficam libertos para os seus doentes" (E1)</p> <p>"(...) liberta os restantes enfermeiros" (E2)</p> <p>"(...) existe também apoio à nossa equipa" (E4)</p> <p>"(...) com os rácios que temos, é um auxílio aos enfermeiros do piso" (E5)</p> <p>"(...) liberta outros enfermeiros para a vigilância dos seus doentes" (E6)</p> <p>"(...) também ajuda quando temos rácios reduzidos (...) é um suporte" (E7)</p> <p>"(...) é uma mais valia, pois liberta, no fundo, os outros colegas" (E10)</p> <p>"(...) também para o próprio serviço, pois os rácios nunca são os melhores"(E11)</p>

Área temática: Fatores que interferem na ativação da EEMI pelos enfermeiros dos serviços de internamento		
Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
Relacionados com os enfermeiros dos serviços de internamento	Formação	<p>"O serviço [equipa] tem falta de formação nessa área e isso influencia" (E2)</p> <p>"Somos uma equipa jovem, com falta de formação específica" (E3)</p> <p>"(...) enfermeiros com mais formação têm mais facilidade em reconhecer o evento crítico" (E4)</p> <p>"(...) formação atualizada é uma grande mais valia" (E5)</p> <p>"(...) a formação é uma mais valia na atuação, na abordagem ao doente crítico, até no reconhecimento do mesmo" (E8)</p> <p>"(...) a formação é essencial para conhecer critérios e melhorar a abordagem ao doente crítico" (E9)</p> <p>"(...) existem vários níveis de formação, e se tiveres mais formação, mais conhecimento, vais melhorar com certeza o processo" (E10)</p> <p>"(...) um dos fatores será a formação dos enfermeiros que estão a trabalhar"(E11)</p>

	Experiência	<p>" (...) o evento crítico e a inexperiência (...) tudo conjugado não corre bem" (E1)</p> <p>" (...) as situações de emergência são pontuais, claro que não estamos preparados para atuar" (E2)</p> <p>" (...) é uma equipa nova (...) mais de metade em contrato Covid (...) é uma equipa com pouca experiência" (E3)</p> <p>" (...) a constante rotatividade dos enfermeiros também influencia a dinâmica do funcionamento destas equipas" (E4)</p> <p>" (...) a pouca experiência em situações de emergência também pode influenciar" (E5)</p> <p>" (...) às vezes estão só enfermeiros jovens, que não têm com quem validar as situações" (E6)</p> <p>" (...) às vezes temos equipas novas, inexperientes, e nem sempre há a sensibilidade para perceber uma deterioração precoce" (E7)</p> <p>" (...) a experiência da equipa de internamento também influencia o processo" (E9)</p> <p>" Enfermeiros mais jovens e inexperientes terão mais dificuldade em ativar" (E11)</p>
Relacionados com os protocolos/critérios de ativação		<p>" (...) há algum papel do hospital que identifique mesmo essas situações? (...)</p> <p>Não existem critérios bem definidos" (E1)</p> <p>" (...) existe pouca informação sobre quais são os critérios (...) poderiam existir por exemplo junto ao telefone como lembrete" (...) não estamos totalmente ao corrente dos critérios de ativação" (E2)</p> <p>" (...) o conhecimento dos critérios é essencial para ativar corretamente" (E9)</p> <p>" (...) os critérios não são muito claros, especialmente nas alterações do estado de consciência" (E10)</p> <p>" (...) outro problema é a falta de conhecimento acerca dos critérios" (E12)</p>
Relacionados com a gestão de recursos humanos	<p>Ao nível do internamento</p> <p>Ao nível da equipa de emergência</p>	<p>" (...) os recursos humanos [internamento] também são limitados" (E1)</p> <p>" (...) à noite, os recursos humanos [internamento] também não são os mais adequados" (E6)</p> <p>" (...) em algumas situações também aparece médico sem enfermeiro" (E1)</p> <p>" (...) atrevo-me a dizer que normalmente só vem o médico" (E2)</p> <p>" (...) desde o Covid que só vem o médico, se mudou não existe informação de quando mudou" (E4)</p> <p>" (...) algumas vezes o médico vem sozinho com critérios de instabilidade, depois se for grave transferimos para a urgência" (E6)</p> <p>" (...) [a EEM] deveriam vir sempre equipas completas" (E9)</p>

	Ao nível do serviço de urgência	<p>"(...) aqui muitas vezes tentamos resolver, pois na urgência sabemos que também estão ocupados" (E4)</p> <p>"(...) a falta de recursos médicos na urgência levam (...) repostas menos boas e à escassez de observação dos doentes" (E6)</p> <p>"(...) com urgências caóticas, não conseguem dar resposta adequada" (E10)</p>
Relacionados com os serviços de internamento	Espaço físico do internamento	<p>"(...) a estrutura física é a primeira dificuldade" (E2)</p> <p>"(...) o espaço físico de internamento também prejudica" (E11)</p>
Relacionados com o funcionamento da EEMI	Distância da equipa EEMI	<p>"(...) as equipas deveriam estar mais perto, não estarem só na urgência" (E3)</p> <p>"(...) a menos que a gente diga aos doentes «olhe, só pode ter complicações entre as 8h e as 20h»" (E1)</p> <p>"(...) também existe o problema de não funcionar durante as 24 horas" (E3)</p> <p>"(...) de noite é quando estamos mais desprotegidos em termos profissionais" (E4)</p> <p>"(...) não existência da EEMI durante a noite (...) dava mais segurança (...) ficamos entregues só a nós" (E5)</p> <p>"(...) a equipa não está 24 horas por dia ativa, certo? Essa é a maior dificuldade" (E6)</p> <p>"(...) a não existência de EEMI durante a noite também me preocupa, até porque o rácio da noite é muito menor" (E7)</p> <p>"(...) nós temos cirurgias à noite, e não temos depois acompanhamento do médico especialista" (E8)</p> <p>"(...) o facto de não existir à noite também acho que pode influenciar a intervenção à PSC" (E9)</p> <p>"(...) a primeira é não haver equipa a funcionar 24 horas, especialmente em caso de doentes SIGIC" (E12)</p>
	Utilização indevida do 2222	<p>"(...) às vezes, quando quero falar com um médico de permanência para resolver outra situação qualquer, e sei que está disponível no 2222, ligo porque sei que vai atender" (E1)</p>
Relacionados com a dinâmica de ativação da equipa de emergência	Desvalorização da ativação	<p>"(...) às vezes se não é mesmo uma PCR, alguns [médicos] desvalorizam e dizem do tipo «ah, podiam resolver isso com medicação A ou B»" (E1)</p> <p>"(...) assumo que algumas vezes, naquelas situações que não são tão graves, tipo PCR, tentamos resolver antes de chamar, por receio que desvalorizem a ativação" (E2)</p> <p>"(...) por vezes o médico não atende e a chamada cai no enfermeiro (...) acabam por vir mas demora sempre mais um pouco" (E3)</p>

		"(...) mas tem que estar disponível e sempre acessível (...) às vezes o médico não atende e passa ao enfermeiro" (E10)
--	--	--

Área temática: Sugestões de melhoria da dinâmica da EEMI		
Categoria	Subcategorias	Unidade de registo
Formação contínua dos enfermeiros dos serviços de internamento	Na abordagem à pessoa em situação crítica	<p>"(...) essencial formação sobre a abordagem inicial ao doente crítico" (E1)</p> <p>"(...) essencial formação na área da PSC" (E3)</p> <p>"(...) era importante formação, aprender, reciclar e relembrar a abordagem ABCDE" (E4)</p> <p>"(...) formação interna de primeira abordagem nessas situações mais específicas do serviço" (E5)</p> <p>"(...) deveria existir mais formação nos pisos (...) nomeadamente em termos de SAV" (E6)</p> <p>"(...) era fundamental, para começar, uma formação regular sobre o tipo de abordagem que podemos ter" (E7)</p> <p>"(...) formação cíclica na abordagem ao doente crítico" (E8)</p> <p>"(...) a formação é essencial para melhorar a abordagem ao doente crítico" (E9)</p> <p>"(...) formação prática de emergências, treinar a comunicação, a atribuição de papéis em emergência e abordagem de um doente crítico" (E10)</p> <p>"(...) mais formação sobre a abordagem ao doente mais grave" (E11)</p> <p>"(...) em termos de abordagem ao doente crítico, acho que seria essencial formação, sem dúvida" (E12)</p>
	No reconhecimento dos critérios de ativação	<p>"(...) formação sobre o reconhecimento dos critérios de gravidade" (E1)</p> <p>"(...) não estamos ao corrente dos critérios de ativação é prejudicial (...) a formação era essencial" (E2)</p> <p>"(...) e no reconhecimento dos critérios de gravidade" (E3)</p> <p>"(...) esclarecer critérios e quaisquer alterações" (E4)</p> <p>"(...) a formação é essencial no reconhecimento daquilo que é a deterioração efetiva do doente e do que é para a ativação" (E6)</p>

		<p>"(...) formação regular sobre os critérios de ativação, está no portal interno mas os profissionais vão chegando" (E7)</p> <p>"(...) formação cíclica no reconhecimento ou identificação dos critérios de gravidade" (E8)</p> <p>"(...) a formação, tal como disse anteriormente, é essencial para reconhecer os critérios" (E9)</p> <p>"(...) fazer tipo workshops, treinar o reconhecimento de um doente com critérios de gravidade" (E10)</p> <p>"(...) mais formação sobre os critérios de ativação, essencialmente para as pessoas recém-chegadas à instituição e aos serviços" (E11)</p> <p>"(...) nem toda a gente sabe quais são os critérios de ativação da equipa, a formação nessa área seria muito importante" (E12)</p> <p>"(...) a formação sobre o carro de emergência também seria importante" (E1)</p>
Horário de funcionamento	Organização carro de emergência	<p>"(...) existir equipas de EEMI durante 24 horas" (E1)</p> <p>"(...) não sabia que não funcionava 24 horas, mas devia funcionar" (E2)</p> <p>"(...) existência de EEMI durante 24 horas e 7 dias por semana" (E3)</p> <p>"(...) funcionar 24 horas por dia era uma mais valia no meu serviço" (E4)</p> <p>"(...) [EEMI] poderia existir também no período noturno" (E5)</p> <p>"(...) em termos de equipa, a prioridade era existir durante 24 horas, ponto assente" (E6)</p> <p>"(...) seria funcionar 24 horas, como já disse os rádios à noite são muito menores" (E7)</p> <p>"EEMI sempre disponível durante 24 horas e todos os dias da semana" (E8)</p> <p>"(...) a intervenção da EEMI durante 24 horas e todos os dias" (E9)</p> <p>"(...) funcionar durante 24 horas, as emergências não têm horas para aparecer" (E10)</p> <p>"(...) acho essencial a presença em funcionamento contínuo dessas equipas" (E11)</p> <p>"(...) funcionamento da equipa por 24 horas seria uma mais valia também" (E12)</p>
Recursos humanos	<p>Dotações seguras</p> <p>Equipa de EEMI dedicada</p>	<p>"(...) existirem dotações mais seguras no serviço" (E1)</p> <p>"(...) mais recursos humanos para garantir sempre a segurança do doente" (E6)</p> <p>"(...) existir tipo uma equipa dedicada que pudesse observar mais do que uma vez o doente" (E3)</p>

		<p>“(…) equipas dedicadas poderiam ser equacionadas, mas sem fazer ideia até que ponto realmente justifica em termos de estatística de ativações” (E4)</p> <p>“(…) equipa de emergência só para a emergência, principalmente nas equipas médicas, em que os poucos recursos complicam a observação” (E6)</p> <p>“(…) deveriam ser uma equipa com horários diferentes, local específico e não estarem acoplados a um posto de trabalho” (E10)</p>
	Garantir ativação do enfermeiro	<p>“(…) como a chamada cai sempre no médico, que o mesmo ative o enfermeiro para vir acompanhado” (E6)</p>
Uniformização de critérios de decisão de não reanimar (DNR)		<p>“(…) registo de DNR no processo clínico e não de uma forma apenas verbal (…)</p> <p>muitas vezes vem um médico e diz que é DNR e o seguinte já pede tudo”(E1)</p> <p>“(…) não está propriamente claro o DNR (…)</p> <p>é importante deixar de existir ambiguidade relativamente ao facto se será para investir na escalada de cuidados” (E7)</p>
Normalização do nº de emergência interno		<p>“(…) o número deveria ser só usado para emergência” (E1)</p> <p>“(…) e 2222 sempre contactável, o que muitas vezes não acontece” (E8)</p>