



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Competências Não Técnicas Valorizadas pelos Enfermeiros na Sala de Emergência

Ivo Adriano Santos Alves

Junho, 2023

Escola Superior de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Ivo Adriano Santos Alves

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**Competências Não Técnicas Valorizadas pelos Enfermeiros
na Sala de Emergência**

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Mara Rocha

Junho de 2023

AGRADECIMENTOS

Após este percurso académico, não poderia deixar de agradecer todo o empenho, ajuda e dedicação da Professora Mara Rocha e do meu tutor de estágio, Mestre Vítor Rocha. A eles o meu muito obrigado por toda a ajuda.

Quero agradecer também a todos os elementos da minha equipa do serviço de urgência por todos os momentos de aprendizagem comigo partilhados durante este estágio.

Um agradecimento à Enfermeira Conceição Sousa, gestora do serviço de urgência do Hospital Santa Maria Maior Barcelos, por toda a colaboração e sentido de ajuda durante todo este período académico.

Um agradecimento especial à Enfermeira Teresa Alves, pela partilha do seu vasto conhecimento em diversas áreas e contributos no meu desenvolvimento de competências no mundo da Enfermagem.

À Sofia, um agradecimento muito especial, por toda a compreensão, ajuda e incentivo desde o primeiro até ao último dia!

DEDICATÓRIA

A um ser humano incrível, a força do percurso...

...SOFIA!

“Recomeça...
Se puderes
Sem angústia
E sem pressa
E os passos que deres
Nesse caminho duro
Do futuro
Dá-os em liberdade.
Enquanto não alcances
Não descanses.
De nenhum fruto queiras só metade”

Miguel Torga

RESUMO

Os serviços de urgência têm como principal objetivo a prestação de cuidados de saúde às pessoas cuja situação se enquadre no conceito de urgência e emergência médica, conforme referido no Despacho Normativo n.º 11/ 2002.

Nestes serviços, que se pretendem altamente diferenciados, desenvolvem-se as mais sofisticadas intervenções de carácter tecnológico, médico e de Enfermagem, no sentido de dar resposta a situações onde as pessoas em situação de vulnerabilidade, se encontram instáveis ou em estado crítico e com algum compromisso orgânico.

Este contexto de grande imprevisibilidade e complexidade, exige equipas multiprofissionais, detentoras de competências técnicas altamente diferenciadas, a par do domínio de um conjunto de competências não técnicas, de forma a garantir uma resposta organizada, eficaz e rápida, em particular no que se reporta às situações de compromisso das funções vitais.

Este relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, tendo decorrido no serviço de urgência do Hospital Santa Maria Maior Barcelos, EPE, de 3 de outubro de 2022 a 31 de março de 2023 e pretende analisar, de forma crítica, reflexiva e fundamentada, todo o processo de aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, mais concretamente na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

O presente relatório pretende descrever o percurso efetuado e os contributos do estágio de natureza profissional para o desenvolvimento de competências especializadas na área da pessoa em situação crítica.

A primeira parte aborda as oportunidades de aprendizagem ao longo de todo o percurso, descrevendo e analisando as atividades desenvolvidas e com impacto na aquisição de competências e práticas especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica.

A segunda parte descreve o percurso investigativo, com a realização de um estudo assente no paradigma qualitativo de cariz exploratório e descritivo.

Partindo de uma problemática centrada nas competências não técnicas valorizadas pelos enfermeiros em contexto de sala de emergência, e com o objetivo de conhecer a perceção dos enfermeiros acerca desta problemática, recorreremos à entrevista semiestruturada como

instrumento de recolha de dados, efetuada a oito enfermeiros do contexto onde realizámos este estágio.

A análise dos dados demonstrou que os enfermeiros valorizam as competências não técnicas em contexto de sala de emergência, das quais se destacam a comunicação, a liderança, a gestão de emoções, a consciência da situação e o trabalho em equipa. São apontados como barreiras para a sua operacionalização, fatores relacionados com os recursos humanos, nomeadamente a inexistência de equipas dedicadas e os diferentes níveis de formação dos próprios profissionais.

Aspetos relacionados com a ineficácia da comunicação, e com a estrutura da sala de emergência emergiram como fatores que interferem na operacionalização das competências não técnicas. As estratégias valorizadas pelos enfermeiros para ultrapassar estes fatores relacionam-se, maioritariamente, com as questões associadas à liderança, nomeadamente a identificação atempada de um líder nas equipas de reanimação. Como sugestões para otimizar a operacionalização das competências não técnicas, destaca-se a realização regular de *debriefing* e formação contínua, preferencialmente utilizando a prática simulada como estratégia de formação.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Competências Não Técnicas; Equipa de Emergência; Sala de Emergência.

ABSTRACT

The emergency services have as their main objective the provision of healthcare to individuals whose situation falls within the concept of medical urgency and emergency, as referred to in Dispatch Normative No. 11/2002.

In these services, which are intended to be highly specialized, the most sophisticated technological, medical, and nursing interventions are developed to respond to situations where vulnerable individuals are unstable, in critical condition, and with some organic compromise.

This context of great unpredictability and complexity requires multiprofessional teams with highly specialized technical skills, along with the mastery of a set of non-technical skills, in order to ensure an organized, effective, and rapid response, particularly regarding compromised vital functions.

This report arises within the scope of the curricular unit Professional Nature Internship of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, at the School of Health of the Polytechnic Institute of Viana do Castelo. It took place in the emergency department of Hospital Santa Maria Maior Barcelos, EPE, from October 3, 2022, to March 31, 2023, and aims to critically, reflectively, and substantively analyze the entire process of acquiring common and specific skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, specifically in the area of Nursing for Individuals in Critical Situations.

This report aims to describe the path taken and the contributions of the professional nature internship to the development of specialized skills in the area of individuals in critical situations.

The first part addresses the learning opportunities throughout the entire journey, describing and analyzing the activities developed and their impact on the acquisition of specialized skills and practices in caring for individuals in critical situations.

The second part describes the investigative journey, with the realization of a study based on the qualitative exploratory and descriptive paradigm. Starting from a problem focused on the non-technical skills valued by nurses in the emergency room context, and with the aim of understanding nurses' perceptions of this issue, we used semi-structured interviews as a data collection instrument, conducted with eight nurses in the context where we carried out this internship.

The data analysis showed that nurses value non-technical skills in the emergency room context, with communication, leadership, emotion management, situation awareness, and teamwork standing out. Barriers to their operationalization are related to human resources, namely the lack of dedicated teams and the different levels of training of the professionals themselves.

Aspects related to ineffective communication and the structure of the emergency room emerged as factors that interfere with the operationalization of non-technical skills. Strategies valued by nurses to overcome these factors are mainly related to leadership issues, particularly the timely identification of a leader in resuscitation teams. As suggestions to optimize the operationalization of non-technical skills, regular debriefing and continuous training are highlighted, preferably using simulated practice as a training strategy.

Key words: Medical-Surgical Nursing; Clinical Skills; Non-Technical Skills; Emergency Room

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABCDE - *Airway, Breathing, Circulation, Disability e Exposure*

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AHRQ - *Agency for Healthcare Research and Quality's*

AEPSC - Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CNT- Competências Não Técnicas

CPR - Conselho Português de Ressuscitação

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CT – Competências Técnicas

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMC-AEPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

ERC - European Resuscitation Council

ESS - Escola Superior de Saúde

GCL-PPCIRA – Grupo de Coordenação Local do Programa Prevenção Controlo Infeção Resistência Antimicrobianos

HSMMB - Hospital Santa Maria Maior – Barcelos

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN - International Council of Nurses

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR - Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

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

PQCEEMC-AEPSC - Padrões de Qualidade Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

PSC - Pessoa em Situação Crítica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV - Suporte Avançado de Vida

SE - Sala de Emergência

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

SU - Serviço de Urgência

VMER- Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

VMNI - Ventilação Mecânica Não Invasiva

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	II
DEDICATÓRIA	III
PENSAMENTO.....	IV
RESUMO	V
ABSTRACT	VII
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	IX
ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS	0
INTRODUÇÃO	1
1. DAS APRENDIZAGENS EM CONTEXTO CLÍNICO AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS.....	5
1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	5
1.2. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	10
1.3. ATIVIDADES REALIZADAS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS: REFLEXÃO CRÍTICA.....	12
1.3.1. Responsabilidade profissional, ética e legal.....	13
1.3.2. Formação e melhoria contínua dos cuidados	16
1.3.3. Gestão dos cuidados	23
1.3.4. Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	24
1.3.5. Prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos.....	32
1.3.6. Resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	33
2. PERCURSO INVESTIGATIVO: COMPETÊNCIAS NÃO TÉCNICAS VALORIZADAS PELOS ENFERMEIROS NA SALA DE EMERGÊNCIA.....	36
2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	36
2.1.1. Competências Não Técnicas: abordagem conceptual	37
2.1.2. As Competências Não Técnicas no cuidar à pessoa em situação crítica em contexto de sala de emergência	40
2.2. METODOLOGIA	44
2.2.1. Da problemática aos objetivos do estudo.....	44
2.2.2. Tipo de estudo	46
2.2.3. O Contexto e os Participantes	47
2.2.4. Procedimento de recolha de dados	49
2.2.5. Análise dos dados.....	50
2.2.6. Considerações éticas	52
2.3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	53
2.4. CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS	75

CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
ANEXOS	92
Anexo I – “II encontro Urgências Oliveira de Azeméis”	93
Anexo II - Ocean medical “Congresso Internacional de Emergência 2023”	95
Anexo III – Autorização do estudo	97
APÊNDICES.....	99
Apêndice I – Formação “Insuficiências respiratórias e ventilação não invasiva no Serviço de Urgência”	100
Apêndice II – Formação “Abordagem à pessoa em situação crítica”	112
Apêndice III – Formação “ISBAR- Comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde”	126
Apêndice IV – Avaliação da formação “insuficiências respiratórias e ventilação não invasiva no serviço de urgência”	131
Apêndice V – Avaliação da Formação “Abordagem à Pessoa em Situação Crítica”	137
Apêndice VI – Protocolo “documentação de cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica” em contexto de sala de emergência.....	141
Apêndice VII – Avaliação da Formação “isbar – comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde”	146
Apêndice VIII – Projeto reorganização da Sala de emergência	151
Apêndice IX – Projeto referenciação dos utentes	158
Apêndice X – Questionário “Razões de recusa de encaminhamento”	162
Apêndice XI – ISBAR- Comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde	164
Apêndice XII – Guião de Entrevista.....	168
Apêndice XIII – Matriz de redução de dados	171
Apêndice XIV – Consentimento informado	179

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

Índice de Figuras

Figura 1 - Serviço de Urgência

Figura 2 - Áreas temáticas

Figura 3 - CNT valorizadas pelos enfermeiros: categorias e subcategorias

Figura 4 - Fatores que interferem na operacionalização das CNT: categorias e subcategorias

Figura 5 - Estratégias valorizadas pelos enfermeiros para ultrapassar fatores que interferem na operacionalização das CNT: categorias e subcategorias

Figura 6 - Sugestões para a aquisição e desenvolvimento das CNT: categorias e subcategorias

Índice de Quadros

Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica

INTRODUÇÃO

A sociedade atual está em constante mudança e inovação, o que exige dos profissionais de saúde uma atualização constante dos conhecimentos, sejam eles teóricos ou práticos, ao mesmo tempo que reclama uma atitude de permanente reflexão e interrogação.

Essa constante atualização ganha cada vez mais relevância na profissão de Enfermagem, tendo em conta que o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), inserido no estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) publicado na Lei n.º 156/2015, cita no seu artigo 97.º, ponto 1, alínea a, que os seus membros têm o dever de “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Lei n.º 156/2015, p. 74).

De acordo com a OE, o Enfermeiro Especialista (EE) “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744). Neste âmbito, o mesmo regulamento elenca um conjunto de competências comuns do EE que “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (p. 4744).

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica (EEEMC-AEPSC) estão definidas no Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, e envolvem os cuidados de Enfermagem que “podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida” (2018, p. 19362).

A formação especializada ao nível do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC), direcionada para a Área da Pessoa em Situação Crítica (AEPSC), vem complementar parte do nosso percurso profissional e académico no sentido de promover o desenvolvimento destas competências enquanto futuro EE no Serviço de Urgência (SU) e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

Os cuidados de Enfermagem à PSC e família exigem observação, procura contínua e recolha de dados de forma sistémica e sistematizada, com o objetivo de conhecer

continuamente a situação da pessoa e/ou família alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. Quando falamos de uma PSC, a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes são reconhecidas como de máxima importância.

O Estágio de Natureza Profissional (ENP) constitui um momento que acrescenta e potencia o desenvolvimento das competências do enfermeiro em determinada área de especialidade, contribuindo desta forma para se tornar especialista nessa mesma área de prestação de cuidados.

Os estágios são parte integrante e de suprema relevância nos cursos superiores de Enfermagem, nomeadamente nos cursos de especialização, contribuindo para o desenvolvimento das capacidades técnicas e competências inerentes à profissão de Enfermagem e a qualquer área de atuação. Segundo Silva e Silva (2016) “é no agir em situação que se desenvolvem as competências” (p. 105) e que se promove e consolida a *práxis* de Enfermagem.

Tendo em conta a área da Enfermagem, as aprendizagens realizadas em contexto formativo são importantes para a preparação dos profissionais para a sua prática diária, neste caso para uma prática especializada, através da qual se desenvolve o conhecimento e se aprende a lidar com as diversas situações, sejam elas simples ou complexas, de acordo com o ambiente de trabalho, sempre partindo de um pensamento crítico-reflexivo.

O presente relatório enquadra-se no âmbito do MEMC da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo que, em concordância com o plano curricular do ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre, integra um ENP com elaboração e discussão de um relatório final.

O ENP centrou-se em duas dimensões: no desenvolvimento de competências comuns e específicas relacionadas com o cuidado à PSC preconizadas pela OE, e no desenvolvimento de competências na área da investigação através da realização de um estudo sobre as Competências Não Técnicas (CNT) valorizadas pelos enfermeiros em contexto de Sala de Emergência (SE).

As CNT, podem ser definidas como as habilidades cognitivas, sociais e de recursos pessoais que complementam as habilidades técnicas e contribuem para o desempenho seguro e eficiente de uma tarefa (Chamberland et al., 2018; Finstad et al., 2021).

Este estudo, centrado numa abordagem qualitativa e exploratório-descritivo, parte de uma problemática que surge da nossa perceção acerca da pouca relevância que é atribuída às CNT no contexto das equipas de emergência em detrimento das Competências Técnicas (CT), o que também é corroborado pela evidência científica disponível. Assim, e tendo como objetivo geral conhecer a perceção dos enfermeiros acerca das CNT associadas aos cuidados à PSC em contexto de SE, foram definidos objetivos específicos que nos permitiram estruturar um guião de entrevista para uma posterior recolha de dados junto dos participantes.

Para a realização deste estágio optámos pelo SU do Hospital Santa Maria Maior - Barcelos (HSMMB, EPE). O facto deste contexto ser o local onde desenvolvemos a nossa atividade profissional, constituiu uma mais-valia, pois permitiu-nos, no ambiente natural de trabalho, a aplicação direta e consolidação de conhecimentos técnicos, científicos e relacionais, decorrentes da vertente teórica e prática das unidades curriculares que integram o plano de estudos do MEMC. Possibilitou-nos também, uma perspetiva a partir dos “bastidores”, contribuindo para uma reflexão e avaliação das oportunidades de melhoria, em prol da excelência dos cuidados prestados à PSC e família.

O ENP decorreu no período de 3 de outubro de 2022 a 31 de março de 2023, correspondendo a um total de 810 horas de trabalho - 390 horas de contacto, distribuídas por 26 semanas.

Em conformidade com os objetivos e competências previstas no plano de estudos do MEMC, e tendo por base as competências comuns e específicas do EEEMC-AEPSC, pretendemos com o ENP dar resposta aos seguintes objetivos pessoais:

- Prestar cuidados à pessoa/família em situação crítica admitida na SE;
- Gerir diferenciadamente a dor e o bem-estar da PSC admitida na SE;
- Compreender a importância da gestão dos recursos humanos e materiais no funcionamento do serviço e na dinâmica da equipa;
- Promover o cumprimento de procedimentos, normas e recomendações de boas práticas;
- Desenvolver habilidades e estratégias para a apresentação e discussão do diagnóstico de necessidades formativas e de melhoria contínua;
- Aprofundar competências de investigação na AEPSC e família.

Este relatório encontra-se dividido em dois capítulos. No primeiro capítulo realizamos a contextualização do local de estágio, uma breve referência sobre o EE no SU seguido da análise crítica e reflexiva das atividades e intervenções desenvolvidas no âmbito na aquisição de competências especializadas nos seguintes domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, formação e melhoria contínua dos cuidados, gestão dos cuidados; cuidados à PSC e família, controlo e prevenção da infeção e de resistência aos antimicrobianos e resposta em situações de catástrofe.

O percurso investigativo, centrado na problemática das CNT valorizadas pelo enfermeiro na SE, as principais conclusões do estudo e perspetivas futuras, integram o segundo capítulo deste relatório.

Terminamos com uma breve conclusão, refletindo sobre os objetivos previamente delineados, o percurso realizado e aquilo que perspetivamos em termos futuros.

1. DAS APRENDIZAGENS EM CONTEXTO CLÍNICO AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

As competências de enfermagem especializadas asseguram “que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Aos EE são reconhecidas competências, designadas por “competências comuns” e “competências específicas” inerentes a cada área de especialidade (Regulamento n.º 140/2019).

As competências comuns do EE são “as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, reveladas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

As competências específicas do EE são aquelas “que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Os próximos capítulos pretendem descrever as aprendizagens em contexto clínico e as atividades desenvolvidas para aquisição de competências especializadas na AEPSC. Assim, após a contextualização do local onde decorreu o nosso ENP e uma breve conceptualização acerca do EE inserido num contexto de urgência, procedemos à análise e reflexão das atividades desenvolvidas e competências adquiridas com este ENP.

1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O ENP decorreu no SU do HSMMB, EPE. Este hospital foi oficialmente inaugurado a 25 de junho de 1970 e atualmente integra vários serviços, entre os quais se destacam: bloco

operatório, cardiologia, cirurgia geral, pediatria, medicina interna, pneumologia, radiologia, urgência, ortopedia, patologia clínica, otorrinolaringologia, entre outros.

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”¹.

Rege-se pelos seguintes **valores**: “respeito pela dignidade humana; qualidade, assegurando os melhores níveis de resultados e de serviço; atitude centrada no primado do utente; cultura de excelência técnica e do cuidar; cultura de valorização profissional assente na qualificação, inovação e responsabilização”¹.

Os **objetivos** do HSMMB, EPE estão relacionados com o zelo e equidade a todos os utentes a quem presta serviços de saúde, cumprimento das metas negociadas com a tutela, eficácia técnica, eficiência e melhoria contínua, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável, desenvolvimento profissional dos colaboradores, promovendo níveis de motivação e comprometimento com a instituição¹.

O SU, um dos serviços que integra esta unidade hospitalar, define-se como básico (com apoio médico-cirúrgico), com uma área de influência que abrange o concelho de Barcelos e Esposende. O Hospital de Braga é o hospital de referência para situações de maior complexidade.

Este SU disponibiliza cuidados urgentes, 24 horas por dia, sete dias por semana, nas especialidades de medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, pediatria e clínica geral. Conta com o apoio de anestesiologia, patologia clínica, laboratório, imagiologia com recurso radiologia, tomografia axial computadorizada e ecografia.

A afluência de utentes a este SU é muito variável, sendo que em 2022, foram atendidos 67020 utentes, dos quais, 4831 utentes foram triados com a prioridade muito urgente e emergente².

Em síntese, e comparando o ano de 2022 e 2021, verificamos um aumento na procura deste nível de cuidados de 17% na urgência adultos e de 61% na urgência pediátrica.

¹ <https://www.hbarcelos.min-saude.pt/category/institucional/o-hospital/>

² Relatório de Gestão e Contas do Hospital Santa Maria Maior, 2022

Em termos de estrutura física, está dividido em vários setores de atendimento, e que se encontram ilustrados na figura 1.



Figura 1- Planta do serviço de urgência

1 - Posto de triagem de prioridades: Localizado na entrada principal do serviço, destina-se à triagem inicial dos utentes, estabelecendo prioridades de atendimento. Esta triagem é realizada por um enfermeiro de acordo com o protocolo de triagem de Manchester. De acordo com o Grupo Português de Triagem, o objetivo principal do enfermeiro ao realizar a Triagem de Manchester é atribuir uma prioridade clínica correta ao utente que recorre ao SU, consoante a gravidade das queixas que apresenta naquele momento. Segundo Silva (2009), 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.

2 - Sala de emergência: Localizada também junto à entrada principal do serviço e ao posto de triagem de prioridades. De acesso direto do exterior, tem capacidade para a prestação de cuidados efetivo de dois utentes em situação crítica em simultâneo. Trata-se

de uma sala com um espaço físico limitado, mas equipada com todo o equipamento necessário à abordagem inicial da PSC, quer tenha sido vítima de doença ou trauma. À SE estão alocados dois enfermeiros, sendo que ambos são especialistas em EMC e/ou com competências em suporte avançado de vida (SAV).

3 - Cirurgia/Ortopedia: Este setor recebe os utentes vítimas de acidente ou trauma e doença súbita e que se enquadram nestas áreas de especialidade. Tem um enfermeiro alocado, geralmente enfermeiro de cuidados gerais.

4 - OBS: O setor de observação, tem capacidade para quatro utentes com a possibilidade de monitorização contínua, incluindo eletrocardiografia, saturação periférica de oxigénio, frequência cardíaca e tensão arterial, seja ela invasiva ou não invasiva, leitura de capnografia e capnometria. A este setor está alocado um enfermeiro, de preferência em EEEMC ou com experiência em prestação de cuidados à PSC.

5 - Medicina: Espaço amplo e aberto, o que permite uma vigilância eficaz de todos os utentes. A lotação máxima é de 3 utentes sentados e 9 utentes em maca com possibilidade de monitorização não invasiva. Tem como objetivo a prestação de cuidados e prestação de cuidados imediato a utentes triados com prioridade muito urgente ou referenciados do exterior para esta especialidade. Em termos de recursos humanos, dispõe de, pelo menos, 2 internistas e 2 enfermeiros, sendo que pelo menos um dos enfermeiros é especialista em EMC ou com competências e experiência na prestação de cuidados à PSC.

6 - Clínica geral: Tal como o setor da medicina, em termos físicos é um espaço amplo e aberto onde permanecem os utentes, sem história de trauma, admitidos no SU com prioridade urgente, pouco urgente ou não urgente, que necessitam de permanecer em maca durante a prestação de cuidados. Tem capacidade máxima para 9 utentes em maca e 8 sentados, com possibilidade de monitorização para 2 utentes. Em termos de dotação de Enfermagem, estão 2 enfermeiros por turno.

Os setores designados por **1 ADR**, **2ADR** e **3ADR** foram espaços criados temporariamente para dar resposta à situação de pandemia por COVID-19, encontrando-se no momento da realização deste ENP em fase de desativação.

De entre as áreas de trabalho que este SU contempla, existem locais onde a prestação de cuidados especializados à PSC é mais necessária e evidente, onde se incluem o setor da SE, OBS e medicina. Nestes setores, o EE impõe-se como uma mais-valia na garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

A equipa de Enfermagem é constituída por 60 enfermeiros, onde se inclui um enfermeiro gestor. Da caracterização da equipa realizada recentemente no serviço, verificou-se que a maioria dos enfermeiros exerce atividade profissional entre os 11 e os 20 anos (35,1%), e um número significativo de enfermeiros (38,6%) exerce funções no SU há menos de 5 anos. Consideramos que a justificação para este facto pode estar relacionada com o aumento da contratação de enfermeiros no “período COVID”.

No que se reporta às competências profissionais, 14 enfermeiros (24,6%) são especialistas (13 com especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 1 com especialidade em Enfermagem de Reabilitação). Destes, 5 enfermeiros são detentores de Mestrado na mesma área de atuação.

Cerca de 10 enfermeiros estão certificados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) com o Curso de VMER, prestando por isso serviço na VMER sediada 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 em: Enfermagem Extra-hospitalar (7 enfermeiros), Supervisão Clínica (4 enfermeiros), Estomaterapia (1 enfermeiro) e Gestão (2 enfermeiros).

O número de enfermeiros por turno de trabalho é de 11 enfermeiros nos turnos diurnos e 9 enfermeiros nos turnos noturnos, obedecendo a um plano predefinido diariamente pela enfermeira gestora, e que por norma tenta respeitar as competências profissionais de cada enfermeiro, no sentido de garantir a segurança e qualidade dos cuidados.

Existem vários métodos de trabalho em uso no serviço. O que mais se evidencia é o método individual de trabalho, em que cada enfermeiro é responsável pela prestação dos cuidados de Enfermagem a um conjunto de utentes. No entanto, o método de trabalho em equipa é evidente, principalmente em contexto de SE.

Importa referir que este serviço tem uma cultura de documentação da prática de Enfermagem através da linguagem classificada - CIPE® (Classificação Internacional

para a Prática de Enfermagem) e utiliza o *software* SClínico³ como plataforma de documentação.

1.2. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Ao longo do tempo, a Enfermagem tem vindo a afirmar-se na área da saúde de forma a produzir um corpo de conhecimentos próprio, que atenda aos interesses e às necessidades em cuidados de Enfermagem das pessoas e das populações. Esse corpo de conhecimento é centrado em novas formas de observar os fenômenos, neste caso no cuidar, quando este é feito de uma forma profissional (Donaldson, 1997 citado por Amendoeira, 2000). Tal como refere Leininger (1984), citada pelo mesmo autor, “caring is nursing, and nursing is caring” (p. 83).

Quando falamos em Enfermagem e na construção do seu corpo de conhecimento, somos remetidos para a importância das teorias de Enfermagem, enquanto modelos que enformam o conhecimento na área.

Florence Nightingale, tida como fundadora da Enfermagem enquanto profissão, elaborou uma filosofia para a prática de Enfermagem, que serviu de base a boa parte dos modelos conceptuais ou das teorias de Enfermagem contemporâneas (Garcia & Nóbrega, 2004).

A Enfermagem, toma por foco o ser humano como uma realidade indivisível, em que a compreensão das particularidades e das partes tem por intenção o conhecimento do todo, em termos de uma conceção holística; visa a compreensão dos significados atribuídos pelas pessoas às suas experiências de vida e valoriza metodologias que radicam na interação com os participantes (Meleis, 2012). Watson (2002) define a Enfermagem como uma ciência humana de experiências de saúde-doença, que são mediadas por uma transação de cuidados profissionais, pessoais, científicos, estéticos, humanos e éticos.

O trabalho dos enfermeiros é caracterizado por uma série de atributos além dos procedimentos técnicos que desempenham e, segundo Leal (2006), a identidade profissional é melhor representada quanto mais apropriado o suporte teórico e a

³ SClínico® – É um software evolutivo, desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), 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).

metodologia específica usada associada a uma preocupação para com a pessoa e família no seu todo.

Um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, e que apresenta um alto grau de juízo clínico na tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde, é o que, de acordo com a OE (2010), define o EE.

Ainda de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o EE é um “profissional de enfermagem, a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados especializados na área de especialidade em Enfermagem” (p. 4744).

Estas competências são demonstradas por cada enfermeiro, através da sua capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado, no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2019).

A OE define como competências específicas do EEEMC-AEPSC, cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe; e maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (Regulamento n.º 429/2018).

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

Podemos afirmar que alguns contextos clínicos, onde se incluem os SU, são considerados por muitos como uma das realidades mais agressivas da prática de Enfermagem, com um enorme grau de exigência para estes profissionais.

A Enfermagem de urgência, e de acordo com Alminhas (2007), é definida como a “prestação de cuidados a indivíduos de todas as idades, que apresentem alterações de saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções” (p. 57).

Na prestação de cuidados à PSC está inerente a necessidade de monitorização e vigilância contínua do utente, tendo como objetivo uma rápida identificação de situações

potencialmente graves. Ao EE na AEPSC compete esta identificação, e compete também, agir de acordo com a sua experiência e conhecimento baseado em evidência científica, tendo como objetivo a prevenção ou resolução destas situações.

Neste âmbito, o desenvolvimento de competências específicas é um imperativo para responder às necessidades dos utentes com quadros clínicos complexos que recorrem a estes serviços e aos desafios que enfrentam os profissionais que neles trabalham.

1.3. ATIVIDADES REALIZADAS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS: REFLEXÃO CRÍTICA

A prática reflexiva, consiste num método específico de trabalho, que tem como objetivo permitir que o profissional possa produzir conhecimentos com base na sua prática profissional (Netto et al., 2018).

Enquadrar a prática reflexiva na Enfermagem, remete-nos para um processo de julgamento clínico do conhecimento e das ações praticadas, envolvidas na responsabilização profissional, direcionando o enfermeiro para dimensões, como o conhecimento técnico-científico, a conduta ético-legal e a relação de ajuda (Nunes, 2018).

As atividades que desenvolvemos ao longo deste ENP, assentam nestes pressupostos e regem-se pelo perfil de competências comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019) e pelas competências específicas do EE em EMC- AEPSC (Regulamento n.º 429/2018) da OE.

Os três primeiros subpontos reportam-se à análise e reflexão das competências comuns do EE, entendidas como aquelas que são “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, p.4745).

Os três últimos subpontos refletem a nossa análise e desenvolvimento de competências especializadas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgico na AEPSC, que a OE define como “as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade,

demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

1.3.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

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).

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), “os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015, p. 97-98), assim como manter “o respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados” (OE, 2015, p.77).

É com base nestes princípios que surge o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, enquadrada nos pressupostos ético-deontológicos a partir do qual se estabelece a relação de ajuda enfermeiro/família/utente (Nunes, 2018).

Perspetivando a deontologia profissional como “o conjunto de normas referentes a uma determinada profissão, alicerçadas nos princípios da Moral e do Direito, que procuram definir as boas práticas, tendo em conta as características próprias da profissão” (OE, 2015, p.14), recorreremos a determinadas fontes consideradas imprescindíveis no que à temática diz respeito, como forma a melhor refletirmos estes aspetos.

Assim, consultamos vários documentos, dos quais destacamos os seguintes: Direitos e Deveres do Utente (Lei n.º 15/2014), a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º48/90), o Tratado Internacional da Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina (Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, publicada em Diário da República I-A, n.º 2, de 03/01/2001) e a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ratificada a 10/12/1948 pela Organização das Nações Unidas). A consulta destes documentos permitiu-nos o desenvolvimento de

conhecimentos que nos possibilitou a reflexão sobre esta dimensão do cuidado e a criação de alicerces para uma prática de cuidados consubstanciada numa dimensão ética.

Na nossa prática diária somos confrontados com situações clínicas, que exigem a aplicação dos vários princípios éticos, bioéticos e deontológicos. Os conhecimentos destes princípios permitem o exercício de uma prática de cuidados embasada no respeito pela dignidade humana, na autonomia, na proteção e segurança dos utentes, na equidade de cuidados, bem como na nossa própria dignidade, enquanto enfermeiros.

Em contextos como o do SU, o processo de tomada de decisão neste âmbito pode adquirir contornos complexos, nomeadamente quando somos confrontados com vários dilemas éticos. Nestas situações o processo de tomada de decisão, leva a que sejam colocadas em questão inúmeras variáveis. Este processo, assente num juízo crítico e reflexivo inerente à nossa profissão, deve ser sustentado, de forma científica, ética e moralmente competente, tomando a melhor decisão no sentido do bem-estar das pessoas.

Os enfermeiros, por inerência da profissão e sendo dos profissionais de saúde que estão mais próximos da pessoa e família, experienciam situações limite de vida ou mesmo a morte, sendo confrontados com dilemas éticos, conflitos e dificuldades em lidar com as suas próprias emoções.

Uma das situações com que o enfermeiro se depara frequentemente num SU é com a morte iminente ou inesperada.

Neste âmbito, recordamos uma situação ocorrida com uma utente portadora de fibrose pulmonar, mas sem complicações significativas até ao momento anterior ao internamento. É explicado à filha que se tratava de uma situação médica de mau prognóstico a curto prazo, não beneficiando a utente de procedimentos avançados, tais como ventilação mecânica invasiva. Durante o internamento, com a evolução desfavorável da utente e, tendo em conta a situação de mau prognóstico, procuramos falar diversas vezes com a filha, o que possibilitou uma clarificação da situação clínica e a preparação da filha e família para uma situação de fim de vida. Foi necessário algum tempo para que a família integrasse esta informação, após o qual solicitaram que fosse promovido o conforto e bem-estar da utente.

Esta situação suscitou um debate ético junto da equipa, pois tratava-se de uma utente com 70 anos e autónoma para as suas atividades de vida diárias. Foram vários os aspetos éticos

considerados, nomeadamente o princípio do respeito pela vida e dignidade humana, o princípio da autonomia, da beneficência, da não-maleficência, da equidade e da justiça.

Assim, e reportando-nos ao princípio da autonomia, devemos permitir e criar as condições necessárias para que a pessoa tome decisões informadas sobre o seu próprio tratamento ou projeto de saúde. Isto inclui o direito da pessoa à recusa de tratamento, desde que seja devidamente esclarecida acerca dos riscos e benefícios dessa sua decisão.

Neste caso em concreto, encontrando-se a utente condicionada pela sua situação patológica, que inviabilizava a comunicação com a mesma, a informação foi fornecida à família e os aspetos relacionados com as opções de tratamento foram discutidos com a mesma. O dever de informação encontra-se elencado nos PQCEEPSC (OE, 2017) que no enunciado descritivo relativo à satisfação do utente, refere que “são elementos importantes a gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica” (p. 4).

Considerando a irreversibilidade da doença, foram discutidos os benefícios ou não de avançar com meios diferenciados de suporte vital, tendo em conta o respeito pela vida e pela dignidade humana, os princípios da beneficência e da não-maleficência.

A garantia da dignidade humana e o respeito pela autonomia da pessoa são princípios fundamentais da prática de cuidados da Enfermagem, e neste sentido procuramos agir de acordo com estas premissas, respeitando-os ao longo do nosso percurso enquanto enfermeiro.

Ao longo deste ENP tivemos ainda oportunidade de participar em decisões éticas, como a decisão de não reanimar, e de contribuir para que a dignidade humana fosse sempre mantida, o que permitiu a otimização das nossas competências na comunicação de más notícias e apoio emocional.

O desenvolvimento desta competência permitiu-nos a aquisição de maiores conhecimentos sobre a dimensão ética do cuidado, a reflexão acerca da importância destas questões e o desenvolvimento de estratégias que nos permitiu melhorar o nosso processo de tomada de decisão em relação a dilemas éticos com os quais nos confrontamos no processo de cuidados à PSC.

1.3.2. Formação e melhoria contínua dos cuidados

A Enfermagem enquanto profissão registou, nos últimos anos, uma evolução, quer ao nível da formação académica, quer no que diz respeito à dignificação do seu exercício profissional, reconhecendo-se o valor do papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica na área da saúde (REPE, 1996) e na sociedade em geral.

A **formação** é definida por Abreu (2001), como “um processo complexo de aprendizagens, que se reflete no desenvolvimento da estrutura do sujeito, designadamente aos níveis cognitivo, afetivo, motor, relacional e transformativo” (p. 105).

A formação é desta forma um elemento fundamental na garantia da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

De acordo com os PQCEEMC-AEPSC, o EE assegura/garante a máxima eficácia na organização de cuidados de Enfermagem onde exista uma política de formação contínua que seja promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção especializada (OE, 2011).

A formação em serviço estimula a aprendizagem contínua e reflexiva, centrada nas práticas realizadas pelo enfermeiro no seu contexto multidisciplinar, e permite aos profissionais envolvidos, atualizar e adquirir conhecimentos de forma a desenvolverem as competências necessárias que permitam uma prestação de cuidados segura.

Ao participar na formação em serviço, os enfermeiros têm a oportunidade de atualizar os seus conhecimentos, habilidades e competências de forma prática e contextualizada. Esta participação, incentiva a reflexão sobre as práticas de Enfermagem, estimula a troca de experiências entre a equipa e promove a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, devendo ir ao encontro das necessidades individuais, mas também das necessidades dos enfermeiros enquanto grupo profissional, e deve ser planeada e organizada em articulação com a formação contínua organizada pela instituição, promovendo o desenvolvimento das competências que são requeridas.

Para promover a formação em serviço, é importante considerar a criação de um ambiente de aprendizagem propício, que incentive a colaboração, a comunicação e a participação ativa de todos os enfermeiros.

Neste âmbito, a identificação de necessidades é um aspeto fulcral para o planeamento da formação. Apenas com um diagnóstico sustentado nas necessidades identificadas, é possível conceber planos de formação que vão de encontro às necessidades da instituição, do serviço e dos profissionais (Macedo, 2008).

O contexto onde decorreu o nosso estágio, tem uma cultura de formação em serviço muito vinculada. Existe um EE responsável pela agilização e organização da formação, sendo da sua responsabilidade a elaboração do plano anual de formação para o serviço.

No sentido de aproveitar esta oportunidade e de desenvolver esta área de competência, definimos como estratégia colaborar com o enfermeiro formador na dinamização do plano formativo. Neste sentido, participamos na identificação das necessidades formativas do serviço. As estratégias utilizadas para a diagnóstico de necessidades de formação foram o questionário, dirigido a todos os enfermeiros do serviço, e conversas informais com o enfermeiro gestor e com os elos de ligação aos diferentes grupos de trabalho institucional (Gestor Local de Risco, Sistemas de Informação em Enfermagem e o Grupo Local do Programa Prevenção Controlo Infeção Resistência Antimicrobianos (GL-PPCIRA). Após análise dos dados, obtivemos um conjunto de áreas passíveis de formação, para as quais foram elaborados os respetivos planos de sessão.

Para além da aquisição de competências relacionadas com a formação em serviço, o EE deve contribuir para o desenvolvimento do conhecimento dos seus pares na AEPSC.

Neste sentido, participamos como formadores nas seguintes ações de formação: “Insuficiência respiratória e Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI) no SU” (apêndice I), “Abordagem à Pessoa em Situação Crítica” (apêndice II) e “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” (apêndice III).

Para a formação “Insuficiência respiratória e ventilação mecânica não invasiva (VMNI)”, foram definidos os seguintes 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 da VMNI; conhecer os diferentes tipos de parâmetros e modos ventilatórios usados na VMNI; reconhecer a importância da monitorização do utente, 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.

A avaliação desta ação de formação foi efetuada através de um questionário criado no *google forms* (apêndice IV). Da análise desse questionário ficaram evidentes os ganhos obtidos, tais como o contributo na reflexão individual em relação às práticas de cuidados à pessoa com VMNI, maior capacitação para cuidar da pessoa com VMNI, assim como a aquisição de novos conhecimentos acerca da temática.

A formação sobre “Abordagem à PSC”, pilar fulcral no trabalho do enfermeiro no SU no seu dia a dia, foi orientada pelos seguintes objetivos: promover melhorias no reconhecimento da PSC atuando de forma célere, sistematizada e organizada; abordar a organização dos recursos humanos na SE e respetivas funções de cada profissional; sensibilizar os enfermeiros para a importância de uma abordagem sistematizada à pessoa e família em situação crítica; rever os algoritmos de suporte básico e avançado de vida com base nas últimas *guidelines*; identificar ritmos peri-paragem e conhecer o seu tratamento; compreender a importância da abordagem à via aérea na PSC e dos cuidados de Enfermagem; aprofundar conhecimentos farmacológicos em situação de urgência/emergência; identificar as intervenções de Enfermagem autónomas no cuidado à PSC e elaborar um padrão orientador da documentação dos cuidados de Enfermagem à PSC em contexto de SE.

Tal como na ação de formação anterior, a avaliação foi feita através de um questionário elaborado no *google forms* (Apêndice V). De uma forma transversal, os enfermeiros consideraram esta formação uma mais valia para a prestação de cuidados à PSC, realçando o seu aumento de competências na abordagem à PSC e a aquisição de novos conhecimentos na área da emergência.

Desta formação releva o facto da discussão em grupo, em torno da documentação de cuidados, e dela emergir um procedimento, de forma a uniformizar o processo de documentação. Esse procedimento (Apêndice VI) foi enviado à Comissão da Qualidade e encontra-se em fase de aprovação. Na sequência desta atividade, e após a implementação do procedimento no serviço, está previsto a realização trimestral de auditorias, integrando esta atividade em projeto melhoria contínua, o que vai de encontro ao descritivo deste domínio de competência: “o enfermeiro especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4747).

A formação sobre “Comunicação na transição de cuidados” centrou-se na metodologia ISBAR, tendo em conta a importância da comunicação e da transmissão da informação durante a passagem de turno para a segurança do utente (Apêndice III). Optamos pela modalidade de formação à distância, de modo a que pudesse ser visualizada por toda a equipa no momento mais oportuno, facilitando a gestão do tempo de cada um. A exemplo das outras formações citadas anteriormente, a avaliação também foi realizada através do preenchimento de questionário *google forms* (Apêndice VII).

As atividades supracitadas permitiram-nos desenvolver competências na área da formação, quer através do planeamento da formação em serviço, quer no papel de formador.

No entanto, releva ainda, a importância que atribuímos ao nosso próprio desenvolvimento profissional, adquirindo e atualizando conhecimentos relacionados com o cuidado à PSC em diversos encontros científicos, tais como:

- “II Encontro de Urgências de Oliveira de Azeméis” (Anexo I) - realizado no auditório da Escola Superior Saúde Norte. Neste encontro foram abordadas diversas temáticas de interesse, tais como: abordagem ao utente 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. Terminou com uma conferência sobre o tema “violência contra os profissionais de saúde/questões éticas e deontológicas”, assunto muito atual no nosso dia-a-dia profissional.
- Congresso Internacional Emergência`23, (Anexo II) realizado em Lisboa no Centro de Congressos Taguspark. Este congresso contou com a presença de palestrantes nacionais e internacionais de referência na área da emergência médica. Foram abordados temas bastante pertinentes, tais como a liderança e gestão em situação de catástrofe, o ensino dos futuros profissionais, a abordagem à criança vítima de trauma e a formação nesta mesma área e por fim, abordado o papel da simulação na formação dos profissionais de saúde. Este momento formativo constituiu uma mais-valia para o nosso percurso formativo e de aquisição de competências enquanto futuro EE, pois proporcionou-nos a partilha de conhecimento e experiência com profissionais de referência na área da emergência, o que nos permitiu refletir conceitos e modos de atuação.

O descritivo da competência relacionado com a **melhoria contínua da qualidade**, refere que “o enfermeiro especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4747). Neste âmbito, decorrente da identificação de uma oportunidade de melhoria relacionada com a organização e funcionamento da SE, desenvolvemos um projeto de reestruturação da SE e participámos no projeto de referência de utentes do hospital/CSP.

Reestruturação da SE

Em conjunto com os restantes mestrandos demos início a um projeto com o objetivo de otimizar a SE, quer em termos de recursos (humanos e materiais), quer na otimização das funções dos intervenientes no cuidado à PSC, tendo sempre como finalidade a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

No sentido de consolidar este projeto, realizamos uma visita à SE de dois hospitais de referência, no sentido de contactarmos com outra realidade e obtermos sugestões de melhoria passíveis de implementação no nosso próprio contexto. Esta partilha de conhecimentos e experiências com outros enfermeiros constituiu uma mais-valia na identificação de boas práticas, soluções inovadoras e oportunidades de melhoria para aplicar na nossa realidade de trabalho.

É importante destacar que, para implementar mudanças efetivas, é necessário considerar não só os aspetos físicos, materiais e tecnológicos, mas também os processos, a cultura organizacional e a capacitação dos profissionais envolvidos. Uma reestruturação bem-sucedida requer uma abordagem abrangente, considerando todos estes fatores.

Além disso, é essencial envolver os profissionais de saúde que atuam no cuidado à PSC, ouvindo as suas opiniões, experiências e sugestões, pois são elementos chave no processo da melhoria contínua.

Com base neste conjunto de informação, elaboramos um projeto de reestruturação da SE (Apêndice VIII), que de momento se encontra em fase de análise pelo conselho de administração da instituição.

Projeto de Referenciação de utentes do hospital/CSP

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).

As taxas de atendimento em serviços de urgência/emergência hospitalar em Portugal são significativamente mais elevadas do que noutros países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), havendo estudos que identificam que cerca de 41,8% desses atendimentos são triados com a prioridade verde, azul e branca⁴. Com efeito, a literatura aponta para que uma parte da procura de cuidados em situação aguda teria uma resposta mais eficiente através de outros mecanismos (por exemplo, atendimento telefónico), noutros níveis de prestação de cuidados (por exemplo, cuidados de saúde primários), ou noutras respostas programadas (por exemplo, consultas externas hospitalares).

A redução da utilização inapropriada ou evitável dos SU dos hospitais do SNS é fundamental para que haja um maior eficiência e melhoria da qualidade na prestação dos cuidados de saúde, uma vez que permite, por um lado, minimizar as situações de excesso de procura e a saturação dos SU, reservando-os para as situações mais graves e, por outro lado, tornar-se mais segura para os utentes a quem são prestados os cuidados.

Neste sentido, o Ministério da Saúde desenvolveu um projeto-piloto, “SNS+ Proximidade”, que integra esta articulação através de projetos iniciados em hospitais da região norte. Mais recentemente, a Administração Central de Sistema de Saúde, através da Circular Normativa n.º 11/2022/ACSS, e procurando dar resposta à excessiva e 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).

⁴ Relatório anual de acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas, 2019.

O HSMMB, EPE tem em prática este projeto de referenciação dos utentes. No decurso deste ENP, e em conversa acerca da implementação deste projeto no SU com os enfermeiros envolvidos no mesmo, verificamos que o número de utentes encaminhados para os CSP é reduzido, o que originou a necessidade de compreender os motivos que embasam esta realidade.

Assim, e encontrando-se em desenvolvimento um estudo sobre as “Dificuldades na referenciação de utentes não urgentes para o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Cávado III Barcelos/Esposende” (Apêndice IX), com o objetivo de identificar barreiras e obter melhorias no processo da referenciação, participamos na etapa de colheita de dados através da aplicação de um questionário sobre as razões de recusa de encaminhamento por parte dos utentes (Apêndice X).

Pelas características da investigação e procurando atingir os objetivos estabelecidos, recorreu-se à metodologia quantitativa. Esta metodologia permite expressar, através de números, analisar e classificar informação com recurso a procedimentos e técnicas estatísticas (Vilelas, 2017), respondendo a questões, através da quantificação e análise de variáveis que possibilitam a obtenção de resultados (Apuke, 2017).

Para a consecução dos objetivos definidos neste estudo, definimos como população-alvo os utentes que recorrem ao SU do HSMMB, EPE e que, após a triagem, reuniam os critérios necessários de referenciação para os CSP e outras respostas hospitalares programadas.

A amostra do estudo, não probabilística e não intencional, corresponde à parte da população alvo que recusou o encaminhamento sugerido e foram entrevistados nas datas correspondentes à colheita de dados, no sentido de perceber os motivos da sua permanência no SU. O total da amostra corresponde a 91 utentes.

Após a colheita dos dados, processo ainda em desenvolvimento, será realizada o tratamento, análise e discussão dos mesmos, integrando-os nos objetivos do projeto. Essa etapa será importante para identificar as principais barreiras no processo de referenciação e provavelmente permitir melhorias na sua execução.

Assim, ao nível da formação e melhoria contínua da qualidade, importa referir que o desenvolvimento das atividades descritas permitiu a aquisição de competências visando o desenvolvimento profissional e tendo como objetivo final a qualidade e segurança dos cuidados prestados

1.3.3. Gestão dos cuidados

O descritivo deste domínio de competência refere que “o enfermeiro especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de Enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4748).

Por seu lado, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados à PSC (PQCEEMC-AEPSC) (OE, 2017) mencionam que o EE responsável por garantir a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados, supervisionando a equipa de enfermagem e assegurando que os recursos estejam disponíveis para atender às necessidades da pessoa/família em situação crítica, tendo em vista uma resposta eficaz e eficiente perante os desafios e as situações que se colocam ou podem colocar neste contexto, promovendo a qualidade dos cuidados.

O EE deve, assim, ser detentor de conhecimentos e competências na área da liderança e da comunicação de forma a adequar os estilos de liderança e melhorar as relações entre a equipa multiprofissional, com vista à garantia da qualidade dos cuidados e ao cumprimento dos objetivos e metas institucionais.

Para o desenvolvimento das competências, relacionadas com a gestão dos cuidados, de forma a contribuir para uma cooperação mais efetiva enquanto membro da equipa e futuro EE, acompanhamos a enfermeira gestora do serviço durante dois turnos de trabalho e observamos o seu desempenho durante todo o período em que decorreu o estágio.

Esta experiência permitiu-nos perceber o trabalho desenvolvido na área da gestão num serviço onde a afluência de utentes é muitas vezes imprevisível. Percebemos, que este facto torna ainda mais complexa a gestão de cuidados, pois pode condicionar a alocação quer dos recursos materiais quer dos recursos humanos. Esta deve ser feita de forma a garantir uma resposta atempada e eficiente a todas as situações que ocorram no contexto de cuidados. Para isso, é necessário conhecer bem a estrutura física do SU, a equipa multiprofissional, a dinâmica de funcionamento, bem como os protocolos, normas e circulares existentes.

Podemos afirmar que a avaliação da situação, a gestão dos recursos humanos e materiais, são atividades fundamentais na prática de Enfermagem relativamente à gestão do respetivo serviço. Neste sentido, percebemos a importância que o enfermeiro gestor deve

atribuir às características de cada elemento da equipa, ao reconhecimento das suas competências e potencialidades, à criação de um ambiente positivo e colaborativo, contribuindo para a promoção do trabalho em equipa numa perspetiva de eficácia e eficiência o processo de cuidados.

Durante os turnos em que acompanhamos a enfermeira gestora, tivemos oportunidade de desenvolver algumas atividades, tais como: requisição de material de aprovisionamento e farmácia de acordo com a metodologia utilizada no serviço; realização de pedidos de reparação de material danificado; gestão dos recursos humanos, através da elaboração do plano de trabalho tendo em conta as orientações das dotações seguras da OE (2019); supervisão e manutenção de materiais e equipamentos; acompanhamento dos momentos de passagem de turno e discussão com os enfermeiros sobre questões relacionadas com a documentação de cuidados e com a importância da comunicação eficaz na transição de cuidados recorrendo à técnica ISBAR.

De acordo com Brazão et al., (2016), “a eficácia organizacional depende da existência de liderança e habilidades de gestão, num equilíbrio adequado” pois “a capacidade dos líderes e gestores em inspirar e motivar as suas equipas é fundamental para um trabalho eficaz e eficiente” (p.12). Ao acompanhar a enfermeira gestora, pudemos constatar que uma liderança e uma gestão adequada condicionam de forma positiva o trabalho de uma equipa multiprofissional, tornando assim possível atingir os objetivos pretendidos para o serviço aos vários níveis, nomeadamente, ao nível da resposta de cuidados de saúde.

As atividades referidas permitiram o aprofundamento de conhecimentos e competências no âmbito da gestão dos cuidados de Enfermagem.

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

O descritivo deste domínio de competência refere que “considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19363).

Os cuidados especializados na EEMC-AEPSC têm como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa, exigindo assim a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação (Regulamento n.º 429/2018).

Ainda de acordo com os PQCEEMC-AEPSC, os EE na AEPSC são reconhecidos como elementos diferenciadores na resposta aos cuidados de saúde urgentes e emergentes de forma segura.

Os SU são unidades de serviço multidisciplinares onde vários profissionais de saúde, com formação diferenciada e complementar, exercem funções e têm como objetivo a prestação de cuidados em todas as situações enquadradas na definição de urgência e emergência médica (Despacho Normativo n.º 11/2002).

No âmbito da urgência e emergência médica, desenvolvem-se as mais sofisticadas intervenções de carácter tecnológico, médico e de Enfermagem, sendo um dos seus objetivos dar resposta a situações onde as pessoas se encontram vulneráveis, instáveis, em situação crítica com algum compromisso orgânico.

A prestação de cuidados à PSC incide na vigilância intensiva e na interpretação de inúmeros dados clínicos complexos. A vigilância intensiva tem como objetivo uma antecipação ou uma rápida noção do agravamento do utente. Ao EE é exigido o conhecimento e a competência necessária para uma rápida atuação, prevenindo possíveis complicações, diminuindo assim a morbilidade ou mortalidade (Regulamento n.º 429/2018).

Alavancados nestes pressupostos, mas também nos modelos teóricos que regem a disciplina de Enfermagem, dos quais destacamos a teoria das transições, estruturamos o nosso percurso de desenvolvimento de competências relacionadas com o cuidado à PSC e família.

As transições são os resultados de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes. A Teoria das Transições (Meleis, 2010) centra-se, assim, nas respostas humanas aos processos de vida, de saúde e de doença. Neste sentido, a Teoria das Transições (Meleis, 2010) é composta pela natureza das transições, as condições facilitadoras e inibidoras da

mesma e os padrões de resposta associados a este processo. As propriedades das transições dizem respeito à consciencialização, envolvimento, mudança e diferença, tempo de transição e pontos e eventos críticos. A consciencialização da transição e o conhecimento do padrão de resposta, constitui um conjunto de respostas a esperar e a percepção que o indivíduo tem acerca das pessoas que passam por transições similares.

De acordo com Meleis (2010), os processos de transição são ainda definidos consoante o seu tipo: desenvolvimental (relacionadas com as mudanças ao longo do ciclo vital); situacional (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis); saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença); e organizacional (relacionadas com o ambiente, com mudanças sociais, políticas, económicas ou intraorganizacionais). Podem ainda apresentar diferentes padrões: simples (única transição) ou múltiplas; sequenciais (ocorrem em intervalos de tempos distintos) ou simultâneas; relacionadas ou não relacionadas.

O processo vivenciado pela pessoa que recorre ao SU pode ser classificado como um processo de transição entre a saúde e a doença, com o estado de doença súbita e aguda a determinar a alteração do papel da pessoa neste processo (Meleis, 2010). Este processo pode abranger toda a família, levando a alteração de papéis, a situações de ansiedade, medo e incerteza o que configura também, processos de transição situacional.

O conceito de transição é de fácil articulação com outras teorias de Enfermagem, nomeadamente com as que enfatizam o conceito de adaptação, como o modelo de adaptação de Callista Roy.

O papel do enfermeiro no processo de transição consiste na promoção e na adaptação da pessoa/família ao seu novo papel, através das terapêuticas de enfermagem, de forma a propiciar um processo de vida com maior bem-estar.

Mesmo com todos os constrangimentos inerentes aos contextos de urgência, é fundamental que o enfermeiro adote uma relação de empatia para com a pessoa cuidada e o seu envolvente familiar, estabelecendo relações de confiança, numa perspetiva holística e integradora de cada situação.

O enfermeiro deve perceber a importância do relacionamento, da presença, da comunicação e da disponibilidade, de forma efetiva e com qualidade, no sentido de um envolvimento comprometido com o cuidado humano e técnico-científico, no sentido de obter resultados mais positivos no processo de cuidar.

No sentido de uma intervenção concreta, eficiente e em tempo útil na abordagem da PSC, exigida na prática avançada de Enfermagem, o estabelecimento de prioridades no atendimento e planeamento das intervenções, constituíram atividades aprimoradas ao longo deste ENP, não descuidamos o planeamento e execução de intervenções de enfermagem sustentadas numa prática avançada e a avaliação da resposta da PSC às mesmas.

Uma das metodologias que mais utilizamos na abordagem da PSC foi a metodologia de sistematização “ABCDE”: (A – *Airway*, B – *Breathing*, C – *Circulation*, D – *Disability* e E - *Exposure*). Esta abordagem torna mais segura e eficaz a avaliação do utente para que haja uma identificação completa dos principais fatores que podem condicionar a falência orgânica ou multiorgânica. De acordo com o Instituto Nacional Emergência Médica (INEM (2019), a abordagem “ABCDE” é uma avaliação transversal utilizada na avaliação da vítima, procurando lesões e tratá-las de acordo com a prioridade estabelecida, permitindo identificar as lesões ameaçadoras de vida, possibilitando uma abordagem e instituição de intervenções médicas e de enfermagem em função do que potencialmente pode “matar primeiro” ou que traduza morbidade ou agravamento no *outcome* do utente.

As oportunidades de aprendizagem no âmbito dos cuidados à PSC foram diversas, o que nos permitiu prestar cuidados individualizados, especializados e diferenciados à pessoa a vivenciar processos complexos, em diferentes contextos, tais como: pessoa com défice neurológico agudo, síndrome coronário agudo, trauma *minor* e *major*, sépsis, paragem cardiorrespiratória (PCR), edema agudo do pulmão, disritmias periparagem, hemorragia digestiva alta e baixa, choque, alterações metabólicas severas, entre outras.

A PCR representa uma das situações mais emergentes com que os profissionais se podem deparar, com necessidade de tratamento imediato, que exige deteção e realização rápida de manobras de reanimação. Apesar da realização de todas as intervenções essenciais aos procedimentos de suporte básico e avançado de vida em tempo útil, a taxa de sobrevivência pós alta hospitalar é inferior a 20% na maioria da população (Tintinalli et al., 2016; INEM & DFEM, 2019). Dos que sobrevivem, a maioria apresentou PCR em fibrilação ventricular, testemunhada e monitorizada, por isquemia do miocárdio e consequentemente revertida com sucesso imediato após desfibrilhação (INEM & DFEM, 2019).

Os enfermeiros, de uma forma geral, são os primeiros a presenciar a PCR em contexto hospitalar. Assim, a vigilância bem como uma deteção precoce dos sinais de alerta e rápida atuação tornam-se fundamentais (Smith citado por Nolan, 2010), tendo o profissional de saúde, como objetivo perante este evento, a recuperação e preservação da vida da pessoa com a mesma qualidade à anterior ao evento de paragem.

Durante este estágio, tivemos a possibilidade de integrar a equipa de reanimação onde nos foi possível a execução de suporte avançado de vida, quer em contexto SU, quer em contexto de internamento, através da ativação da equipa de emergência médica interna.

Como salientado anteriormente, a organização, eficácia e rapidez de resposta à pessoa em PCR pode ser fator determinante no sucesso da reanimação. Integrados nestas equipas, pudemos constatar diferentes modos de atuar, consoante o nível de competência técnica e não técnica destes profissionais. A gestão do stress e das emoções, a organização de tarefas a par do treino e da experiência, relevam como os pilares mais importantes para uma atuação eficaz nestas situações.

Como era habitual, no final de cada intervenção, era efetuado o *debriefing*, um dos aspetos que contribuiu para o nosso sentido crítico e aquisição de competências nesta área, pelo que consideramos uma excelente estratégia de reflexão, potenciadora de aprendizagem através da experiência das situações vividas. Destacamos que para o sucesso das mesmas, foi imprescindível uma boa liderança no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisão por parte dos enfermeiros que atuaram nas situações de emergência.

No contexto do SU, quando abordamos a PSC, por estarmos perante uma situação de saúde que exige a nossa rápida ação, por vezes podemos inconscientemente deixar a avaliação da dor para segundo plano, uma vez que estamos focados em resolver o problema, que coloca a pessoa em risco de vida. No entanto, excetuando situações “*life-saving*”, devemos priorizar a avaliação e intervenção neste sintoma, já que, para o utente, pode ser o fator que mais quer ver resolvido, a fim de se sentir confortável.

Segundo a Direção-Geral de Saúde (DGS), na sua Circular Normativa n.º 9 (2003),

“A dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos utentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde (...) o

sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da dor em todas as suas vertentes” (p.1).

pelo que o EE deve ser o impulsionador da consecução deste objetivo no seio da equipa.

A dor é possivelmente o sintoma mais referido pelos utentes que recorrem ao SU. Além da sua importância enquanto sintoma que muitas vezes norteia para determinadas hipóteses diagnósticas, ela é um grande fator de desconforto e sofrimento para os utentes.

Considerar a dor como 5.º sinal vital é um reflexo da preocupação do enfermeiro, uma vez que a avaliação é o início do processo para o seu controlo.

A terapia farmacológica é fundamental para este controlo, no entanto, a administração analgésica não consiste, necessariamente, na única forma terapêutica ao dispor dos profissionais.

Ao longo do nosso ENP e em muitas situações de utente com dor, tentamos sempre ter em conta não só os aspetos sensoriais da dor, mas também as implicações psicológicas, sociais e até culturais. Foi possível observar o sucesso do controlo da dor através de terapias não farmacológicas. Refira-se algumas situações, principalmente na área do trauma, onde a aplicação de crioterapia, a aplicação de um imobilizador ou o simples posicionamento de um membro revelaram sucesso significativo na diminuição da dor para o utente.

Consideramos que a dor é cada vez mais valorizada e tratada de forma eficaz por todas as equipas que prestam cuidados no SU e nas diversas situações, sejam elas de doença súbita, doença crónica ou situações de trauma.

Um aspeto que releva no desenvolvimento deste nosso estágio, tem a ver com a comunicação. Na área da saúde, a comunicação é primordial, no sentido em que é utilizada desde o primeiro contacto com o utente até ao término do seu processo de saúde-doença.

Assim, a comunicação deve ser eficaz, uma vez que o enfermeiro é um dos elementos da equipa multidisciplinar que acompanha de forma mais próxima o utente, devendo criar uma relação baseada na empatia, conquistando a confiança do utente e da sua família, criando laços, pois só assim a comunicação será efetiva no processo do cuidar (Santos et al., 2017).

O ato de comunicar uma má notícia pode ser uma tarefa difícil, onde cada pessoa apresenta uma postura diferente, assim como, características e atuações profissionais diversas e

particulares, dificultando a elaboração de um procedimento ou de uma instrução de trabalho com normas padrão para a comunicação deste tipo de notícias (Pereira, 2009).

O enfermeiro é um interveniente fundamental e ativo na comunicação de más notícias, sendo a competência da comunicação crucial e indispensável, pelo que deve ser adquirida ao longo da sua formação e ser desenvolvida com o desenrolar da sua atividade profissional (Fontes, 2017).

Durante diversos contextos de doença, tivemos a oportunidade de colocar em prática todos os conhecimentos e competências teórico-práticas, adquiridas nas aulas da unidade curricular “Comunicação e Processos de Transição Saúde/Doença” do curso de mestrado, tentando aplicar o protocolo SPIKES⁵. Consideramos assim, que adquirimos e desenvolvemos competências na área da comunicação com a pessoa/família em situação de doença.

Ainda na área da comunicação, o EE deve ser um elemento dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da gestão clínica, desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garantindo um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019).

O Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026 é suportado por cinco pilares, com a definição de vários objetivos estratégicos. O objetivo deste plano passa pela 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 telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do utente, como a cultura de segurança, a comunicação e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos.

Pelas suas características particulares e dinâmicas, a prática clínica em contexto de urgência, pode levar à perda de informação, importante para a continuidade dos cuidados e à predisposição para a ocorrência de eventos adversos. Neste ambiente, a prestação de cuidados não é de fácil realização nem isenta de desgaste, tanto profissional como pessoal. Uma transmissão de informação adequada, precisa, fiável, abrangente e em tempo útil é uma componente essencial para a segurança utente.

⁵ Protocolo SPIKES trata-se de uma mnemónica de seis passos que tem como objetivo a comunicação de más notícias, sendo que a cada letra está associado uma tarefa no processo: S- preparação, P- avaliar a perceção das pessoas sobre a doença, I- convidar para o diálogo, K- transmitir conhecimento, E-Permitir a expressão de emoções e S- estabelecer estratégias de informação (Cardoso, 2013).

São várias as organizações e entidades ao nível internacional a recomendar a técnica ISBAR como ferramenta para a normalização da comunicação na transmissão de informação.

A técnica ISBAR, é a sigla que corresponde a: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações). Tem como objetivo de uniformizar a comunicação na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados de saúde por forma a promover a segurança do utente (DGS, 2017).

Deste modo, tendo por base a Norma n.º 001/2017 (DGS, 2017) construímos um instrumento de apoio à comunicação na transição de cuidados nas passagens de turno suportado nesta técnica de transmissão de informação - “ISBAR: Comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde” (Apêndice XI). Este instrumento tem como objetivo normalizar e padronizar a comunicação da informação sobre o utente na transferência de responsabilidade, tendo em vista a segurança do utente

De acordo com o PQCEEMC-AEPSC (OE, 2017), o EE é responsável pela existência de um sistema de registos de Enfermagem onde sejam descritas as necessidades de cuidados de enfermagem especializados, as intervenções de Enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem prestados ao utente em situação crítica. Neste sentido, de forma a complementar a formação acima descrita, elaboramos um procedimento sobre critérios mínimos de registo, com o objetivo de constituir um documento orientador e normalizador da documentação dos cuidados de enfermagem à PSC em contexto de SE (Apêndice VI).

Ao refletirmos sobre a nossa prática profissional, onde o contacto com a PSC ou na iminência de falência orgânica é frequente, consideramos que o desenvolvimento desta competência constituiu uma mais-valia na aquisição de competências no âmbito da enfermagem especializada, orientados por enfermeiros peritos na área, do qual destacamos o nosso enfermeiro tutor.

1.3.5. Prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos

Em Portugal existem vários programas de qualidade/segurança dos utentes implementados nas instituições prestadoras de cuidados, tais como: Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), Cirurgia Segura Salva Vidas, Programa de Formação em Segurança do Utente dirigido aos Profissionais de Saúde e a Campanha da *World Health Organization* (WHO) em 2023, SALVE VIDAS - higienize as suas mãos. Destes, o PPCIRA releva para efeitos de desenvolvimento desta competência.

A infeção é uma complicação comum dos cuidados de saúde, mas em grande parte evitável, que tem um impacto importante no utente e nos serviços de saúde (Wilson, 2003).

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) constituem atualmente uma das maiores preocupações para os gestores dos serviços de saúde, uma vez que, segundo a WHO (2022), na União Europeia há cerca de 670 000 infeções/ano, devido à resistência a antibióticos. Resultante dessas infeções, morrem cerca de 33 000 pessoas/ano (WHO 2022).

Os principais riscos estão relacionados com a presença de dispositivos invasivos, com procedimentos cirúrgicos e com infeções por microrganismos multirresistentes que, na atualidade, representam uma ameaça significativa devido ao impasse terapêutico que originam. As principais medidas de prevenção e controlo assentam, por um lado, no cumprimento das boas práticas como precauções básicas de segurança e isolamento e, por outro, no uso racional de antimicrobianos.

A PSC apresenta frequentemente uma suscetibilidade elevada à infeção nosocomial pela degradação do seu sistema imunitário, decorrente do seu estado de saúde. O cumprimento dos protocolos de controlo de infeção torna-se, assim, fundamental na prestação de cuidados no SU. Ao longo do estágio fomos aprofundando competências na área do controlo de infeção, com a identificação precoce dos sinais de infeção do utente em situação crítica, e a minimização do risco de infeção nos procedimentos efetuados.

Reportando-nos um pouco à nossa prática diária, ao contrário do que se possa pensar, o uso de luvas não substitui a lavagem das mãos, que deve ser realizada em momentos importantes, tal como refere a Norma 007/2019, da DGS. Esta norma refere 5 momentos deste processo: antes do contacto com o utente; antes de um procedimento limpo/asséptico; após risco de exposição a fluidos orgânicos, secreções, excreções, membranas mucosas,

pele não intacta ou penso; após o contacto com o utente; após o contacto com objetos e equipamento do ambiente envolvente do utente.

De salientar que a utilização correta e frequente do equipamento de proteção individual pelos profissionais, associada à higienização das mãos e ao seguimento de técnicas assépticas nos procedimentos invasivos, desempenha um papel crucial na redução do risco de infeção, bem como, na própria proteção dos profissionais.

Esta noção foi reforçada ao longo do estágio, tendo gerado algumas discussões em equipa acerca do desempenho e cumprimento das normas existentes, as quais também têm que ser aplicadas em contexto de urgência. Estes momentos de partilha e reflexão permitiram uma consciencialização da equipa na otimização destas práticas no sentido de prevenir e controlar a infeção associada aos cuidados de saúde.

Realizado ainda em contexto pandémico, este estágio possibilitou uma experiência ampla com oportunidade de discussão com o nosso tutor acerca de circuitos de encaminhamento dos utentes e respetivas áreas de tratamento, onde adquirimos conhecimentos na área de prevenção e controlo da infeção, através da procura da evidência científica mais atual e ajustada aos cuidados de enfermagem prestados. De salientar que, todos os conhecimentos adquiridos proporcionaram uma prestação de cuidados de enfermagem mais segura no contexto da prevenção e controlo de infeção.

1.3.6. Resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

O descritivo deste domínio de competência refere que:

“perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19364).

Os PQCEEMC-AEPSC (OE, 2017), no seu enunciado descritivo n.º 6, referem que o EE é responsável pela utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem tendo em vista uma resposta eficaz e eficiente perante pessoas em situação de catástrofe ou emergência multi-vítima.

O EE atua assim, “concebendo, planejando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência” (Regulamento nº429/2018, p.19363), sendo que esta necessidade de cuidados pode derivar de uma situação de emergência, mas também de uma situação de exceção ou catástrofe.

A situação de catástrofe ocorre de forma inesperada e as vítimas dela resultantes dão entrada pelas portas do SU, pelo que o desenvolvimento desta competência enquanto EE, se revela de particular importância.

Segundo o *International Council of Nurses* (ICN) (2019) e Powers (2010), os enfermeiros constituem o grupo profissional de maior dimensão estando na vanguarda da resposta em cuidados de saúde em situação de catástrofe ou situações de emergência multi-vítima. Tendo em conta que as situações de catástrofe exigem uma liderança, coordenação, destreza, disciplina, resistência física e emocional da equipa, a evidência científica, mostra que é recomendada a formação e educação direcionada para esta questão, sendo essencial para uma resposta eficaz e eficiente (OMS & ICN, 2009).

A situação de catástrofe ocorre de forma inesperada e as vítimas dela resultantes dão entrada pelas portas do SU, pelo que o EEMC assume um papel fundamental na gestão de recursos disponíveis e necessários para uma resposta eficaz e eficiente em caso de situação de catástrofe, sendo por isso imperativo conhecer o plano de catástrofe em uso da sua instituição.

No âmbito da competência acima descrita, apesar de não experiencarmos nenhuma situação de catástrofe durante o período de estágio, tivemos oportunidade de reler, analisar e discutir com o EE da instituição, responsável por esta área, o plano de catástrofe do hospital, no sentido de desenvolvermos a proatividade no caso de alguma ocorrência neste âmbito.

Estas discussões colocaram em evidência a desatualização do plano de catástrofe, sendo assim identificada uma oportunidade de melhoria nesta área de atuação.

Neste sentido, e em colaboração com uma colega de Mestrado, a realizar o seu estudo de investigação na área da catástrofe no mesmo contexto de estágio, participamos, no projeto de reestruturação deste 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 Triagem de Utentes em

Situação de Catástrofe - Triagem START, aumentando o nosso conhecimento acerca de todo o plano e modo de atuação em caso de ocorrência de um evento desta natureza.

Abordando de forma resumida o plano de catástrofe do HSMM, EPE, estão contemplados três 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:

- 1.^a 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.
- 2.^a 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.

Em situação de ativação do plano de catástrofe, está definida a criação imediata de um gabinete de crise, tendo como objetivo ser o centro de comando do plano de emergência, sendo composto pelo coordenador do plano e pelos elementos por si designados.

A importância do EE em situação de catástrofe é sustentada pelas funções adstritas ao enfermeiro responsável de turno, caso seja ativado o plano, onde este assume a responsabilidade de coordenar os recursos humanos e logísticos.

Através de todo o processo acima mencionado, foi possível refletir e discutir sobre a atuação do EE numa situação de catástrofe, consolidando conhecimentos nesta área.

2. PERCURSO INVESTIGATIVO: COMPETÊNCIAS NÃO TÉCNICAS VALORIZADAS PELOS ENFERMEIROS NA SALA DE EMERGÊNCIA

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).

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, sendo um método dotado de um poder descritivo e explicativo dos factos, dos acontecimentos e dos fenómenos em estudo (Fortin, 2010).

No âmbito da Enfermagem, a investigação consiste num processo sistemático, científico e rigoroso, que procura a produção e renovação contínua do seu corpo de conhecimentos, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, família e comunidade, o que pressupõe um entendimento profundo das necessidades experienciadas e vividas pelo outro (OE, 2006).

No contexto onde exercemos a atividade profissional, e simultaneamente, realizámos o ENP, emergiu a necessidade de pesquisarmos sobre algo que nos inquieta, procurando respostas, no sentido de melhorar as práticas dos enfermeiros, integrados em equipas multidisciplinares, e atingir melhores padrões de qualidade. Esta inquietação relaciona-se com as CNT valorizadas pelo enfermeiro em contexto de SE, e constitui o objeto do estudo que realizámos.

Iniciamos este capítulo com um breve enquadramento conceptual do fenómeno em estudo, seguido da descrição das principais opções metodológicas e da apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos. Por fim refletimos as principais conclusões que emergiram do estudo e as perspetivas futuras.

2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico tem como objetivo expor a informação obtida através da consulta e análise bibliográfica com relevância para a compreensão do fenómeno em

estudo, no sentido de ajudar a responder cientificamente às questões colocadas inicialmente.

Neste sentido, os subcapítulos que se seguem abordam os principais conceitos que enformam este estudo, no que se reporta às CNT e à sua importância no cuidar à PSC em contexto de SE.

2.1.1. Competências Não Técnicas: abordagem conceptual

Os estudos sobre competências profissionais são uma mais-valia para as instituições de saúde permitindo maior produtividade, satisfação no trabalho, motivação e segurança dos cuidados (Bomfim, 2012).

Neste sentido, é fundamental refletir acerca das competências adquiridas na construção do percurso profissional, pois a competência não corresponde à acumulação de conhecimentos ou habilidades, mas constrói-se num processo de enriquecimento mútuo entre o profissional e o contexto de ação (Correia, 2012).

O processo de aquisição de competências consiste no desenvolvimento de um saber agir complexo apoiado na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos (Aued et al., 2016). A competência do profissional advém, assim, da interligação desses recursos para originar uma ação competente, pelo que o essencial para todas as competências é o saber combinatório (Le Boterf, 2015).

Nas diversas profissões na área da saúde, o termo competência é utilizado para descrever o conhecimento que permite ao profissional realizar atividades consistentemente, de maneira segura, tratando-se de um nível aprimorado de conhecimento, perceção e avaliação, bem como uma ampla gama de habilidades distintas, entre as quais, cognitivas, técnicas, psicomotoras e interpessoais, sendo todas elas fundamentais para uma prestação de cuidados eficaz (WHO & ICN, 2009).

Para Benner (2001), a excelência na prática de cuidados ocorre quando se atinge a perícia profissional, conseguida através da aprendizagem experiencial onde, na área de Enfermagem a aquisição de competências ocorre por diferentes estádios, começando pelo iniciado, passando pelo iniciado avançado, competente e proficiente até chegar a perito. A autora defende que “o perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira

intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder com soluções e diagnósticos estéreis” (p. 54).

Neste sentido, para que os enfermeiros sejam competentes torna-se necessário que mobilizem saberes organizados e sistematizados, diretamente relacionados com as competências que caracterizam a disciplina. Estes pressupostos orientam-nos para dois conceitos centrais no domínio das competências: CT e CNT.

A atuação em situações de emergência requer ações e decisões rápidas por parte dos profissionais, que devem articular competências técnicas, como o conhecimento e as habilidades clínicas e competências não técnicas (Rey et al., 2021).

As **CT** podem ser entendidas como as técnicas psicomotoras, sustentadas no conhecimento, necessárias à realização de uma tarefa. Podem ser baseadas em procedimentos, o que no contexto do cuidado à PSC estão relacionadas com as compressões torácicas, identificação de ritmos, desfibrilação, garantia da via aérea, ventilação, administração de fármacos, colocação de acesso venoso, entre outras (Peltonen et al., 2020).

As **CNT** reportam-se às habilidades cognitivas, sociais e de recursos pessoais que complementam as habilidades técnicas e contribuem para o desempenho seguro e eficiente da tarefa (Chamberland et al., 2018; Finstad et al., 2021). Flowerdew et al. (2012) definem-nas como “capacidades de recursos cognitivos, sociais e pessoais que complementam as capacidades técnicas, e contribuem para uma execução de tarefas segura e eficiente” (p. 376).

São exemplos de CNT, a comunicação, a liderança, o trabalho de equipa, o pensamento crítico, a tomada de decisão e a consciência da situação (Saunders, 2021). Outros exemplos dessas competências incluem: delegação de funções, comportamento assertivo, consciência situacional e gestão de adversidades (Flin et al., 2004).

As CNT podem ser definidas pelos seguintes elementos e a sua interpretação pode ser adaptada de acordo com cada contexto (Trehwela et al., 2018):

- Consciência da situação,
- Tomada de decisão,
- Comunicação e liderança
- Trabalho de equipa

- Organização de tarefas

A **consciência da situação** desenvolvimento da capacidade de percepção e de monitorização do ambiente e dos riscos inerentes à realização de uma intervenção, com base na recolha de informações úteis, na antecipação de futuros riscos e no planeamento de futuras ações (Trehwela et al., 2018).

A **tomada de decisão** consiste num conjunto de competências para diagnosticar a situação e chegar a um julgamento para escolher um curso de ação apropriado. Trata-se de um processo fluido e complexo que decorre num ambiente dinâmico e imprevisível, com implicações diretas na segurança do utente, passando pela rápida identificação e avaliação das várias opções disponíveis, posterior seleção da mais apropriada e a sua comunicação à equipa (Dias et al., 2022).

A **comunicação** pode ser definida como a troca de informação, obtenção de resposta, ideias e sentimentos, e constitui uma parte importante de um bom trabalho de equipa, fundamentalmente eficiente e seguro (Rhona Flin et al., 2008).

Inclui uma série de estratégias para que possa ser realizada de forma eficaz. Uma das estratégias de comunicação é o *call out*, que permite comunicar informações importantes ou críticas, informar todos os membros da equipa, em simultâneo, durante situações emergentes, ajudar a equipa a antecipar os próximos passos e direcionar a responsabilidade pela execução da tarefa a um profissional específico. É considerada uma comunicação em circuito fechado (*closed-loop communication*) para garantir que a informação transmitida pelo remetente seja entendida pelo recetor da forma pretendida. Assim, o remetente inicia a mensagem, depois o recetor aceita a mensagem e fornece *feedback* e, por último, o remetente verifica duas vezes para garantir que a mensagem foi recebida (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2013).

A **liderança** é definida pela AHRQ (2013), como a capacidade de maximizar as atividades dos membros da equipa assegurando que as suas ações sejam compreendidas, as mudanças de informações são partilhadas e os membros da equipa dispõem dos recursos necessários.

Anderson et al. (2022) referem-se a este conceito como o conjunto de competências para orientar, supervisionar, gerir e apoiar uma equipa durante a realização de tarefas para atingir determinados objetivos.

A liderança está fortemente relacionada com a comunicação no sentido em que o líder deve ter competências neste domínio, para uma gestão adequada e assertiva das situações. Neste sentido, a comunicação e a liderança eficazes são componentes-chave na qualidade dos cuidados de saúde, principalmente quando uma equipa tem de fornecer uma resposta oportuna, em tempo útil e organizada (Martins et al., 2017).

O **trabalho em equipa** é baseado na cooperação entre os vários profissionais, contacto face a face, envolvimento numa ação coordenada, em que os membros contribuem de forma empenhada, competente e responsável para a realização de determinada atividade (Chaves, 2004). Inclui coordenação, cooperação e resolução de conflitos, onde a familiaridade dos membros da equipa tem sido associada a um melhor desempenho e redução de eventos adversos (Rowland et al., 2021). E permite aumentar a segurança através da redundância na deteção e resolução de erros, bem como aumentar a eficiência pelo uso organizado dos recursos existentes (Rhona Flin et al., 2008).

A **organização de tarefas** é o processo para um julgamento ou escolha de uma opção, procurando corresponder às necessidades de uma determinada situação. A tomada de decisão está estreitamente ligada à organização de tarefas, assumindo-se como uma competência crítica em ambientes de alto-risco (Rhona Flin et al., 2008).

Deste conjunto de abordagens ressalta a maior-valia das competências não técnicas para a segurança dos cuidados à pessoa em situação crítica.

2.1.2. As Competências Não Técnicas no cuidar à pessoa em situação crítica em contexto de sala de emergência

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

A prestação de cuidados de enfermagem gerais e/ou especializados exige dos enfermeiros um conjunto diversificado de competências científicas, técnicas e humanas, que devem ter por fundamento a relação de ajuda e a interação enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade (Decreto-lei n.º 161/1996). No entanto, os conhecimentos

e capacidades, por si só, não determinam obrigatoriamente um desempenho profissional competente.

Os serviços de urgência existem “para tratar utentes em situações urgentes e emergentes, oferecendo tratamento eficaz, eficiente e equitativo” (DGS, 2001, p. 6,7). O conceito de urgência é, assim, entendido como “todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” e o conceito de emergência como “todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou iminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (p. 32).

As situações de emergência exigem grande habilidade dos profissionais envolvidos, visto ser uma área de atuação caracterizada pelo trabalho sob pressão durante a maior parte do tempo, e requer ações e decisões rápidas e acertadas por parte da equipa de saúde (Bragasco et al., 2013).

No SU, o saber agir e a rápida atuação são fundamentais para se atingir a excelência na prestação de cuidados, com o enfermeiro a desempenhar uma função crucial nomeadamente na SE (Fernandes, 2007). A SE é um espaço do SU destinado ao atendimento de utentes urgentes/emergentes, permitindo a prestação de cuidados à pessoa em situação de risco iminente de falência multiorgânica ou morte. Aehlert (2007) acrescenta que a prestação de cuidados na SE consiste numa restauração rápida e espontânea da respiração e da circulação, preservando os órgãos vitais durante a reanimação.

A abordagem destes utentes requer uma equipa multidisciplinar, organizada, coordenada e coesa, sólida em termos de conhecimentos científicos e de competência, capaz de liderar o processo de estabelecimento de prioridades e de tomada de decisão (DGS, 2010).

Daqui emerge a noção de **trabalho em equipa**, que segundo Brill citado por Pinho (2006) é “um trabalho que é dado a um grupo de pessoas que possuem um expertise individual, que sejam responsáveis pela tomada de decisões individuais, que conservem um propósito comum e que possam juntos comunicar, partilhar e consolidar conhecimentos" (p.71).

Neste contexto, para uma abordagem segura e eficaz à PSC em contexto de SE, tendo em conta a literatura consultada, podemos considerar que as CNT são fundamentais e podem ser um fator diferenciador no tratamento da pessoa em situação crítica.

A importância atribuída às CNT é suportada pela sua inclusão nos módulos de formação em emergência, com as *Guidelines* do *European Resuscitation Council* (ERC) a

referirem que a formação em competências não técnicas, como por exemplo, a comunicação, a liderança e o trabalho de equipa, é um complemento essencial à formação de competências técnicas (Greif et al., 2015).

Segundo Krage et al. (2017) CNT como comunicação, liderança, tomada de decisão e consciência da situação, referem-se a competências cognitivas, comportamentais e sociais que contribuem para o desempenho eficiente e seguro da equipa, sendo cada vez mais enfatizada a sua importância durante a reanimação.

Também o Conselho Português de Ressuscitação (CPR), em 2015, refere que as CNT consistem em capacidades cognitivas e interpessoais que promovem o trabalho de equipa eficaz, entre as quais destacam a liderança, comunicação, avaliação da situação e gestão de tarefas (Soar et al., 2015). Krage et al., (2017) referem, ainda, que perante situações de elevado *stress*, existe acometimento das funções cognitivas como a atenção, memória e tomada de decisão, determinando um impacto direto nas CNT e consecutiva diminuição do desempenho técnico.

Este interesse pelas competências dos profissionais de saúde em geral, e dos enfermeiros em particular, tem crescido de forma significativa, por motivos que se prendem, entre outros, com a qualidade dos cuidados e com a segurança do utente (Oliveira & Queirós, 2015).

No que se reporta às questões de segurança dos cuidados, embora se tenha vindo a assistir a notáveis avanços na tecnologia da informação, na ciência e na capacidade de diagnóstico, a ocorrência de incidentes por falta de segurança durante a prestação de cuidados de saúde, continua a ser uma realidade nos sistemas de saúde modernos (Malcom et al., 2020).

No sistema de saúde português, o Plano Nacional para a Segurança dos Utentes 2021-2026 (PNSD) tem como objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, evidenciando os princípios que sustentam a área da segurança do utente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em contextos próprios dos sistemas de saúde modernos, onde se incluem os SU (Decreto-lei n.º 9390/2021).

Todos os anos, um grande número de utentes é prejudicado ou morre devido a falhas na segurança durante a prestação de cuidados de saúde e, as evidências disponíveis, sugerem que 134 milhões de eventos adversos associados à prestação de cuidados de saúde pouco seguros, contribuem para cerca de 2,6 milhões de mortes todos os anos (WHO, 2021).

Segundo Miranda et al. (2018), cerca de 70% dos erros e eventos adversos que ocorrem em ambiente hospitalar estão associados a fatores humanos, que quando relacionados com o SU, os números podem ainda revelar uma percentagem maior.

Em cuidados de saúde o erro humano e não pode ser eliminado, no entanto, podem ser fomentadas estratégias para que este seja identificado e minimizado. Os profissionais devem possuir CT e não técnicas apropriadas, que lhes permitam realizar uma gestão do risco adequada, evitando erros e eventos adversos conducentes à prestação de cuidados seguros e de qualidade, em situações de emergência.

Para Glavin e Maran (2010), existe um conjunto de CNT que permitem a redução desses mesmos erros e, conseqüentemente, de acidentes e eventos adversos. Na resposta a situações de emergência, a experiência clínica e as CNT das equipas de emergência são fundamentais para a segurança do utente e qualidade dos cuidados (Saunders, 2021). Uma grande parte dos estudos têm como principal foco as CT da equipa de emergência, todavia, tem aumentado o reconhecimento da relação entre os eventos adversos e as CNT desadequadas.

A diminuição da sobrevivência de adultos em situações de emergência, de acordo com Guinea et al., (2019), está associada à ocorrência de eventos adversos, e acredita-se que uma variedade de fatores possa contribuir para isso. Nestes, incluem-se algumas competências não técnicas, como por exemplo, a tomada de decisões com pressa, uma população instável de utentes, um aumento no número de procedimentos invasivos e a constituição rápida de equipas *ad hoc*.

As equipas de ressuscitação *ad hoc*, também conhecidas como equipas de ação (Sarcevic et al., 2011; Schmutz et al., 2018) tem uma função variável e são constituídas por pessoal variável. Estão organizadas em função da resposta a uma necessidade súbita e tem performance limitada (Manser, 2009).

As atividades desempenhadas de forma adequada e em tempo útil pelos profissionais de saúde em situações de urgência e emergência contribuem decisivamente para o resultado final do atendimento aos utentes (Miranda et al., 2018), o que vem reforçar a necessidade de consciencialização e treino das CNT para a equipa que aborda esses utentes.

2.2. METODOLOGIA

A integridade de uma investigação deve corporizar-se e desenvolver-se em distintas fases ou etapas, num percurso sistematizado com recurso a utilização de estratégias adequadas, pois só deste modo a credibilidade dos resultados é assegurada.

A fase metodológica, definida como o caminho para chegar a um objetivo, onde está compreendido um conjunto de atividades sistemáticas e racionais, tem como objetivo fornecer orientação para percorrer o percurso de investigação e alcançar a resposta à questão ou problemática em estudo.

Nesta linha de pensamento, a descrição do quadro metodológico que norteou este estudo, nomeadamente as opções que concorrem para a compreensão global do fenómeno, torna-se essencial. Tal como refere Fortin (2009), nesta fase o investigador define a sua conduta, de forma a adquirir respostas às questões de investigação ou às hipóteses formuladas.

Na construção desta fase, a escolha de um método e de uma técnica de recolha e análise de dados são decisões importantes. Objetiva-se a elaboração de um desenho para a investigação onde se planeiem as atividades a realizar (Fortin, 2009).

Nos subcapítulos seguintes, apresentamos o caminho percorrido e as decisões tomadas, com o intuito de descrever de forma sucinta e clara as diretrizes que nortearam o desenvolvimento deste estudo, enquadrando a problemática e justificando as decisões metodológicas no que respeita ao tipo de estudo, ao contexto onde foi realizado, aos participantes, aos instrumentos de recolha de dados e ao tratamento e análise desses mesmos dados.

2.2.1. Da problemática aos objetivos do estudo

A experiência clínica e as CNT das equipas de emergência são fundamentais para a segurança dos cuidados prestados à PSC.

No ambiente hospitalar, e em particular no contexto de SU, a deterioração clínica e a paragem cardiorrespiratória são comuns e requerem equipas especializadas na abordagem destas situações.

Os padrões de qualidade e segurança do utente constituem uma prioridade nos serviços de saúde e, embora a evidência científica se tenha focado amplamente nas habilidades técnicas das equipas de emergência, em detrimento das habilidades não técnicas, como o trabalho em equipa, a liderança, a comunicação, o reconhecimento da situação, entre outras, existe atualmente um reconhecimento crescente de que eventos adversos podem ser atribuídos a limitações nas CNT, chegando mesmo a estimar-se que possam representar 70% a 80% dos erros em cuidados de saúde (CPR, 2015; Cant et al., 2016).

Na perspetiva Gabr (2019), embora os défices de CNT consistam numa das principais causas de erros evitáveis, o seu conhecimento e treino podem reduzir significativamente os danos e contribuir para a melhoria do prognóstico clínico.

A evidência científica tem revelado ainda, que: os resultados da intervenção das equipas de emergência podem ser afetados pelas CNT, especialmente a liderança (Hunziker et al., 2011; Cant et al., 2016), o trabalho em equipa e a comunicação eficazes estão associados a uma prestação de cuidados segura e de alta qualidade, apoiando a necessidade de treino de habilidades não técnicas da equipa (Leach & Mayo, 2013) e que melhorar as CNT das equipas de emergência médica também melhora as CT, principalmente quando estão presentes fontes de *stress* externas (Krage et al., 2017).

Durante a nossa trajetória profissional, centrada maioritariamente na prestação de cuidados de enfermagem em contexto de urgência, sempre tivemos interesse pelas questões relacionadas com os cuidados à PSC em contexto de SE. Assim, a problemática das competências profissionais, técnicas e não técnicas, circunscritas a este setor tem vindo, ao longo do tempo, a despertar um interesse significativo para nós, principalmente a partir do momento em que passamos a colaborar na dinamização de sessões de prática simulada em SE.

Neste âmbito, em linha de pensamento com a evidência científica disponível, constatamos a pouca relevância que as equipas do nosso contexto profissional atribuem às CNT, em detrimento das CT na prestação de cuidados à PSC em contexto de SE. No nosso entendimento esta questão pode estar relacionada quer com o desconhecimento, quer com a falta de reflexão acerca deste assunto e das implicações que pode ter na vida das pessoas, nomeadamente no que se relaciona com a segurança dos cuidados e do utente.

Assim, este trabalho de investigação constituiu-se-nos como uma oportunidade de dar resposta a esta nossa inquietação e interesse, cruzando duas preocupações profissionais:

a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à PSC e o desenvolvimento das CNT das equipas de reanimação.

Esta problemática enquadra-se nas competências específicas do EEEMC-AEPSC (Regulamento n.º 140/2019).

Com este estudo pretendemos **conhecer a perceção dos enfermeiros acerca das CNT necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem à PSC em contexto de SE.**

Neste sentido definimos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as CNT valorizadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados à PSC em contexto de SE;
- Identificar os fatores que interferem na operacionalização de CNT na prestação de cuidados à PSC na SE;
- Identificar as estratégias usadas pelos enfermeiros para ultrapassar os fatores que interferem na operacionalização das CNT na prestação de cuidados à PSC na SE;
- Identificar sugestões que permitam a aquisição e o desenvolvimento das CNT na abordagem à PSC em contexto de SE.

2.2.2. Tipo de estudo

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, podendo assim o investigador, recorrer ao método de investigação quantitativa e/ou qualitativa, na construção e desenvolvimento do conhecimento científico (Fortin, 2009).

O paradigma de investigação qualitativa nasce dos movimentos que criticam o mecanicismo e o reducionismo da visão quantitativa ou positivista. A investigação qualitativa descreve os fenómenos através de palavras, em vez de utilizar os números ou medidas para essa descrição (Coutinho, 2014). Caracteriza-se pela preocupação do investigador na compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo. Ele observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresenta, sem procurar

controlá-lo, tendo como finalidade descrever ou interpretar, mais do que avaliar (Fortin, 2009).

Quanto aos tipos de investigação e níveis de conhecimento, Fortin (2009) aponta a existência de duas categorias principais: exploratório-descritiva e a explicativo-preditiva, entre as quais se poderão situar vários tipos de estudos, cuja seleção é determinada pelo nível de conhecimentos num determinado domínio. Segundo a mesma autora, os estudos descritivos visam compreender fenómenos vividos por pessoas, categorizar uma população ou conceptualizar uma situação.

Tendo em conta a natureza do estudo a realizar, optámos por uma abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo, uma vez que o nosso objetivo foi a exploração e a descrição de um fenómeno: as CNT valorizadas pelos enfermeiros na abordagem à PSC em contexto de SE

2.2.3. O Contexto e os Participantes

Os contextos de trabalho conferem significados e sentidos muito próprios às práticas de saúde e do exercício profissional, na medida em que estas dependem de uma cultura académica, que cada um dos profissionais, incluindo os enfermeiros, transporta e transmite, e de uma cultura institucional visível e definida em ambiente de trabalho, marcada por fatores materiais, relacionais e simbólicos decorrentes do funcionamento da organização de saúde (Abreu, 2007).

Cada organização é, portanto, detentora de uma cultura específica, a partir da qual é possível perceber os comportamentos, as atitudes e as escolhas dos diferentes profissionais que nela intervêm (idem).

Neste sentido, nos subpontos seguintes descrevemos as particularidades do contexto e dos participantes que integraram este estudo.

O Contexto

O contexto onde realizamos este estudo foi o SU do HSMMB, EPE, pois além de dar resposta aos objetivos a que nos propusemos, foi também o local onde decorreu o ENP.

O SU do HSMMB, EPE é constituído por vários setores de prestação de cuidados, dos quais se destaca a SE pela importância que tem neste nosso estudo.

A SE constitui a interface entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar, e é uma área específica de abordagem, tratamento e observação de utentes críticos classificados de emergentes ou, nalguns casos, muito urgentes que apresentem quadro clínico de descompensação das funções vitais que coloque a sua vida em risco. É, por isso, uma área fundamental do serviço e o local adequado e que oferece melhores condições de segurança para a prestação de cuidados à PSC.

A SE situa-se num local de fácil acesso a partir do exterior do SU e contígua ao local onde se realiza a triagem dos utentes por graus de prioridade.

Em termos de recursos materiais, esta SE está equipada para a prestação de cuidados em segurança e de forma imediata a um utente, existindo a possibilidade de criar as condições necessárias para a abordagem de um segundo utente.

No que aos recursos humanos diz respeito, os profissionais (médico e enfermeiro) que integram a equipa de emergência são escalados ou destacados, não existindo por isso uma equipa dedicada exclusivamente à SE. Geralmente é constituída, em média, por quatro profissionais: dois médicos (geralmente de medicina interna) e dois enfermeiros que têm a responsabilidade da SE e se encontram destacados para a mesma em cada turno. É de salientar que estão sempre alocados dois enfermeiros à SE, sendo que um deles não possui utentes atribuídos para uma total e imediata disponibilidade para abordar qualquer situação de emergência. Todos os profissionais que integram a equipa da SE têm formação em SAV.

Os Participantes

Segundo Fortin (2009), população é “uma coleção de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios” (p.202). A população é, assim, designada como o universo de estudo. Neste sentido, qualquer estudo de investigação deve limitar o seu campo, de forma a identificar o que vai ser observado.

Para a realização deste estudo, a população alvo correspondeu aos enfermeiros do SU que prestam cuidados à PSC em contexto de SE, ou seja, um total de quarenta e seis enfermeiros. A amostra foi constituída por oito enfermeiros, cuja seleção obedeceu aos seguintes critérios de inclusão:

- Prestar cuidados de enfermagem à PSC em contexto de SE há mais de 2 anos;
- Aceitar participar no estudo.

2.2.4. Procedimento de recolha de dados

Segundo Fortin (2009), para elaborar um trabalho de investigação é necessário recorrer a métodos que facilitem a colheita de informação para posterior registo e análise dos dados, sendo que a colheita de dados se trata de um processo de observação, de medida e de consignação de dados, com o objetivo de recolher informação sobre certas variáveis juntos sujeitos participantes na investigação.

Tendo em conta a natureza e o objetivo deste estudo optamos pela entrevista semiestruturada como instrumento de recolha de dados. A justificação para esta opção consubstanciou-se no facto desta estratégia de recolha de dados representar um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o entrevistador e os participantes, para além de ser também um dos instrumentos essenciais na recolha de dados em abordagens qualitativas e exploratórias (Lessard Hébert et al., 1990). A sua aplicabilidade prende-se também com o facto de o entrevistador pretender obter mais informação que a obtida com as questões pré-determinadas, possibilitando clarificar questões não compreendidas e incluir dados adicionais (Fortin, 2009).

Vilelas (2020) refere, ainda que neste tipo de entrevistas, o entrevistado tem a possibilidade de relatar as suas experiências e vivências sobre o tema que lhe é proposto. Neste sentido, a nossa escolha por este instrumento de recolha de dados relacionou-se ainda com a possibilidade de interação com o entrevistado, permitindo integrar novas questões e novos dados não considerados anteriormente, o que releva em termos de informação a adicionar ao estudo.

Com o objetivo de organizar e estruturar a sequência das questões a colocar aos enfermeiros, elaborámos um guião de entrevista (Apêndice XII), com base nos objetivos específicos do estudo referidos anteriormente.

No intuito de validar o guião de entrevista por nós elaborado, tendo em conta os objetivos definidos, e também treinar a condução da entrevista, dada a nossa inexperiência neste âmbito, realizámos um pré-teste a um enfermeiro que, não integrando o grupo de participantes, obedecia aos critérios de inclusão. Desta forma foi possível aferir a adequabilidade das questões orientadoras, relativamente aos objetivos preconizados e adquirirmos treino e experiência na realização desta técnica.

As entrevistas foram realizadas entre dezembro de 2022 e fevereiro de 2023, após autorização do conselho de administração, da comissão de ética e da comissão de proteção de dados do hospital onde decorreu o estudo (Anexo III). Foram gravadas em registo áudio e a sua transcrição efetuada, sempre que possível, no próprio dia da sua realização.

2.2.5. Análise dos dados

Após a colheita dos dados e transcrição integral das entrevistas, iniciámos o processo de análise com recurso à técnica de análise de conteúdo, segundo o referencial de Bardin (2011). Na perspetiva deste autor, o investigador “tira partido do tratamento das mensagens com o objetivo de inferir (deduzir de maneira lógica) conhecimento sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio” (Bardin, 2011, p.44). Esta técnica de análise caracteriza-se por quatro etapas fundamentais, utilizadas de forma sequencial, e que se tornam guias do processo de análise de dados obtido, a saber: a organização da análise, a exploração do material ou codificação, a categorização e a inferência (Bardin, 2011).

A organização da análise divide-se em três eixos: pré-análise (corresponde à organização propriamente dita), exploração do material (com aplicação sistemática de operações de codificação, decomposição ou enumeração) e tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos mesmos.

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

A categorização, é considerada a fase mais problemática, no entanto também a mais criativa, corresponde a uma “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos” (Bardin, 2011, p. 145).

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

Tendo por base os objetivos definidos para este estudo, os dados foram codificados respeitando os princípios de qualidade definidos por Bardin (2011) e agrupados de acordo com a sua semelhança, em áreas temáticas, categorias e subcategorias. Esses princípios de qualidade são: exclusão mútua (cada elemento não pode constar em mais de uma categoria), a homogeneidade (implica o uso do mesmo critério de classificação), a pertinência (a categoria deverá estar adaptada ao material e objetivos da investigação), a objetividade, a fidelidade (as categorias devem traduzir o verdadeiro sentido dos dados e serem definidas da mesma forma por analistas diferentes) e a produtividade (permite a possibilidade de resultados férteis em dados concretos, conclusões novas e em índices de inferências).

Respeitando estes pressupostos e após a análise das entrevistas, construímos uma matriz de redução de dados, que inclui um conjunto de áreas temáticas, categorias e subcategorias assim como as respetivas unidades de registo (Apêndice XIII).

2.2.6. Considerações éticas

Qualquer ação humana pressupõe que a pessoa que a realiza seja consciente das implicações éticas que poderão advir da mesma. A investigação não é exceção, e o investigador deve consciencializar-se que, qualquer investigação efetuada junto dos seres humanos levanta questões morais e éticas, que requerem uma análise especial dos procedimentos a serem utilizados de modo a proteger os direitos dos sujeitos (Fortin, 2009).

Neste contexto, tendo em conta que o presente estudo envolve seres humanos, houve a preocupação de respeitar as recomendações do Código de Nuremberga e da Declaração de Helsínquia sobre os princípios éticos relacionados com os participantes, com o meio onde foi desenvolvido o estudo e com a confidencialidade dos dados.

Nunes (2013), complementa que a ética na investigação abrange todas as etapas do processo de investigação, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios estabelecidos. A mesma autora acrescenta que entre os requisitos básicos a considerar na avaliação ética de um projeto de investigação incluem-se a relevância do estudo, a validade científica, a seleção da população em estudo, a relação risco-benefício, a revisão ética independente, a garantia de respeito dos direitos dos participantes (especificamente, consentimento informado, esclarecido e livre bem como a confidencialidade e proteção dos dados) em todas as fases do estudo.

No sentido de respeitarmos todos estes princípios, foi solicitada autorização ao CA do HSMMB, EPE e um parecer à comissão de ética do mesmo hospital, tendo sido obtida autorização e parecer favorável à realização do estudo (anexo V).

Relativamente aos participantes no estudo, foi garantida a participação livre e voluntária, após esclarecimento de aspetos considerados importantes, o respeito pelo anonimato e o compromisso da confidencialidade. Para tal foi solicitado a autorização dos participantes através do preenchimento de um consentimento informado (Apêndice XIV).

As entrevistas foram codificadas recorrendo às siglas E1 a E8, e a transcrição das mesmas, assim como os registos áudio, serão destruídos após a conclusão do estudo.

2.3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste subcapítulo procedemos à caracterização dos participantes, à apresentação e análise dos dados obtidos do discurso produzido pelos enfermeiros através das entrevistas, e encetamos a discussão dos principais resultados.

A caracterização dos participantes relativamente à idade, género, formação académica e profissional, tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional em contexto de SE, encontra-se expressa no quadro 1.

Quadro 1- Caracterização dos participantes

Dados sociodemográficos		Número de enfermeiros
Idade	≤30 anos	0
	≥31 e ≤40 anos	3
	≥41 e ≤50 anos	4
	≥51 anos	1
Sexo	Feminino	3
	Masculino	5
Categoria profissional	Enfermeiro de cuidados gerais	4
	Enfermeiro Especialista (Médico-Cirúrgica)	4
Formação académica	Licenciatura em Enfermagem	6
	Mestrado (Enfermagem Médico-Cirúrgica)	2
Tempo de exercício profissional	≥ 3 e ≤ 10 anos	2
	≥ 11 e ≤ 20 anos	4
	≥ 21 anos	2
Tempo de exercício profissional na SE	≥ 2 e ≤ 10 anos	2
	≥ 11 e ≤ 20 anos	4
	≥21 anos	2

Em relação à idade, todos os enfermeiros têm mais de 31 anos, sendo que 50 % situa-se na faixa etária dos 41 aos 50 anos. Cinco enfermeiros pertencem ao sexo masculino e três ao sexo feminino.

No que concerne à formação académica, seis participantes são detentores do grau de licenciado em Enfermagem e dois são detentores do grau de Mestre. Quanto à categoria profissional, releva o facto de quatro dos participantes serem especialistas na área Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A maioria dos enfermeiros exerce a atividade profissional há mais de onze anos, o que também se verifica em relação ao tempo de exercício profissional em contexto de SE.

Efetuada a caracterização dos participantes, segue-se a análise das entrevistas. A análise dos dados obtidos permitiu-nos definir um conjunto de áreas temáticas como: CNT valorizadas pelos enfermeiros; fatores que interferem na operacionalização das CNT; estratégias usadas pelos enfermeiros para ultrapassarem os fatores que interferem na operacionalização das CNT e sugestões para aquisição e desenvolvimento das CNT, conforme ilustrado na figura 2.

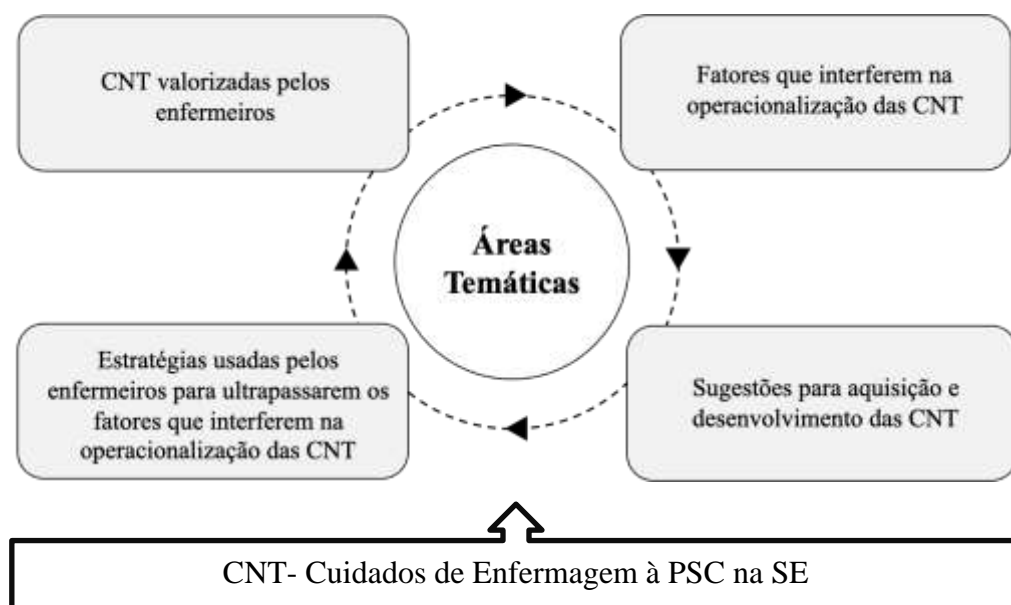


Figura 2 - Áreas temáticas

Para uma melhor estruturação e sistematização, a discussão dos resultados, enquanto etapa fundamental no processo de investigação, é realizada após a análise dos dados de cada área temática e de acordo com as categorias e subcategorias que emergiram dessa mesma análise.

Competências não técnicas valorizadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica na sala de emergência

Um dos objetivos deste estudo foi perceber quais as CNT que os participantes valorizam na prestação de cuidados à PSC em contexto de SE.

Dos dados obtidos através do discurso dos enfermeiros, emergiram cinco categorias e três subcategorias, que se relacionam com a comunicação, a liderança, a consciência da situação, a gestão de emoções e o trabalho em equipa (figura 3).

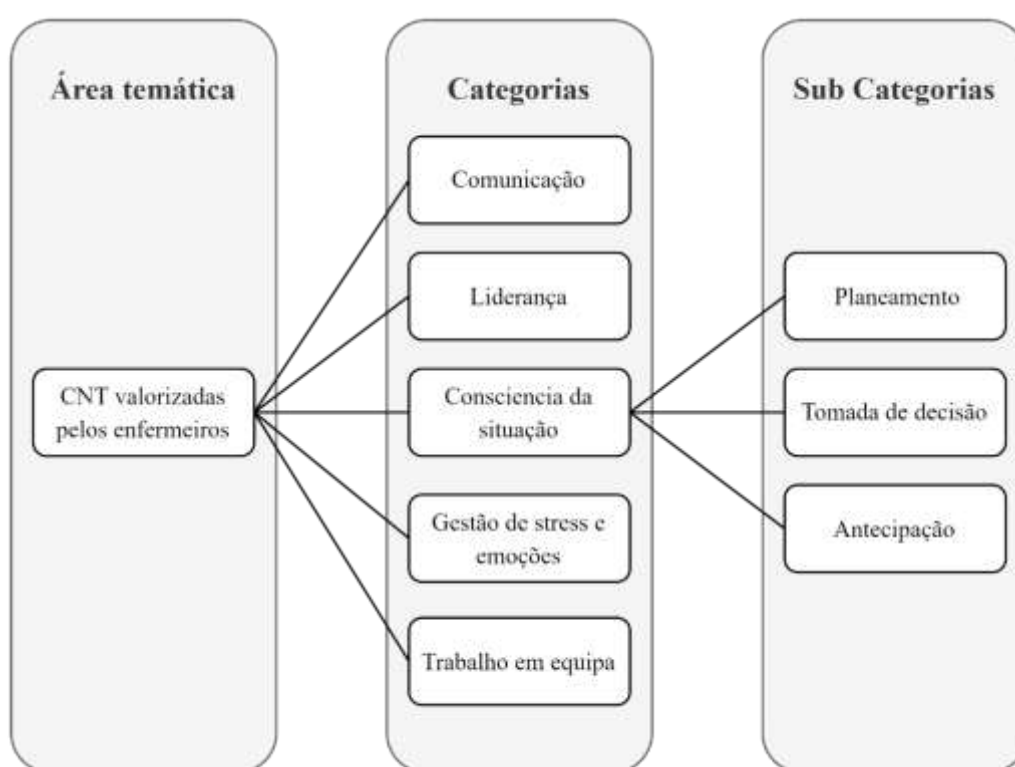


Figura 3 - CNT valorizadas pelos enfermeiros: categorias e subcategorias

No que se reporta à **comunicação**, os participantes consideraram este aspeto relevante enquanto CNT valorizada em contexto de SE:

“a comunicação (...) de salientar esta característica...” E3

“acho que comunicação é importante...” E4

Uma comunicação eficaz e assertiva, a par de uma postura adequada, foram características que os intervenientes consideraram no âmbito da comunicação enquanto CNT:

“uma comunicação eficaz, uma comunicação que seja adequada a todos (equipa multiprofissional) ... (E1)

“a capacidade de comunicar...” E2

“a comunicação...a empatia... assertividade” E5

“acima de tudo, a comunicação, ser assertivo...” E6

“comunicação eficaz em equipa...” E7

A comunicação é valorizada por autores como Andersen et al. (2010) que a este respeito referem que o recurso a uma comunicação clara é fundamental para manter uma visão geral da situação, sendo que comunicar requer planeamento, priorização, transmissão dirigida, dupla verificação e reavaliação.

Também Diaz e Dawson (2020) referem que a comunicação clara é primordial nos cenários emergentes e serve de base para o desempenho adequado da equipa.

Para a DGS (2017), comunicação eficaz entre profissionais de saúde caracteriza-se por ser “... oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor” (p. 4). A *Agency for Healthcare Research and Quality*, AHRQ (2013) refere comunicação como sendo um processo estruturado na qual a informação é trocada entre os membros da equipa de forma precisa e clara.

Estratégias de comunicação na atribuição de tarefas, desenvolvidas previamente e de forma eficaz, podem beneficiar o desempenho de competências técnicas e obter melhores resultados na reanimação (Robinson et al., 2016).

Enquanto CNT, a comunicação assume um papel importante na minimização de eventos adversos. De acordo com a DGS (2017), até 70 % dos eventos adversos na saúde a nível internacional, ocorrem por uma comunicação inadequada, estando relacionados com erros de informação, omissão de informação e falta de precisão. Também Lewis et al. (2013) referem que as falhas de comunicação são umas das principais causas de danos inadvertidos ao utente.

Embora os participantes façam referência à comunicação, os seus relatos não evidenciaram os aspetos em que a comunicação se pode revelar como uma mais-valia. Esta situação, no nosso entendimento, pode configurar a falta de reflexão acerca deste

tipo de competência, entre os enfermeiros que integram as equipas da SE do local onde decorreu o estudo.

Os dados que emergiram das entrevistas permitiu-nos identificar a **liderança** como outra das CNT valorizada pelos enfermeiros, tendo sido referida por todos os participantes, como se exemplifica de seguida:

“A liderança (...) de salientar estas características...” E3

“a liderança pode ser outra das competências não técnicas...” E5

“o nível de liderança também é importante...” E8

Estes resultados vão de encontro ao referido em estudos realizados por Martins et al. (2017) e por Woodruff et al. (2019) nos quais mencionam que a liderança eficaz está associada a melhores resultados do trabalho de equipa em situações de emergência e o melhor envolvimento e comprometimento dos elementos da equipa, provando ser a chave para a melhoria em emergências clínicas, tanto simuladas como reais.

Alguns dos participantes referiram-se também à importância de existir um líder, que além de características de liderança deverá ser capaz de fazer uma gestão da equipa, tal como podemos observar nas unidades de registo seguintes:

“um líder com capacidade de liderança também acaba por ser um ponto importante...” E1

“depois também a gestão de equipa... é importante decidir quem lidera” E6

“capacidade de liderança...” E2, E4, E7

Concordante com estes resultados, Krage et al., (2017) referem que a ausência de liderança eficiente está associada a um mau desempenho em contexto de emergência, e neste sentido, também Saunders (2021) identifica que uma liderança bem-sucedida é desafiante, particularmente quando a delegação de tarefas pelo líder é pouco definida ou quando não existe sequer um líder, implicando um impacto negativo na comunicação com a equipa.

Outros estudos (Hunziker, et al., 2010; Fernandez et al., 2011; Yeung et al., 2012), demonstraram a existência de correlação entre habilidades de liderança e eficácia da ressuscitação cardiopulmonar, especialmente em relação à oportunidade de compressões torácicas e desfibrilação. Demonstraram também, uma diminuição no atraso para o início

da reanimação cardiopulmonar, melhor adesão aos algoritmos e maior agilidade na tomada de decisão da equipa.

A comunicação e a liderança, são dois conceitos intimamente ligados, na medida em que liderança eficaz requer comunicação eficaz. A comunicação e liderança efetivas são consideradas elementos-chave na qualidade da assistência em saúde, sempre que a equipa oferecer uma resposta organizada e oportuna em situação de emergência (Price et al., 2012; Azinhaga, 2014).

A análise das entrevistas permitiu-nos, ainda, agregar os dados na categoria relacionada com a **consciência da situação**. De acordo com Endsley (1995), a consciência da situação é definida como “a percepção dos elementos no ambiente dentro de um volume de tempo e espaço, a compreensão de seu significado e a projeção de seu status em um futuro próximo” (p. 36)

Em relação a este aspeto, os participantes centraram os seus discursos no planeamento, na tomada de decisão e na antecipação.

A importância do planeamento, a capacidade de planear cuidados e a gestão de tarefas foram aspetos valorizados pelos enfermeiros:

“fazer um planeamento e uma gestão correta das tarefas...” E1

“capacidade de planear os cuidados...” E4

A preparação e planeamento enquanto CNT, está estreitamente relacionada com a tomada de decisão e assume-se como uma competência crítica em ambientes de alto risco (Flin et al., 2008).

Neste sentido, também os enfermeiros se referiram à tomada de decisão, como exemplificam as seguintes unidades de registo:

“capacidade de tomada de decisão...” E4

“capacidade de resolver problemas...” E4

“a tomada de decisão na sala de emergência...” E8

A tomada de decisão, pode ser considerada como a capacidade de identificar e seleccionar opções de tratamento e gestão no decorrer da reanimação, ponderando riscos potenciais e reavaliando as decisões validadas (Krage et al., 2017).

Na área da emergência é exigida uma rápida tomada de decisão num ambiente complexo e de alto risco, usando informações incompletas quando os objetivos podem não ser claros (Fritz et al., 2008).

Tendo em conta que, segundo Krage et al. (2017) a tomada de decisão é demonstrada através da capacidade de identificar e selecionar opções de tratamento no decorrer da reanimação, ponderando riscos potenciais e reavaliando decisões validadas e que uma equipa de emergência deve ser capaz de exercer liderança no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisão, podemos afirmar que as competências descritas pelos entrevistados são consideradas pela literatura como fundamentais para a prestação de cuidados de enfermagem no contexto de SE.

As habilidades cognitivas de perceção e antecipação são claramente críticas para os profissionais que lidam com a PSC, pelo que identificar situações de instabilidade e antecipar as intervenções adequadas são CNT que os entrevistados valorizaram:

“antecipar o que poderá acontecer...” E1

“gerir a situação...” E3

“antecipar possíveis complicações...” E7

O processo de tomada de decisão pode ser influenciado por vários fatores, dos quais se destacam o tempo de pressão, a complexidade da tarefa, as opções disponíveis, o nível de liberdade de escolha e os recursos disponíveis (Krage et al., 2017).

Corroborando o exposto, os participantes do nosso estudo também se referiram à capacidade de **gestão do stress e emoções** como CNT valorizada:

“manter a calma em situações de emergência... ter autocontrolo e postura correta...” E1

“Alguma calma de espírito para conseguir abstrair do que está em redor... não se deixar às vezes levar com emotividade...” E3

“gerir situações de stress de maior emoção...” E4

“capacidade de gestão de stress...” E5

“manter sempre a calma...” E7

“gestão de conflitos de stresses...” E8

Os cuidados de enfermagem prestados em contexto de emergência são dinâmicos, complexos e requerem rapidez na tomada de decisão e nas intervenções, o que pode revelar situações de ansiedade e stress.

Com a imprevisibilidade de situações inesperadas no contexto real da reanimação, a intensidade do fator *stress*, tendencialmente aumenta afetando funções cognitivas como a atenção, memória e tomada de decisão. Peltonen et al. (2020) relataram a associação destes fatores com impacto direto nas CNT com consecutiva diminuição do desempenho técnico e potencial aumento do risco de não recuperação do utente (Krage et al., 2017; Peltonen et al., 2020).

Neste sentido, os profissionais de saúde que desenvolvem o seu trabalho em emergência devem possuir requisitos e características facilitadoras, tais como equilíbrio emocional e autocontrole, disposição para cumprir ações orientadas, capacidade física e mental para a atividade, iniciativa, facilidade de comunicação e capacidade de trabalhar em equipa (Lazaroto, 2004).

A este propósito (Flin et al., 2008) referem que “a gestão de stress agudo ou repentino, durante curta duração, interrompe o comportamento orientado por objetivos, requerendo uma resposta imediata” (p184). Esta capacidade de resposta depende de fatores como a experiência do profissional, por exemplo.

Ao se referirem às questões relacionadas com a capacidade de gerir o stress e as emoções, enquanto CNT valorizada, os participantes do nosso estudo vão de encontro ao mencionado na literatura, sendo de salientar que a adoção de estratégias que envolvam as equipas e que visem reduzir a sobrecarga cognitiva inerente à situação, remetem para ganhos na eficiência da equipa com melhoria dos resultados, e com contributo efetivo na segurança do utente (Armstrong et al., 2020).

O **trabalho em equipa** é crucial para uma prestação de cuidados à PSC eficaz, eficiente e com segurança. Neste sentido, os entrevistados também valorizaram o trabalho em equipa como uma das CNT essenciais em contexto de prestação de cuidados à PSC referindo-se à capacidade de saber trabalhar em equipa e ao espírito de coesão, como elencado nas unidades de registo que se seguem:

“Capacidade de trabalhar em equipa...” E4

“espírito de coesão...” E4

“capacidade de acatar e seguir ordens diretas...” E5

“a capacidade de trabalhar em equipa, seja em funções de liderança da equipa da sala de emergência, seja apenas como membro da equipa da sala de emergência...” E6

“é mesmo o trabalho em equipa...” E7

A equipa de emergência é considerada, de acordo com a DGS (2010) como uma equipa multidisciplinar, organizada, coordenada e coesa, sólida, em termos de suporte científico e experiência, capaz de exercer liderança no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisão e que atua em SE com os recursos necessários, organizados e preparados para a reanimação.

Os membros da equipa de emergência devem receber formação e treino regulares sobre trabalho de equipa e, em particular, de comunicação e liderança em situações de emergência (Martins et al., 2017).

Cortegiani et al. (2015), através de ensino por simulação, identificaram o trabalho em equipa como fator preponderante na eficácia e segurança das intervenções.

A importância atribuída ao trabalho de equipa pelos entrevistados é, assim, corroborada pela literatura consultada, sendo que há estudos que designam este fator como determinante para a eficácia e segurança dos cuidados prestados à PSC.

Em **síntese**, os participantes identificaram um conjunto de CNT que valorizavam no contexto da prestação de cuidados à PSC incluindo a comunicação, a liderança, a consciência da situação, a gestão de emoções e o trabalho em equipa.

Fatores que interferem na operacionalização da CNT na prestação de cuidados à PSC em contexto de SE.

Após identificadas as CNT valorizadas pelos enfermeiros no contexto de prestação de cuidados à PSC, importa conhecer os fatores que interferem na operacionalização dessas competências.

A análise das entrevistas permitiu-nos identificar três categorias e cinco subcategorias, que se encontram expressas na figura 4. Relacionam-se com os recursos humanos, com as falhas na comunicação e com a estrutura da SE.

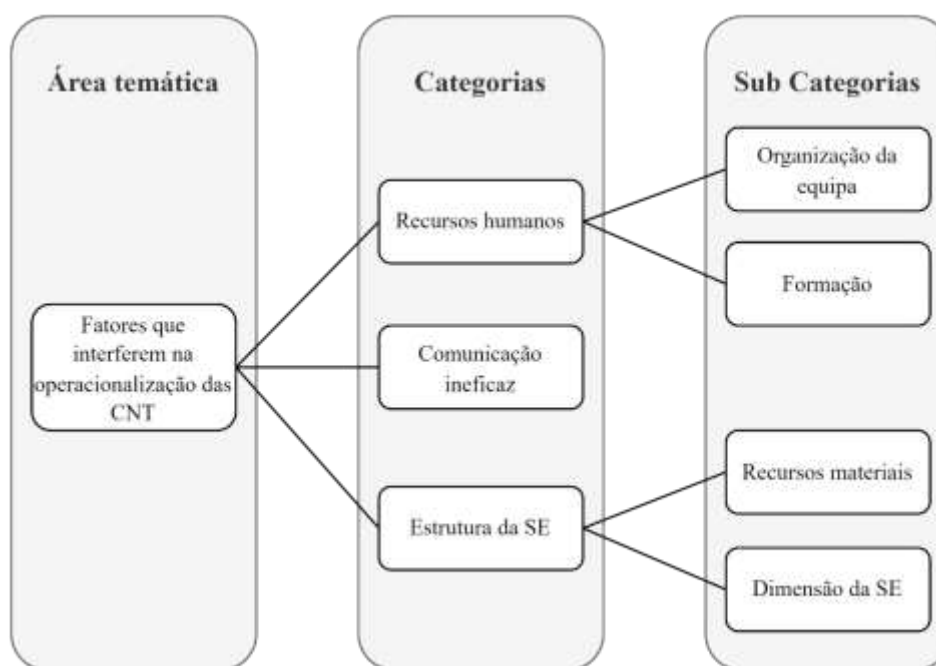


Figura 4 - Fatores que interferem na operacionalização das CNT: categorias e subcategorias

Os aspetos relacionados com os **recursos humanos** foram referenciados de imediato e de forma transversal por todos os participantes. Referiram-se à organização da equipa e à formação como os fatores que mais interferem na otimização das CNT.

Em relação à organização da equipa, os enfermeiros referiram-se à presença de profissionais em excesso na SE que não integram a equipa designada para a prestação de cuidados à PSC:

“o excesso de elementos dentro da sala...” E2

“sala ter pessoas que não estão na execução ou tratamento ao utente...” E4

“excesso de elementos que muitas das vezes entram na sala de emergência quando ocorre uma situação...” E6

“excesso de elementos na SE” E7

“que tem internos em que na sala de emergência... se calhar não seriam necessários tantos elementos...” E8

Na voz dos participantes, este excesso de profissionais condiciona o bom desempenho da equipa, criando ambientes de trabalho confusos e desordenados:

“se ao ambiente é muito confuso, e muito confuso...” E5

“o excesso de elementos na sala de emergência, muitas vezes não ajuda e acaba por prejudicar...” E1

“o facto de ter mais elementos do que o necessário na sala de emergência em algumas situações. Isso pode condicionar alguma organização pensamento...” E3

“Pessoas que não estão diretamente implicadas no desempenho, mas que estão indiretamente, porque estão dentro da sala... o que condiciona o atendimento” E5

Uma equipa, de acordo com Hall e Weaver citado por Pinho (2006), pode ser definida como um conjunto de pessoas com um número limitado, interagindo regularmente para atingir objetivos comuns sob a sua responsabilidade, sendo organizada para esse fim, onde cada membro poderá contribuir com seu conhecimento e habilidade para aumentar e apoiar as contribuições dos outros e onde todos os membros devem assumir continuamente interações e responsabilidades.

Reportando-nos ao contexto da SE, como refere Pontes et al. (2008), atualmente, é impossível aos profissionais de saúde trabalharem isoladamente, tendo em conta o volume de tarefas a executar em simultâneo e o nível de complexidade da PSC, exigindo assim rapidez, eficiência, conhecimento científico e habilidade técnica, sendo fundamental a realização de um trabalho harmonioso, sincronizado e a existência de uma infraestrutura adequada.

Constituindo a SE de um local onde o nível de segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem é exigente, torna-se importante adequar os recursos humanos a esta realidade como defendem Freitas e Parreira (2013), ao referirem a necessidade de adequação dos recursos humanos tendo em conta a segurança, nível de cuidados de enfermagem, a qualificação/experiência dos enfermeiros e o ambiente de trabalho.

A corroborar estes resultados, Saunders et al. (2020), num estudo realizado com o objetivo de avaliar e explorar a perceção de equipas de emergência intra-hospitalar no uso de CNT, concluíram que quando havia muitos profissionais envolvidos, se verificava um efeito negativo nas habilidades não técnicas, o número de profissionais na SE, foi visto como um desafio constante, originando distração e perda de foco no paciente. Outros estudos, nomeadamente de Porter, et al. (2018) e de Hunziker et al. (2018), também identificaram a interferência deste fator na função efetiva da equipa, na liderança e na comunicação. Mellick e Adams (2009) identificaram alguns fatores como a falta de organização dos recursos humanos como potenciadores de desvio do foco de atenção da equipa e criação de um ambiente caótico e confuso. É necessário dispor de recursos

adequados para que existam práticas seguras e que garantam o correto atendimento, segurança e satisfação da pessoa (Freitas & Parreira, 2013).

Saunders et al. (2020) refere que, a existência de equipas ad hoc foi identificado como um desafio específico, especialmente quando não se consegue identificar os profissionais que deveriam integrar a equipa de emergência.

Se considerarmos que a equipa da SE do contexto onde decorreu o nosso estudo se enquadra naquilo que alguns autores referem como “equipas *ad hoc*” podemos inferir que esta situação pode justificar a desorganização da equipa de emergência a que os entrevistados se referiram.

Outros estudos (Birkestam, et al., 2020; Nallamothu, et al., 2018), também evidenciaram que as equipas *ad hoc* estão associadas à liderança ineficaz, o que não verificamos no nosso estudo por omissão deste aspeto no discurso dos participantes.

Aspetos relacionados com a formação também foram relatados pelos enfermeiros. Referem-se à falta de formação formal ou empírica, mas também ao domínio de competências na prestação de cuidados à PSC, que consideram como fatores que interferem negativamente na operacionalização das CNT:

“o que poderá influenciar negativamente poderá ser a falta de conhecimentos (...) a falta de formação e experiência na área, não está habituado a trabalhar com essas situações, não ter uma capacidade de observação e de antecipar situações...” E3

“A falta de formação dos auxiliares (...) não estão lá e depois sentes falta deles” E2

Neste âmbito, os intervenientes consideraram ainda, que a heterogeneidade da equipa em relação ao domínio dos conhecimentos e competências na prestação de cuidados à PSC, podem consubstanciar situações que condicionam as CNT:

“equipas que não estão todos ao mesmo nível, com níveis de formação diferente...” E1

“O nível de competências dos outros elementos da equipa também irá condicionar...” E5

Considerando que, Miranda et al., (2018), afirmam que cerca de 70% dos erros e eventos adversos que ocorrem em ambiente hospitalar estão associados a fatores humanos, que segundo Oliveira e Queirós (2015), a formação inicial não atribui ao profissional o conhecimento suficiente e estável ao longo da sua vida profissional, existe concordância

entre os entrevistados e a literatura, quando é referida a falta de formação como fator condicionante para a prestação de cuidados de qualidade e segurança na SE, condicionando desta forma a operacionalização das CNT.

Também Armstrong et al. (2020), referem que, independentemente da função assumida por cada elemento da equipa, todos devem deter conhecimento e treino equivalente, de forma a que as estratégias utilizadas sejam do domínio geral.

No estudo conduzido por Saunders et al. (2020), os participantes identificaram uma variedade de fatores que impactam negativamente nas CNT, dos quais se destacaram as questões relacionadas com a formação e com a falta de experiência em competências técnicas.

As características individuais dos membros da equipa, incluindo experiência, conhecimento e competência de habilidades não técnicas, foram identificadas como importantes contribuintes para o sucesso das equipas de emergência médica, aspetos também relatados em outros estudos (Anderson et al., 2010; Hunziker et al., 2011).

Embora o enfoque na prestação de cuidados à PSC em contexto de SE seja maioritariamente atribuído às CT, designadamente o cumprimento de algoritmos, existe uma associação significativa do resultado ao domínio das CNT (Clarke et al., 2014; Gabr, 2019). Desta forma, o nível de conhecimentos, experiência e formação dos profissionais em CT impactam no desenvolvimento das CNT e conseqüentemente na segurança dos cuidados, o que vai de encontro aos resultados do nosso estudo.

A análise das entrevistas permitiu-nos ainda, agregar os dados na categoria que designamos por **comunicação ineficaz**. Em relação a esta categoria, os enfermeiros referiram a interferência nos canais comunicacionais, nomeadamente a presença de ruído e comunicação cruzada:

“o facto de toda gente falar e não respeitarem muito bem quem está ali a liderar a sala...” E2

“muito ruído...” E4

“Existe também o ruído que existe, seja ele de fora da equipa ou dentro... de todo o cenário onde se está a desempenhar funções...” E5

” entra numa espécie de ruído em que cada um vai falando, não se consegue manter uma comunicação eficaz e interfere.” E6

“o ruído que se sente na própria sala...” E7

e ao facto de não haver uma comunicação em circuito fechado:

“facto de haver fugas de informação de não haver comunicação dirigida e no sentido unidirecional...” E4

“não haver uma comunicação em circuito fechado...” E7

A importância da comunicação na ressuscitação tem sido amplamente relatada, e tal como Calder et al. (2017) e Zimmer et al. (2021) referem, a comunicação inadequada na equipa de emergência pode resultar em eventos adversos que constituem uma ameaça para a segurança do utente e é um fator limitante na operacionalização das CNT e na prestação de cuidados à PSC.

Os aspetos associados à comunicação ineficaz e que interferem na operacionalização de outras CNT foram identificados no estudo de Saunders et al. (2020). Estes autores concluíram que o ruído, a comunicação cruzada entre os vários profissionais, a comunicação agressiva e a falta de comunicação em circuito fechado interferem na eficácia da comunicação entre a equipa e conseqüentemente em outras competências, quer técnicas ou não técnicas. Os participantes deste estudo identificaram a comunicação como uma função crítica das habilidades não técnicas e descreveram os componentes da comunicação eficaz, considerando-a vital para uma liderança eficaz e trabalho em equipa.

Os achados do nosso estudo estão alinhados com os resultados dos estudos mencionados, pelo que podemos assim, concluir que a comunicação ineficaz constitui uma barreira ao desenvolvimento de CNT, nomeadamente a liderança e o trabalho em equipa.

Na voz dos participantes, a **estrutura da SE** pode constituir uma barreira na operacionalização das CNT. Em relação a esta categoria, aspetos relacionados com os recursos materiais e com a dimensão SE, assumiram particular destaque.

Em relação aos recursos materiais, referiram essencialmente a desorganização do material e o excesso do mesmo:

“excesso de material todo amontoado...” E2

Tendo em conta o propósito da SE, é permitir uma abordagem precisa, eficiente e eficaz em tempo útil e holística (Regulamento nº429/2018, 2018), esta deve ser consoante esta premissa, ou seja, organizada de forma a evitar o mínimo de movimentações possíveis para o acesso rápido aos materiais necessários.

Para haver uma prestação de cuidados adequada, é essencial que a Sala de Emergência (SE) se encontre equipada, quer com meios materiais, quer com recursos humanos ajustados, e confirmado todo o seu funcionamento (idem).

No pressuposto de que o sucesso na sala de emergência está relacionado com a existência de materiais e equipamento adequados (Silva, 2003), podemos afirmar que os recursos materiais desadequados são fatores condicionantes das competências não técnicas em contexto de SE, sendo concordante com o descrito pelos entrevistados.

A dimensão do espaço físico pode ser considerada um fator que interfere no desenvolvimento das competências em contexto de SE. A este respeito os enfermeiros referiram o seguinte:

“eu acho que é um espaço pequeno, com uma sala pequena...” E1

“O espaço físico limitado...” E2

“E depois é difícil também o espaço físico, que não é muito amplo e que muitas vezes também pode interferir...” E6

“Condições físicas, o facto da sala não ser muito grande...” E8

A questão que se coloca em relação a esta subcategoria tem a ver com o facto de não encontrarmos na literatura e nos estudos consultados referência a esta dimensão enquanto fator que interfere na operacionalização das CNT. No nosso entendimento esta situação omissa, pode estar relacionada com os contextos profissionais em que os estudos se desenvolveram, e em que a dimensão do espaço físico não foi relevante.

No entanto, se discutirmos esta questão do espaço físico aliada ao excesso de profissionais na SE, a que os intervenientes fizeram alusão, facilmente compreendemos a interferência que estes fatores originam no desempenho eficaz das equipas de reanimação e naquilo que são as CNT.

Estratégias usadas pelos enfermeiros para ultrapassar os fatores que interferem na operacionalização das CNT na prestação de cuidados à PSC.

Após identificar os fatores que condicionam a operacionalização das CNT, foi nosso objetivo conhecer as estratégias que os enfermeiros consideram para ultrapassar essas barreiras.

A análise dos dados obtidos permitiu-nos identificar três categorias: **dotação de pessoal**, **comunicação eficaz** e **liderança eficaz**, expressas na figura 5.

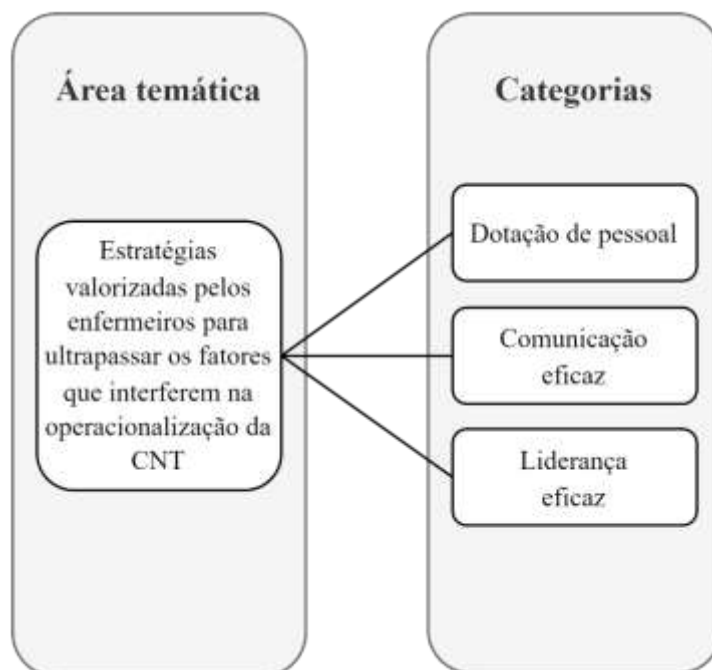


Figura 5 - Estratégias valorizadas pelos enfermeiros para ultrapassar fatores que interferem na operacionalização das CNT: categorias e subcategorias

A **dotação de pessoal** foi sugerida de uma forma imediata pela maioria dos participantes. Dos seus discursos destacam-se a necessidade de cumprir as dotações de pessoal adequadas ao bom desempenho da equipa:

“Se cumprissem o número de elementos escalado para a sala seria uma mais valia...” E2

“nós já temos, em termos da sala, os elementos destinados para a sala de emergência que tem que ser (...) sala de emergência podem abonar positivamente...” E3

Adotando para isso estratégias que possibilitem a saída dos profissionais supranumerários da SE, evitando assim, um ambiente caótico e de confusão:

“é tentar tirar da sala de emergência os elementos que não fazem falta...E1

“por solicitar a quem não faz parte da equipa de emergência que saia da sala...” E6

“solicitar a quem está a mais na sala e que possam estar a interferir que saiam...” E7

“Sugerir estar presente em situações de emergência os elementos que fazem falta...” E8

Esta estratégia, referida pelos participantes, encontra-se estreitamente ligada às questões de liderança.

De acordo com Porter et al. (2017), a liderança bem-sucedida pode ser por vezes desafiadora, principalmente quando existe falta de direção clara e a composição da equipa podem ser fatores críticos para o funcionamento eficaz em eventos de ressuscitação.

Este aspeto pode ainda, ser fundamentado com literatura que suporta a importância e necessidade de dispor dos recursos humanos adequados para que existam práticas seguras e que garantam o correto atendimento, segurança e satisfação da pessoa (Freitas & Parreira, 2013). Deste modo, a constituição de equipas dedicadas à prestação de cuidados à PSC em contexto de SE pode revelar-se uma mais valia.

As estratégias relacionadas com a **comunicação eficaz** foram sugeridas por um enfermeiro, que se refere à necessidade de comunicar em circuito fechado:

“digamos que em circuito fechado acaba se por conseguir trabalhar melhor e mais eficazmente nessas situações...” E1

A comunicação em circuito fechado permite-nos comunicar informações importantes ou críticas, informar todos os membros da equipa em simultâneo durante situações de emergência, ajudar a equipa a antecipar os próximos passos e direcionar a responsabilidade pela execução da tarefa a um indivíduo específico, através das técnicas *cal-out*, *check-back* e *closed-loop*, garantindo que informação transmitida pelo remetente seja entendida pelo recetor pretendido (AHRQ, 2013).

No estudo desenvolvido por Saunders et al. (2020) todos os participantes sugeriram estratégias para melhorar a comunicação da equipa, incluindo o uso de comunicação em circuito fechado, volume adequado, dicas não verbais e comunicação clara e calma, o que corrobora este nosso resultado.

A **liderança eficaz** pode ser descrita como a forma de comunicar de forma eficiente, focar na situação, delegar, adequar recursos, fornecer feedback, dirigir, liderar positivamente, ter competência e avaliar a situação com eficácia (Saunders et al., 2020). Na perspetiva

de Ribeiro et al. (2012) citados por Mateus e Serra (2017, p.61), “a liderança assenta na capacidade de promover a ação coordenada, visando o alcance dos objetivos organizacionais.”

Neste estudo os enfermeiros referiram as questões de liderança enquanto estratégia para ultrapassar as barreiras à operacionalização das CNT. Identificaram, essencialmente, a necessidade de identificação do líder de entre os profissionais que integram a equipa:

“para decidir e liderar essas situações normalmente delegamos e retraímos, e fica mais para os médicos, mas seria então assumir o papel de liderança...” E4
“decidir quem lidera...” E8

A inexistência de um líder perfeitamente identificado, foi um aspeto fundamental, identificado pelos participantes no estudo conduzido por Saunders et al. (2020); foi também relatada a relutância dos membros da equipa em relação ao profissional mais capacitado para assumir a liderança da equipa. No mesmo estudo, a maioria dos participantes descreveu experiências de lideranças eficazes, que facilitaram o trabalho em equipa e a comunicação e que foram valorizados e respeitados pelos restantes profissionais da equipa.

Este aspeto orienta-nos para a discussão de aspetos relacionados com o profissional que deve assumir a liderança em contextos de reanimação/SE.

Segundo Martins et al. (2017), a escolha de um líder deve ser realizada antes do início da prestação de cuidados à PSC, pois é um passo importante no processo da prestação de cuidados e deve basear-se na experiência profissional e na prática reflexiva tendo em conta que este desempenha um papel importante no estabelecimento de uma comunicação eficaz e organizada dentro da equipa. Tanto enfermeiros como médicos podem assumir esse papel.

A constituição das equipas de reanimação afetas à SE, assenta na presença de médicos e enfermeiros, em que a liderança, embora culturalmente atribuída ao médico, deve recair no profissional mais capacitado, sendo fulcral que todos os profissionais detenham conhecimento e treino equivalente, de forma a que as estratégias utilizadas sejam do domínio geral, independentemente de quem assume a função (Armstrong et al., 2020).

A liderança e a identificação efetiva do líder nas equipas de reanimação são um fator determinante para colmatar as barreiras à operacionalização das CNT, aspeto evidenciado no nosso estudo, e em consonância com os estudos mencionados a que tivemos acesso.

Sugestões para a aquisição e desenvolvimento das CNT

Esta área temática inclui as unidades de análise relacionados com as sugestões para a aquisição e desenvolvimento das CNT no contexto onde decorreu o estudo, consideradas fundamentais para a abordagem à PSC.

As sugestões apresentadas pelos participantes foram agrupadas em duas categorias relacionadas com a **formação contínua** e o *debriefing* na figura 6.

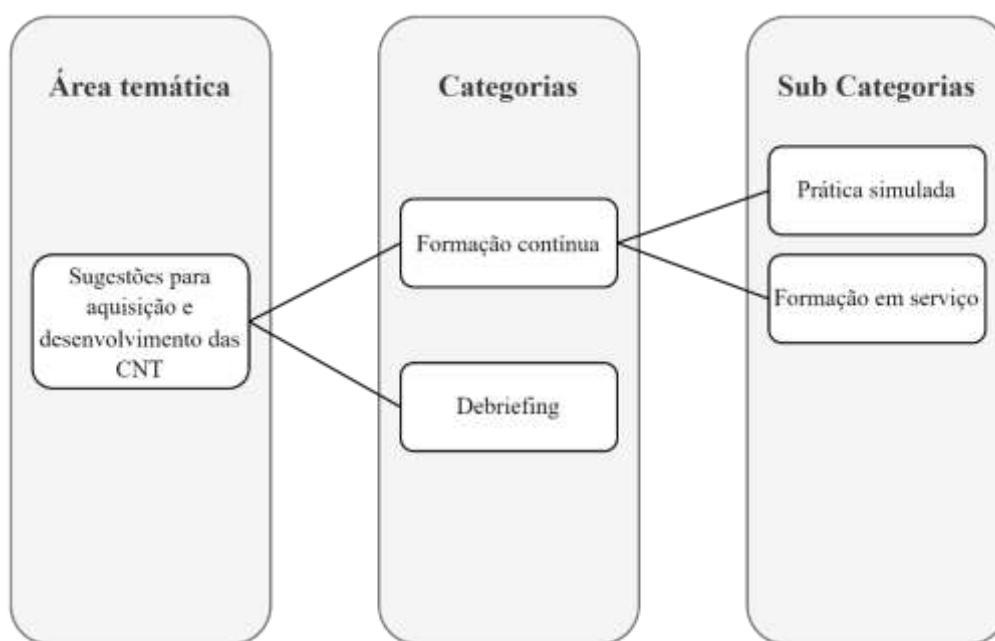


Figura 6 - Sugestões para a aquisição e desenvolvimento das CNT: categorias e subcategorias

Tendo em conta que os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados que se revestem de uma importância máxima, que englobam a capacidade de avaliação diagnóstica, de monitorização constantes por forma a conhecer continuamente a situação da pessoa alvo dos cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Coimbra & Amaral, 2016), torna-

se imprescindível que o enfermeiro seja portador de um conjunto de competências e de conhecimentos científicos na área da emergência, onde se incluem as CNT.

A **formação contínua**, enquanto estratégia sugerida para o desenvolvimento destas competências, emergiu de uma forma transversal em todos os discursos dos participantes, quer adotando metodologia centrada em simulação, quer recorrendo a ações de formação em serviço.

A simulação foi encarada pelos enfermeiros como uma mais valia para melhorar as CNT das equipas que prestam cuidados à PSC, como se pode verificar pelas seguintes unidades de registo:

“acho que se fizermos ciclicamente formação prática de prática simulada, irá melhorar as competências técnicas e essencialmente não técnicas na abordagem à pessoa em situação crítica...por isso eu acho que a prática simulada será sem dúvida uma mais valia” E1

“As práticas simuladas também quantas mais melhor...” E2

“prática simulada, para que possamos trabalhar em um contexto, é essencial para entre as partes estarmos à vontade...” E3

“fazer simulações para indicar como é que se faz uma abordagem integral na sala, não apenas ao utente, mas coordenada entre todos os elementos que se expõe na sala...” E4

“uma prática simulada, isto é, criar cenário simulado... se fizermos prática simulada em contexto de sala de emergência, provavelmente temos as condições ideais para o desenvolvimento destas competências. “E5

“... é a prática simulada... é uma mais valia e deveria ser até ao nível das equipas de caráter obrigatório e integrar formação de serviço...” E7

“formação baseada em práticas simuladas...” E8

A simulação é um método de formação que permite adquirir e desenvolver competências, conhecimento, capacidade de tomada de decisão, comunicação e resolução de problemas (Costa et al., 2018; Miranda et al., 2018). A formação em CNT com recurso a simulação, tem demonstrado melhorar a performance dos profissionais, uma vez que alguns desafios no cuidado à PSC não se devem à falta de experiência clínica, mas a falhas nas CNT (Pires et al., 2018).

No estudo realizado por Saunders et al. (2020), o treino de simulação foi encarado como uma oportunidade de discussão, atribuindo e praticando diferentes papéis, envolvendo toda a equipa multidisciplinar e avaliando as CNT.

Neste sentido, a necessidade de estratégias para desenvolver CNT, por meio de treino multidisciplinar e processos para determinar as funções dos vários elementos da equipa é corroborada pela literatura como sendo uma mais valia na aquisição e desenvolvimento destas competências, contribuindo para a eficácia do trabalho em equipa (Capella et al., 2010; Roberts et al., 2014; Briggs et al., 2015; Saunders et al., 2020) e salvaguardando a segurança dos cuidados prestados.

Ao referirem-se à simulação enquanto estratégia de desenvolvimento das CNT, os nossos participantes do estudo estão, também, em concordância com várias orientações internacionais, onde é reforçada a melhoria do desempenho através de treino simulado (Mancini et al., 2010; Soar et al., 2010).

Segundo alguns dos enfermeiros entrevistados, a simulação deve ser incluída na formação em serviço, a par de outros conteúdos teóricos ou teórico-práticos:

“A formação em serviço no nosso caso depois de da licenciatura...” E4

“formação dependendo das competências que estivermos a falar pode ser formação teórica (...) de ser desenvolvida em cenário, a calma...” E5

“fazemos um programa de formação em serviço em que todos num momento se calhar teórico inicial e depois em sala de emergência...” E6

“uma formação teórica uma formação prática como formação em serviço...” E7

“Parece-me importante apostar na formação no serviço...” E8

“A natureza da profissão de enfermagem e as características do seu exercício fazem com que se deva privilegiar a formação em serviço como forma de manter atualizados, aprofundar e desenvolver conhecimentos adquiridos nos cursos básicos e pós-básicos de enfermagem, prevendo-se nesta carreira em mecanismos que favoreçam e permitam concretizar este tipo de formação contínua” (Decreto-lei 437/91, p. 5723).

De acordo com a OE (2011), a formação contínua e especificamente a formação em serviço, são de grande importância para garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem e de construção de competências. Esta tem por foco a satisfação das necessidades de

formação dos elementos da equipa, e do grupo profissional multidisciplinar, com um objetivo comum e com necessidades individuais.

Filho et al., (2018) e Oliveira et al., (2018), referem que a formação contínua é fulcral para a atualização e treino de competências, de forma a garantir a atuação mais rápida e eficaz, dando resposta aos eventos de urgência e emergência e otimizando a qualidade dos cuidados, garantindo a segurança do utente.

Assim, quando os participantes sugerem a formação em serviço como estratégia para a aquisição e desenvolvimento de CNT, vão de encontro ao defendido pela OE e pela literatura consultada.

A última sugestão apontada para aquisição e desenvolvimento das CNT, relaciona-se com a realização de *debriefing*, e foi referida por um dos intervenientes:

“com debriefing, com treino e partilha de experiências, e conhecimentos para favorecer a aquisição dessas capacidades e dessas competências não técnicas.” E4

O *debriefing* pode ser definido como uma forma estruturada de conduzir os formandos na reflexão sobre a ação, ajudando a consolidar saberes e a mudar comportamentos errados (Coutinho et al., 2014). O principal objetivo do *debriefing* na área dos cuidados de saúde é encorajar a reflexão, facilitar a discussão sobre as ações e assimilar comportamentos mais adequados à prática (Kessler et al., 2015). Chamberland et al. (2018) referem que o *debriefing* assume uma estratégia pedagógica essencial para a aprendizagem e desenvolvimento de competências não técnicas, tal como descrito pelo enfermeiro entrevistado.

Relativamente ao *briefing* e *debriefing*, estes são considerados importantes nas equipas de saúde, com ganhos no desempenho e na redução do potencial de erro, o *briefing*, para a atribuição prévia de tarefas, e o *debriefing*, como incentivo à reflexão e discussão, foram eventos relatados como raros existindo dificuldade na recetividade em 20% da população (Robinson et al., 2016; Cant et al., 2016).

Esta sugestão, apresentada por um dos enfermeiros é, no nosso entendimento, de grande relevância, pois, tal como afirma Costa (1998), “trabalho, reflexão e experiência surgem como um trinómio polarizador de novos desenvolvimentos, nomeadamente ao nível da formação experiencial”, acrescentando que “refletir sobre a experiência significa o reconhecimento de que o processo de aprendizagem se prolonga na, com e pela prática, tornando consciente algum saber tático – criticando, examinando e melhorando.” (p. 27).

2.4. CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

Após a realização do estudo, chegou o momento de realizarmos uma reflexão final sobre esta problemática, enfatizando os resultados obtidos, as conclusões retiradas e as perspetivas futuras.

Este estudo de natureza qualitativa, incidiu sobre uma problemática que partiu da nossa inquietação enquanto enfermeiro que integra regularmente as equipas de reanimação na prestação de cuidados à PSC em contexto de SE. Recorremos à entrevista semiestruturada como estratégia de recolha de dados o que nos permitiu chegar às seguintes conclusões:

- Os enfermeiros têm conhecimento acerca das CNT necessárias para a abordagem à PSC em contexto de SE, sendo a liderança e a comunicação as CNT mais valorizadas;
- Apesar de valorizarem as CNT na abordagem à PSC, os entrevistados manifestaram dificuldades na operacionalização destas competências, o que foi transversal a todos os intervenientes;
- As principais barreiras à operacionalização das CNT foram a falta de organização dos recursos humanos, as falhas na comunicação e a falta de formação das equipas que prestam cuidados à PSC;
- Perante as barreiras identificadas, os enfermeiros apresentaram sugestões de melhoria relacionadas com a formação na área das CNT e a realização regular de *debriefing*. Destacamos que, todos os enfermeiros referem a prática simulada como uma possível solução para a aquisição e desenvolvimento das CNT, com potencial para o contributo na eficácia e segurança na abordagem à PSC em contexto de SE. A resposta eficaz a uma situação de emergência requer da equipa CNT e treino específico das mesmas, o que implica o desenvolvimento de uma formação contínua nesta área.

Os resultados obtidos com este estudo, permitem-nos perspetivar um conjunto de intervenções a desenvolver no serviço, no âmbito da prática de cuidados, da investigação e da formação em serviço:

Para a prática de cuidados - Após a conclusão deste estudo, é nosso propósito a partilha dos resultados com a equipa de enfermagem do SU onde este se desenvolveu. O objetivo será proporcionar momentos de reflexão acerca dos resultados que emergiram, definir estratégias de abordagem desta problemática, nomeadamente no que se reporta às CNT que devem ser mobilizadas pelo enfermeiro enquanto elemento que integra as equipas de reanimação.

Para a formação em serviço - Consideramos que as estratégias sugeridas podem ser impulsionadoras da dinamização da formação, recorrendo por exemplo a estratégias de prática simulada e à criação de rotinas de *debriefing*. Desta forma, apresentamos como sugestão a realização de formação em serviço em modelo de prática simulada de carácter obrigatório para os enfermeiros que prestem cuidados na SE.

Para a investigação - Após discussão com o enfermeiro tutor e como sugestão futura, seria certamente interessante a realização de um estudo acerca da influência das práticas simuladas no desenvolvimento das CNT e da performance das equipas de emergência em contexto de SE.

A nível pessoal, a realização deste estudo contribuiu para a aquisição de competências no âmbito da investigação e também permitiu melhorar o nosso conhecimento acerca das CNT e da sua importância na prestação de cuidados à PSC em contexto de SE. Através de uma reflexão crítica permitiu contrapor a realidade da nossa prática de cuidados com o referencial teórico e evidência científica existente na área da abordagem à PSC.

Entendemos que este estudo poderá constituir-se como um contributo para o desenvolvimento da investigação no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem na área de emergência, em particular no que se reporta à importância das CNT pela equipa de reanimação, podendo ser uma estratégia para consolidação de evidência na disciplina de Enfermagem nesta área de especialização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A execução do presente relatório de estágio reflete todo um processo de aquisição e desenvolvimento de competências do EEEMC-AEPSC, em articulação com todo o conhecimento teórico adquirido em contexto da aula e durante os estágios que decorreram durante todo o ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre.

Tendo como referência o Regulamento n.º 429/2018, que descreve o enfermeiro EEMC como um profissional que “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção” (OE, 2018, p. 19359), foi possível, durante este estágio, adquirir e desenvolver as competências comuns e específicas necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem à PSC, fazendo sempre uma reflexão contínua sobre os conhecimentos adquiridos e a necessidade de realizar uma prática baseada em evidência científica tendo como objetivo a prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Reportando-nos ao projeto de investigação, consideramos que constituiu uma mais-valia a sua realização, não só pelas conclusões que emergiram do estudo, mas por todo o conhecimento teórico adquirido acerca das CNT que o enfermeiro deve possuir para prestar cuidados à PSC, tendo a noção de que todos os conhecimentos adquiridos não devem ser aplicados de forma isolada, mas sim aplicados também noutros contextos onde possam traduzir ganhos para o utente e/ou família.

Consideramos assim, que o local de estágio e as oportunidades experienciadas, permitiram-nos atingir os objetivos estabelecidos no início deste ENP, e desenvolver competências especializadas na nossa área de atuação.

Terminamos este percurso com uma visão e um modo de pensar mais abrangente e atualizado, mais experiente e mais holístico em relação ao utente e família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. C. (2001). *Identidade, formação e trabalho. Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Lisboa: Educa.

Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Formasau.

Aehert, B. (2007). *ACLS Advanced Cardiac Life Support. Emergências em Cardiologia: Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (3ª ed.)*. Rio de Janeiro. Elsevier. ISBN:978-0-323-04695; ISBN: 978-85-352-2295-1

Alminhas, S. (2007). *Cuidar da Pessoa no Serviço de Urgência. Sinais Vitais*. Coimbra. N.º 75, 57-60

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.

Amendoeira, J. (2000). *O cuidado de enfermagem. Que sentido(s) IN: Costa, Arminda Mendes et al. (2000) – Ensino de Enfermagem e percursos de formação. Balanço de um projeto*. Lisboa. Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

Andersen, P. O., Jensen, M. K., Lippert, A., Østergaard, D., Klausen. T. W. (2010). Development of a formative assessment tool for measurement of performance in multi-professional resuscitation teams. *Resuscitation*.81:703-11. <https://doi:10.1016/j.resuscitation.2010.01.034>.

Andersen, P. O., Jensen, M. K., Lippert, A., & Østergaard, D. (2010). Identifying non-technical skills and barriers for improvement of teamwork in cardiac arrest teams. *Resuscitation*, 81(6), 695–702. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2010.01.024>

Aued, G. K., Bernardino, E., Peres, A. M., Lacerda, M. R., Dallaire, C. & Ribas, E. N. (2016). Clinical competences of nursing assistants: a strategy for people management. *Revista Brasileira Enfermagem*, 69(1):130-7.

Azinhaga, A.I.R. (2014). *Trabalho em equipa em contexto de emergência – Perceção dos enfermeiros e dos médicos num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (Dissertação de mestrado)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra;

Bagnasco, A., Tubino, B., Piccotti, E., Rosa, F., Aleo, G., Di Pietro, P., Sasso, L., Gambino, L., Passalacqua, D., & Emergency and Urgency Department of the IRCCS Giannina Gaslini (2013). Identifying and correcting communication failures among health professionals working in the Emergency Department. *International emergency nursing*, 21(3), 168–172. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.07.005>

BARDIN, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

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-holmesexcelencia-e-poderna-pratica-clinica-de-enfermagem/oclc/63702286>.

Birkestam, A. M., Öster, C., & Arakelian, E. (2020). An observational study of ad-hoc anaesthesia teams. *Journal of Perioperative Practice*, 30(4), 102-106. <https://doi.org/10.1177/1750458919864837>

Bomfim, R. (2012). Competência profissional: Uma revisão bibliográfica. *Revista Organização Sistémica*, 1(1), 46-63.

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>

Briggs, A., Raja, A. S., Joyce, M. F., Yule, S. J., Jiang, W., Lipsitz, S. R., & Havens, J. M. (2015). The role of nontechnical skills in simulated trauma resuscitation. *Journal of surgical education*, 72(4), 732–739. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2015.01.020>

Calder, L. A., Mastoras, G., Rahimpour, M., Sohmer, B., Weitzman, B., Cwinn, A. A., Hobin, T., & Parush, A. (2017). Team communication patterns in emergency resuscitation: a mixed methods qualitative analysis. *International Journal of Emergency Medicine*, 10(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12245-017-0149-4>

Cant, R. P., Porter, J. E., Cooper, S. J., Roberts, K., Wilson, I., & Gartside, C. (2016). Improving the non-technical skills of hospital medical emergency teams: The Team Emergency Assessment Measure (TEAM TM). *Emergency Medicine Australasia*, 28, 641–646. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12643>

Capella, J., Smith, S., Philp, A., Putnam, T., Gilbert, C., Fry, W., Harvey, E., Wright, A., Henderson, K., Baker, D., Ranson, S., & Remine, S. (2010). Teamwork training improves

the clinical care of trauma patients. *Journal of surgical education*, 67(6), 439–443. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2010.06.006>.

Cardoso, R. M. (2013). *Competências Clínicas de Comunicação*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Chalwin R. P., & Flabouris A. (2013). Utility and assessment of non-technical skills for rapid response systems and medical emergency teams. *Internal Medicine Journal*. 43, 962-969. <https://doi.org/10.1111/imj.12172>.

Chamberland, C., Hodgetts, H. M., Kramer, C., Breton, E., Chiniara, G., & Tremblay, S. (2018). The critical nature of debriefing in high-fidelity simulation-based 119 training for improving team communication in emergency resuscitation. *Applied Cognitive Psychology*, 32(6), 727-738. <https://doi.org/10.1002/acp.3450>

Correia, M. da C. B. (2012) – Processo de construção de competências nos enfermeiros em UCI. [Tese de doutoramento, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa.

Costa, M., & Costa, C. (2000). Formação em Serviço: Mitos e Realidades. *Revista Sinais Vitais*, 30, 28-31.

Cortegiani, A., Russotto, V., Montalto, F., Iozzo, P., Palmeri, C., Raineri, S. M. & Giarratano, A. (2015). Effect of High-Fidelity Simulation on Medical Students' Knowledge about Advanced Life Support: A Randomized Study. *PLoS One*. 10:e0125685. <https://doi:10.1371/journal.pone.0125685>

Coutinho, V. R., Martins, J. C. A., & Pereira, M. F. (2014). Construction and Validation of the Simulation Debriefing Assessment Scale (Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação – EADaS). *Revista de Enfermagem Referência, Série IV(2)*: 41-50. <https://doi:10.12707/RIII1392>

Decreto-lei n.º 71/2019. *Diário da República, I Série*, nº 101 de 2019/05/27. 2626-2642.

Despacho n.º 9390/2021. *Plano nacional segurança utentes 2021-2026*. *Diário da República II Série*, nº 187 de 2021/09/24, Parte C, 96-102.

Diaz, M. C. G., & Dawson, K. (2020). Impact of Simulation-Based Closed-Loop Communication Training on Medical Errors in a Pediatric Emergency Department. *American Journal of Medical Quality*, 1-5. <https://doi.org/10.1177/1062860620912>

Diário da República n.º 55/2002, Série I-B de 2002-03-06, Despacho Normativo n.º 11/2002, de 6 março de 2002.

Direção Geral da Saúde. (2001). Rede hospitalar de urgência/emergência. Direção de Serviços de Planeamento. Lisboa, 24. ISBN 972-9425-99-X.

Direção Geral da Saúde. (2003b). Circular normativa n.º 09/DGCG: A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2017). Norma 001/2017 de 08 de fevereiro: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa.

Donaldson, S. K. & Crowley, D. M. (1997). The discipline of nursing, pp 235-245. In: Nicoll, Leslie H. (1997). Perspectives on nursing theory. Philadelphia, Lippincott.

Endsley, M., & Garland, D. (2000). Situation Awareness Analysis and Measurement. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ.

Fernandez Castelao, E., Russo, S. G., Cremer, S., Strack, M., Kaminski, L., Eich, C., Timmermann, A., & Boos, M. (2011). Positive impact of crisis resource management training on no-flow time and team member verbalisations during simulated cardiopulmonary resuscitation: a randomised controlled trial. *Resuscitation*, 82(10), 1338–1343. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2011.05.009>

Flin, R., & Maran, N. (2004). Identifying and training non-technical skills for teams in acute medicine. *Quality & safety in health care*, 13 Suppl 1(Suppl 1), i80–i84. https://doi.org/10.1136/qhc.13.suppl_1.i80

Fernandes, D. (2007). Vinte e cinco anos de avaliação das aprendizagens: Uma síntese interpretativa de Livros publicados em Portugal. In A. Estrela, *Investigação em Educação. Teorias e Práticas (1960 – 2005)*. (pp. 261- 301). Lisboa: Educa/ Unidade de I&D de Ciências da Educação.

Finstad, A., Ballangrud, R., Aase, I., Wisborg, T., Romundstad, L. & Bjørshol, C. (2021). Is simulation-based team training performed by personnel in accordance with the INACSL Standards of Best Practice: Simulation? a qualitative interview study. *Advances in Simulation*, 6(33), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s41077-021-00186-w>

Flowerdew, L., Brown, R., Vincent, C., & Woloshynowych, M. (2012). Identifying nontechnical skills associated with safety in the emergency department: A scoping review

of the literature. *Annals of Emergency Medicine*, 59(5), 386–394
<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2011.11>

Fontes - Pereira, A. (2017). *Revisão sistemática da literatura: Como escrever um artigo científico em 72 Horas*. Portugal: Kindle Edition.

FORTIN, M.-F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.

Fortin, M. F. (2009). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. 5ª ed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-10.

Freitas, M. J., & Parreira, P. M. (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: Operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(10), 171-178. <http://doi.org/10.12707/RIII12125>

Fritz, P. Z., Gray, T., & Flanagan, B. (2008). Review of mannequin-based high-fidelity simulation in emergency medicine. *Emergency Medicine Australasia*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2007.01022.x>

Gabr, A. K. (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. <https://doi.org/10.4997/JRCPE.2019.205>

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.

George, J. (2000). Madeleine M. Leininger. In: George, J. *Teorias de enfermagem. Os fundamentos à prática profissional* (4ª edição). pp. 297-309. Porto Alegre: Artmed Editora.

Greif, R., Lockey, A. S., Conaghan, P., Lippert, A., De Vries, W., & Monsieurs, K. G. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. *Resuscitation*, 95, 288–301. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.032>

Guinea, S., Andersen, P., Reid-Searl, K., Levett-Jones, T., Dwyer, T., Heaton, L., Flenady, T., Applegarth, J. & Bickell, P. (2019). Simulation-based learning for patient safety: The development of the Tag Team Patient Safety Simulation methodology for nursing education. *Collegian*, 26, 392–398. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.09.008>

Hunziker, S., Bühlmann, C., Tschan, F., Balestra, G., Legeret, C., Schumacher, C., Semmer, N. K., Hunziker, P., & Marsch, S. (2010). Brief leadership instructions improve cardiopulmonary resuscitation in a high-fidelity simulation: a randomized controlled trial. *Critical care medicine*, 38(4), 1086–1091. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181cf7383>.

Hunziker, S., O'Connell, K. J., Ranniger, C., Su, L., Hochstrasser, S., Becker, C., Naef, D., Carter, E., Stockwell, D., Burd, R. S., & Marsch, S. (2018). Effects of designated leadership and team-size on cardiopulmonary resuscitation: The Basel-Washington SIMulation (BaWaSim) trial. *Journal of critical care*, 48, 72–77. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.08.001>

INEM. (2019). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Instituto Nacional de Emergência Médica.

Kessler, D. O., Cheng, A. & Mullan, P. C. (2015). Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690-698.

Krage, R., Zwaan, L., Tjon Soei Len, L., Kolenbrander, M. W., van Groenigen, D., Loer, S. A., Wagner, C., & Schober, P. (2017). Relationship between non-technical skills and technical performance during cardiopulmonary resuscitation: does stress have an influence? *Emergency Medicine Journal*, 34(11), 728–733 <https://doi.org/10.1136/emered-2016-205754>

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Le Boterf, G. (2015). *Construire les compétences individuelles et collectives: agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 questions*. (7^a ed.). Eyrolles.

Leach, L. S., & Mayo, A. M. (2019). Rapid response teams: Qualitative analysis of their effectiveness. *Am J Crit Care*. 22(3), 198–210. <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2013990>.

Lessard-Hérbert, M., Goyette, G. & Boutin, G. (1990). *Investigação qualitativa: Fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN: 972-9295-75- 1.

Malcom, D. R., Pate, A. N., & Rowe, A. S. (2020). Applying safety lessons from aviation to pre-licensure health professions education: A narrative critical review. *Currents in*

pharmacy teaching and learning. 12(8), 1028-35.
<https://doi.org/10.1016/j.cptl.2020.04.015>

Manser T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 53(2), 143–151.
<https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x>

Mateus, D. & Serra, S. (2017). *Gestão em Saúde - Liderança e Comportamento Organizacional para Enfermeiros Gestores*. Lusodidacta.

Martins, J. C. A., Sousa, A. C. V., Diogo Abrantes, A. R., Silva Pinto, C. S., De Almeida Gomes, C. I., Oliveira Martins, D. J., Coutinho, V. R. D., Baptista, R.C. N., & Fernandes, M. I. D. (2017). Communication and leadership in emergency situations: Systematic literature review and recommendations for practice. *Clinical Nursing Studies*, 6(2),55-62.
<https://doi.org/10.5430/cns.v6n2p55>

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-82-610534-9.

Meleis, A. I. & Trangenstein, P. A. (2010). *Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission*. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development & progress*. 5.^a Edição. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1-60547-211-9.

Mellick, L. B. & Adams, B. D. (2009). Resuscitation team organization for emergency departments: a conceptual review and discussion. *The Open Emergency Medicine Journal*, 2, 18-27.

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.

Ministério da Saúde (2015b). Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio: Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde 2015-2020. *Diário da República, Série II, n.º 102*. Obtido de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/67324029/details/normal?l=1>

Miranda, F. B. G., Mazzo, A. & Junior, G. A. P. (2018). Uso da simulação de alta fidelidade no preparo de enfermeiros para o atendimento de urgências e emergências:

revisão da literatura. *Scientia Medica*, 28(1), 1-9. <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2018.1.28675>

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

Nallamothe, B. K., Guetterman, T. C., Harrod, M., Kellenberg, J. E., Lehigh, J. L., Kronick, S. L., Krein, S. L., Iwashyna, T. J., Saint, S., & Chan, P. S. (2018). How Do Resuscitation Teams at Top-Performing Hospitals for In-Hospital Cardiac Arrest Succeed? A Qualitative Study. *Circulation*, 138(2), 154–163. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.118.033674>

Netto, L., Silva, K. L., & Rua, M. S. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. *Esc Anna Nery*. 22 (1). 1-6. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0309>

Nolan, J. P., Soar, J., Zideman, 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, E. & Gaspar, M. (2016). A Liderança em Enfermagem e a satisfação dos pacientes em contexto hospitalar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 37(2). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.55726>

Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal. <http://hdl.handle.net/10400.26/4547>

Nunes, L. (2018). *Para uma epistemologia de enfermagem* (2.^a ed.). Lusodidacta.

Oliveira, L., Queirós, P. & Castro, V. (2015). A competência profissional dos enfermeiros. Um estudo em hospitais portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology Revista INFAD de Psicología*, 1(2),143-158. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331>

Oliveira, L. & Queirós, P. (2015). Tradução, adaptação cultural e validação da nurse competence scale (NCS) para a população portuguesa. *Revista Investigação em Enfermagem*, (10), 77-89.

Oliveira, S. N., Massaroli, A., Martini, J. G. & rodrigues, J. (2018). Da teoria à prática, operacionalizando a simulação clínica no ensino de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 71:4, 1896-1903.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros – estatuto. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

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. (2015c). Regulamento n.º 361/2015, de 26 de junho - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 123, 17240-17243.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer n.º 10/2017. Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência. Mesa do Colégio da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica. 1.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho. Regulamento de Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional. *Diário da República* n.º 123/2018, Série II.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135, 19359-19364.

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26, 4744-4750.

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro - Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2.ª série, n.º 184, 128-155.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 392/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 85, II Série.

Peltonen, V., Peltonen, L.-M., Salanterä, S., Hoppu, S., Elomaa, J., Pappila, T., Hevonoja, E., Hurme, S., Teemu, K. P., & Tommila, M. (2020). An observational study of technical and non-technical skills in advanced life support in the clinical setting. *Resuscitation*, 1-26. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.06.010>

Pereira, F. (2009). Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Coimbra: Formasau. ISBN 978-989-8269-06-5.

Pinho, M. (2006). Trabalho em equipa de saúde: limites e possibilidades de actuação eficaz. *Ciências & Cognições*.

Pires, S. M. P., Monteiro, S. O. M., Pereira, A. M. S., Stocker, J. N. M., Chaló, D. de M., & Melo, E. M. (2018). Non-technical skills assessment scale in nursing: construction, development and validation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, 1-8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2383.3042>

Porter, J. E., Cant, R. P., & Cooper, S. J. (2018). Rating teams' non-technical skills in the emergency department: A qualitative study of nurses' experience. *International emergency nursing*, 38, 15–20. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.12.006>

Portugal. Ordem dos Enfermeiros. (2006). Tomada de posição sobre segurança do cliente. Ordem dos Enfermeiros. ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf

Price, J. W., Applegarth, O., Vu, M., & Price, J. R. (2012). Code blue emergencies: a team task analysis and educational initiative. *Canadian medical education journal*. 3(1): e4. <http://www.cmej.ca>

Regulamento n.º 140/2019. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República, n.º 26, II Série de 2019-06-06.

Regulamento n.º 429/2018. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de

enfermagem à pessoa em situação crítica. (2018). Diário da República, n.º 135, II Série de 2018-07-16.

Rey, R., Pereira, A., Rosa, K., Oliveira, M., Fava, S., & Lima, R. (2021). Ensinar competências não técnicas para atendimentos de emergência: percepções de professores médicos. *Revista Brasileira Educação*, 45(1): e013. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.1-20190310>

Ribeiro, J. (2010). Metodologia de investigação em psicologia e saúde. 3ªed. Porto: Legis Editora. ISBN 978-989-8148-46-9.

Roberts, N. K., Williams, R. G., Schwind, C. J., Sutyak, J. A., McDowell, C., Griffen, D., Wall, J., Sanfey, H., Chestnut, A., Meier, A. H., Wohltmann, C., Clark, T. R., & Wetter, N. (2014). The impact of brief team communication, leadership and team behavior training on ad hoc team performance in trauma care settings. *American journal of surgery*, 207(2), 170–178. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2013.06.016>

Robinson, P. S., Shall, E., & Rakhit, R. (2016). Cardiac arrest leadership: in need of resuscitation?. *Postgrad Med J*, 92, 715–720. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2383.3042>

Rowland, M., Adefuye, A. O., Vincent-Lambert, C. (2021). The need for purposeful teaching, learning and assessment of crisis resource management principles and practices in the undergraduate pre-hospital emergency care curriculum: A narrative literature review. *Australasian Journal of Paramedicine*. 5, 18. <https://doi.org/10.3151/ajp.18.82>.

Santiago, P. (2006). Reanimação cardiopulmonar: Habilidades afetivas da equipa de enfermagem em terapia intensiva. [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais]. Escola de Enfermagem. <http://hdl.handle.net/1843/GCPA-6VUH5K>

Sarcevic, A., Marsic, I., Waterhouse, L. J., Stockwell, D. C., Burd, R. S. (2011) Leadership structures in emergency care settings: a study of two trauma centers. *Int J Med Inform*. 80(4), 227–238. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2011.01.004>

Saunders, R., Wood, E., Coleman, A., Gullick, K., Graham, R., & Seaman, K. (2021). Emergencies within hospital wards: An observational study of the non-technical skills of medical emergency teams. *Australasian Emergency Care*, 24(2), 89-95. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2020.07.003>

- Saupe, R., Benito, G., Wendhausen, A., & Cutolo, L. (2006). Conceito de competência: validação por profissionais de saúde. *Saúde em Revista*, 8 (18), 31-37.
- Schmutz, J. B., Lei Z, Eppich, W. J., & Manser, T. (2018). Reflection in the heat of the moment: the role of in-action team reflexivity in health care emergency teams. *J Org Behav*. 1(39), 749–65. <https://doi.org/10.1002/job.2299>.
- Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de urgência: da teoria à prática* (4ª ed). Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Schneider, F., Silva, L., Santos, L., Oliveira, I., Soder, R. & Vieira, Y. (2017). Estilos de liderança em enfermagem na instituição hospitalar e na atenção básica. Projeto de Pesquisa. XXV Seminário de Iniciação Científica. 1-5. <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaoconhecimento/article/view/8015>
- Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de urgência: da teoria à prática*. 6ª ed. Loures: Lusociência.
- Silva, D. M., & Silva, E. M. V. B. (2016). Ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium*, (30), 103-119. <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8437>
- Smyth, M. A., Welsford, M., Zideman, D. A., Acworth, J., Aickin, R., Andersen, L. W., Atkins, D., Berry, D. C., Bhanji, F., ... Collaborators (2022). 2022 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations: Summary From the Basic Life Support; Advanced Life Support; Pediatric Life Support; Neonatal Life Support; Education, Implementation, and Teams; and First Aid Task Forces. *Circulation*, 146(25), e483–e557. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001095>
- Soar, J., Mancini, M. E., Bhanji, F., Billi, J. E., Dennett, J., Finn, J., Ma, M. H., Perkins, G. D., Rodgers, D. L., Hazinski, M. F., Jacobs, I., Morley, P. T., & Education, Implementation, and Teams Chapter Collaborators (2010). Part 12: Education, implementation, and teams: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Resuscitation*, 81 Suppl 1(1), e288–e330. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2010.08.030>

Tintinalli, J. E., Stapczynski, J. S., Ma, O. J; Yealy, J. M., & Meckler, G. D. (2016). Tintinalli emergency medicine 2016: A comprehensive study guide (8th ed.). McGraw Hill Education.

Trewhela, J. C., Soto, N. G., Couratier, F. A., Corvetto, M. (2018). Simulação de eventos críticos em anestesia: lições e aprendizados da aviação para melhorar a segurança do paciente. ARS Médica Revista de Ciências Médicas. 43(1), 61-8. <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v43i1.1103>.

Truta, T. S., Boeriu, C. M., Copotoiu, S. M., Petrisor, M., Turucz, E., Vatau, D., & Lazarovici, M. (2018). Improving nontechnical skills of an interprofessional emergency medical team through a one-day crisis resource management training. *Medicine*, 97(32),1-7. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000011828>

Valdes, B., Mckay, M., & Sanko, J. (2020). The Impact of an Escape Room Simulation to Improve Nursing Teamwork, Leadership and Communication Skills: A Pilot Project. *Simulation & Gaming*, 52(1), 54-61. <https://doi.org/10.1177/1046878120972738>

Vilelas, J. (2020). Investigação – o processo de construção do conhecimento. 3ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo.

Watson, J. (2002). Enfermagem: ciência humana e do cuidar. Uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência.

Wilson, J. (2003). Controlo de infecção na prática clínica. 2ª ed. Loures: Lusociência. 386. ISBN 972-8383-57-6.

World Health Organization, & International Council of Nurses. (2009). ICN framework of disaster nursing competencies. Geneva: ICN & WHO.

World Health Organization. (2008). World Alliance for Patient Safety, Direcção Geral de Saúde – Manual para Observadores, Adaptado de “World Alliance for Patient Safety – Clean Care is Safer Care”. Lisboa. Portugal.

World Health Organization. (2022). Global Antimicrobial Resistance and Use Surveillance System (GLASS). World Health Organization. Resistência antimicrobiana e consumo antibacteriano (who.int).

Yeung, J. H., Ong, G. J., Davies, R. P., Gao, F., & Perkins, G. D. (2012). Factors affecting team leadership skills and their relationship with quality of cardiopulmonary

resuscitation. *Critical care medicine*, 40(9), 2617–2621.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182591fda>

Zimmer, M., Czarniecki, D. M., & Sahm, S. (2021). Communication of preclinical emergency teams in critical situations: A nationwide study. *PLOS ONE*, 16(5), 1-9.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250932>

ANEXOS

ANEXO I – “II ENCONTRO URGÊNCIAS OLIVEIRA DE AZEMÉIS”



2º ENCONTRO
URGÊNCIAS
OLIVEIRA DE AZEMEIS
CERTIFICADO

Certifica-se que:

Ivo Adriano Santos Alves

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

Resende



ANEXO II - OCEAN MEDICAL “CONGRESSO INTERNACIONAL DE
EMERGÊNCIA 2023”



CONGRESSO
INTERNACIONAL
EMERGÊNCIA'23

OCEAN MEDICAL | TAGUSPARK

Certifica-se que

Ivo Adriano Santos Alves

esteve presente no Congresso Internacional
Emergência'23 da Ocean Medical
que decorreu nos dias 25 e 26 de maio de 2023
no Centro de Congressos do Taguspark.



CONGRESSO ACREDITADO PELA
**EUROPEAN ACCREDITATION COUNCIL
FOR CONTINUING MEDICAL EDUCATION**

A Presidente do Congresso,

Sónia Sousa

O Diretor da Ocean Medical,

Pedro Caldeira

ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO

Autorização de realização de estudo



Centro de Formação e Desenv. Prof.
Ivo Adriano Santos Alves, + 1

9/01



Caro Senhor

Enfermeiro Ivo Adriano Santos Alves

Encarrega-me o Conselho de Administração de informar que deliberou, em 05/01/2023, **autorizar** a realização do seu estudo "A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS RELATIVAMENTE ÀS COMPETÊNCIAS NÃO TÉCNICAS EM CONTEXTO DE EMERGÊNCIA", 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

APÊNDICES

APÊNDICE I – FORMAÇÃO “INSUFICIÊNCIAS RESPIRATÓRIAS E
VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA”

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 Projektor 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 Projektor 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

André Castro Vitorino
Diogo Ferrão
Joaquim Antão
Rui Almeida

Objetivos

- Compreender os conceitos básicos do equilíbrio ácido base;
- Identificar os tipos de insuficiência respiratória;
- Parâmetros usados na VMN;
- Identificar fatores preditores de falhas;
- Comparar os diferentes tipos de parâmetros e modos ventilatórios usados na VMN;
- Reconhecer a importância da monitorização do doente, ventilação e ventilar;
- Compreender a importância da adaptação da pessoa com VMN e dos cuidados de enfermagem;
- Refletir acerca da forma de decisão do enfermeiro em relação à documentação dos cuidados de enfermagem.

Equilíbrio Ácido base

- Ácidos**
 - ácidos (CO₂)
 - ácido volátil (HCl)
- Bases**
 - base bicarbonato
 - base não volátil (PO₄)

todo a substância capaz de fornecer íons de hidrogénio (H⁺)

todo a substância que aceita íons de hidrogénio quando está em solução

Equilíbrio Ácido base

- A regulação precisa do pH é essencial, pois as alterações de ligeiros níveis de acidez ou alcalose no corpo são influenciadas pela concentração de H⁺.

Equilíbrio Ácido base

Regulação de H⁺

- 1 Sistema tampão ácido base
- 2 Centro respiratório
- 3 Rins

Equilíbrio Ácido base

Tampão Bicarbonato

Importância

- O equilíbrio depende da direção da formação de ácido carbónico;
- Acumula a formação de CO₂;
- CO₂ em excesso no pulmão e centro respiratório, eliminado do líquido extracelular;

Intervenção de enfermagem

- Aumento da dissolução de ácido carbónico em H⁺ e HCO₃⁻;
- Eliminação dos níveis de CO₂ que têm o centro respiratório e diminuir a sua produção;
- O aumento de HCO₃⁻ excretado por os rins.

$$CO_2 + H_2O \rightleftharpoons H_2CO_3 \rightleftharpoons H^+ + HCO_3^-$$

Equilíbrio Ácido base

O aumento da ventilação eleva a pressão arterial a PO_2 , e, portanto, a concentração de O_2 reduzida, aumentando o pH

Regulação Respiratória

Figura 10.2. Curva de saturação de oxigênio em função da pressão parcial de oxigênio. A saturação de oxigênio (SaO2) aumenta rapidamente com o aumento da pressão parcial de oxigênio (PO2) e depois se estabiliza.

Equilíbrio Ácido base

O aumento da concentração de O_2 eleva a ventilação alveolar e que eleva a PO_2 , e reduz a concentração de H^+

Regulação Respiratória

Figura 10.3. Relação entre o pH e a pressão parcial de CO_2 .

Equilíbrio Ácido base

Remoção de H^+ e Reabsorção de HCO_3^- nos Túbulos Renais

1. H_2O	2. H_2O
3. H^+ e HCO_3^-	4. H^+ , H_2CO_3
5. Reabsorção de HCO_3^-	6. Reabsorção de H_2O
7. Reabsorção de H_2O	8. Reabsorção de H_2O
9. Reabsorção de H_2O	10. Reabsorção de H_2O
11. Reabsorção de H_2O	12. Reabsorção de H_2O
13. Reabsorção de H_2O	14. Reabsorção de H_2O
15. Reabsorção de H_2O	16. Reabsorção de H_2O
17. Reabsorção de H_2O	18. Reabsorção de H_2O
19. Reabsorção de H_2O	20. Reabsorção de H_2O
21. Reabsorção de H_2O	22. Reabsorção de H_2O
23. Reabsorção de H_2O	24. Reabsorção de H_2O
25. Reabsorção de H_2O	26. Reabsorção de H_2O
27. Reabsorção de H_2O	28. Reabsorção de H_2O
29. Reabsorção de H_2O	30. Reabsorção de H_2O
31. Reabsorção de H_2O	32. Reabsorção de H_2O
33. Reabsorção de H_2O	34. Reabsorção de H_2O
35. Reabsorção de H_2O	36. Reabsorção de H_2O
37. Reabsorção de H_2O	38. Reabsorção de H_2O
39. Reabsorção de H_2O	40. Reabsorção de H_2O
41. Reabsorção de H_2O	42. Reabsorção de H_2O
43. Reabsorção de H_2O	44. Reabsorção de H_2O
45. Reabsorção de H_2O	46. Reabsorção de H_2O
47. Reabsorção de H_2O	48. Reabsorção de H_2O
49. Reabsorção de H_2O	50. Reabsorção de H_2O
51. Reabsorção de H_2O	52. Reabsorção de H_2O
53. Reabsorção de H_2O	54. Reabsorção de H_2O
55. Reabsorção de H_2O	56. Reabsorção de H_2O
57. Reabsorção de H_2O	58. Reabsorção de H_2O
59. Reabsorção de H_2O	60. Reabsorção de H_2O
61. Reabsorção de H_2O	62. Reabsorção de H_2O
63. Reabsorção de H_2O	64. Reabsorção de H_2O
65. Reabsorção de H_2O	66. Reabsorção de H_2O
67. Reabsorção de H_2O	68. Reabsorção de H_2O
69. Reabsorção de H_2O	70. Reabsorção de H_2O
71. Reabsorção de H_2O	72. Reabsorção de H_2O
73. Reabsorção de H_2O	74. Reabsorção de H_2O
75. Reabsorção de H_2O	76. Reabsorção de H_2O
77. Reabsorção de H_2O	78. Reabsorção de H_2O
79. Reabsorção de H_2O	80. Reabsorção de H_2O
81. Reabsorção de H_2O	82. Reabsorção de H_2O
83. Reabsorção de H_2O	84. Reabsorção de H_2O
85. Reabsorção de H_2O	86. Reabsorção de H_2O
87. Reabsorção de H_2O	88. Reabsorção de H_2O
89. Reabsorção de H_2O	90. Reabsorção de H_2O
91. Reabsorção de H_2O	92. Reabsorção de H_2O
93. Reabsorção de H_2O	94. Reabsorção de H_2O
95. Reabsorção de H_2O	96. Reabsorção de H_2O
97. Reabsorção de H_2O	98. Reabsorção de H_2O
99. Reabsorção de H_2O	100. Reabsorção de H_2O

Controle Renal

Equilíbrio Ácido base

pH apresenta o mesmo nível de concentração regulada de H^+

pH normal varia entre 7,38 – 7,42

- pH elevado indica = (H+) baixo = alcalose
- pH reduzido indica = (H+) elevado = acidose

HCO_3^- - 24 mEq/L
 PCO_2 - 38 mmHg
 pH - 7,38

Gasimetria

acidose - Produção de ácido láctico no tecido hepático, como resultado da produção de H^+ (devido ao metabolismo) durante o exercício intenso.

A produção excessiva pode ocorrer durante o exercício intenso devido ao aumento da produção de ácido láctico no músculo, devido ao aumento da produção de ácido láctico no músculo e ao aumento da produção de ácido láctico no músculo.

Equilíbrio Ácido base

Sangue Arterial pH 7,35-7,45

- Acidose** (pH < 7,35)
 - HCO_3^- < 22
 - HCO_3^- < 22
 - Acidose Metabólica
 - HCO_3^- < 22
 - Compensação Respiratória
- Alcalose** (pH > 7,45)
 - HCO_3^- > 26
 - HCO_3^- > 26
 - Alcalose Metabólica
 - HCO_3^- > 26
 - Compensação Respiratória

Gasmetria

CASE 1
 Homem de 70 anos
 História: diabetes, asma e insuficiência respiratória crônica com 1 dia de melhora
 sintomas: dispnéia súbita, prurido, púrpura periférica, 40°C de febre, 90% de saturação

CASE 2
 Homem de 70 anos
 Sem antecedentes. 2 dias de febre, tosse e falta de ar. Análise de urina: 40 mg de hematuria, 20 mg de leucócitos, 10 mg de nitrito, 100 mg de proteína

CASE 3
 Mulher de 70 anos
 História de doença de células falciformes. Gripe há 2 dias e piora dos sintomas há 1 dia de melhora. Sintomas: dispnéia súbita, prurido, púrpura periférica, 40°C de febre, 90% de saturação

Insuficiência Respiratória

- **VENTILAÇÃO**
 - Insuficiência ventilatória ocorre quando não há troca suficiente de gases nos pulmões.
- **OXIGENAÇÃO**
 - Insuficiência de oxigenação ocorre quando há dificuldade de troca de gases nos pulmões.

Regulação química

- Quimiorreceptores centrais
- Quimiorreceptores periféricos
- Respiração ventilatória
 - CO₂
 - O₂
 - pH sanguíneo
 - pH arterial
 - Saturação de oxigênio arterial

Insuficiência Respiratória

British Thoracic Society Guidelines for oxygen use in adults in hospital and emergency settings

The Oxygen Society of Australia and New Zealand
OXYGEN GUIDELINES FOR ACUTE OXYGEN USE IN ADULTS

Insuficiência Respiratória

Tipos	Definição fisiológica	Causas	Sintomas
Tipos I	↓ PaO ₂ < 80 mmHg	↓ Ventilação alveolar	Dispnéia, cianose
Tipos II	↓ PaO ₂ < 80 mmHg ↑ PaCO ₂ > 50 mmHg	↓ Ventilação alveolar ↑ Retenção de CO ₂	Dispnéia, cianose, edema pulmonar

Insuficiência Respiratória

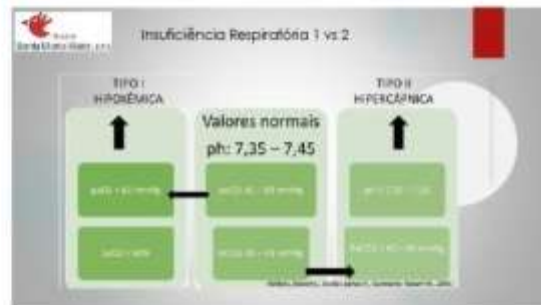
Tipos	Definição fisiológica	Causas	Sintomas
Tipos I	↓ PaO ₂ < 80 mmHg	↓ Ventilação alveolar	Dispnéia, cianose
Tipos II	↓ PaO ₂ < 80 mmHg ↑ PaCO ₂ > 50 mmHg	↓ Ventilação alveolar ↑ Retenção de CO ₂	Dispnéia, cianose, edema pulmonar

Insuficiência Respiratória

Tipo	Mecanismos fisiológicos	Causas	Tratamento
Tipo I - $PaO_2 < 80$ mmHg - hipoxêmica	- Defeito na ventilação alveolar - Defeito na difusão - Defeito na ventilação-perfusão	- Doença pulmonar - Doença cardíaca - Doença sistêmica	- Oxigênio - Ventilação - Suporte circulatório - Corticóides - Antibióticos

Insuficiência Respiratória

Tipo	Mecanismos fisiológicos	Causas	Tratamento
Tipo II - $PaO_2 < 80$ mmHg - hiperêmica	- Defeito na ventilação alveolar	- Doença pulmonar - Doença cardíaca - Doença sistêmica	- Oxigênio - Ventilação - Suporte circulatório - Corticóides - Antibióticos



Tratamento Insuficiência Respiratória

IR I (Hiperbármica)

- O2
- VMNI
- VNI
- VNI

IR II (Hipocarbônica)

- VMNI
- VNI

Oxigenoterapia Suplementar

Diagrama: Oxigenoterapia suplementar - mixed blood

Y-axis: PO2 (mmHg)

X-axis: PCO2 (mmHg)

Cânula nasal

- FIO2 24% - 1L/MIN
- FIO2 28% - 2L/MIN
- FIO2 32% - 3L/MIN
- FIO2 34% - 4L/MIN

• FIO2 = 20 + (FiO2 - 20) × (FiO2 / CO2)

Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI)

Flowchart showing types of NIV:

- CPAP
- BiPAP
- ASV
- APAP
- S/T
- ST
- ST
- ST

Conceito de VNI

VNI refere-se à utilização de um suporte ventilatório sem recurso a métodos invasivos que envolvam a manipulação da via aérea (intubação endotraqueal e/o traqueostomia).

Gregory et al., 2011

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 alveolo, condicionando a inspiração no momento da aplicação da pressão.

Gregory et al., 2011

Indicações VNI

- Tratamento de insuficiência respiratória
- Tratamento de insuficiência cardíaca
- Tratamento de insuficiência hepática
- Tratamento de insuficiência renal
- Tratamento de insuficiência neurológica
- Tratamento de insuficiência endócrina
- Tratamento de insuficiência hematológica
- Tratamento de insuficiência imunológica
- Tratamento de insuficiência genética

Contexto da Vi-PI

Antecipar ou aliviar a instalação da IR e ganhar tempo para a resolução da causa subjacente em contexto agudo ou na doença crónica agudizada.

Aliviar os sintomas da IR na pessoa em fase paliativa.

Aliviar a IR de etiologia crónica optimizando o damento da sobrevivência/ou qualidade de vida.

Conteúdo Agudo

Conteúdo Paliativo

Conteúdo Crónico

Recomendações/guidelines da ERS/ATS

Tudo Recomendado a Ser	Recomendação Condicionada Sim	Recomendação Condicionada Não	Ser Recomendado
<ul style="list-style-type: none"> 1 Suporte ventilatório não-INV 2 Ventilação não-INV 3 Ventilação não-INV 4 Ventilação não-INV 5 Ventilação não-INV 6 Ventilação não-INV 	<ul style="list-style-type: none"> 1 Escala de APACHE II 2 Escala de SAPS II 3 Escala de SOFA 4 Escala de SAPS II 5 Escala de SOFA 6 Escala de SAPS II 	<ul style="list-style-type: none"> 1 Ventilação não-INV 2 Ventilação não-INV 3 Ventilação não-INV 4 Ventilação não-INV 5 Ventilação não-INV 6 Ventilação não-INV 	<ul style="list-style-type: none"> 1 Escala de APACHE II 2 Escala de SAPS II 3 Escala de SOFA 4 Escala de SAPS II 5 Escala de SOFA 6 Escala de SAPS II

Referência: "Guidelines for the management of acute respiratory failure in intensive care: a guideline from the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) and the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM)".

Evidência Científica recente

Intervenção	Benefício	Risco	Qualidade da Evidência
Intervenção A	+	-	++
Intervenção B	+	-	++
Intervenção C	+	-	++
Intervenção D	+	-	++
Intervenção E	+	-	++
Intervenção F	+	-	++
Intervenção G	+	-	++
Intervenção H	+	-	++
Intervenção I	+	-	++
Intervenção J	+	-	++
Intervenção K	+	-	++
Intervenção L	+	-	++
Intervenção M	+	-	++
Intervenção N	+	-	++
Intervenção O	+	-	++
Intervenção P	+	-	++
Intervenção Q	+	-	++
Intervenção R	+	-	++
Intervenção S	+	-	++
Intervenção T	+	-	++
Intervenção U	+	-	++
Intervenção V	+	-	++
Intervenção W	+	-	++
Intervenção X	+	-	++
Intervenção Y	+	-	++
Intervenção Z	+	-	++

Referência: "Guidelines for the management of acute respiratory failure in intensive care: a guideline from the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) and the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM)".

Critérios Clínicos para início da Vi-PI

Critérios Clínicos

- Grosseira insuficiência respiratória.
- PaO₂ baixa com PaCO₂ elevada (20-30 mmHg).
- Sinais de falência orgânica aumentada, com elevação de marcadores sanguíneos ou múltiplos parâmetros.

Critérios Gasométricos

- PaCO₂ > 45 mmHg ou pH < 7,35 (após correção de alterações metabólicas).
- Acidose e, segundo guidelines (ERS/ATS e GOLD) não há outra razão de pH para os níveis de PaCO₂.
- Hipoxemia com PaO₂ < 60.

6 ABRIL 2017

Contra indicações para início de Vi-PI

Contra indicações Absolutas

- Falência do sistema circulatório.
- Falência do sistema cardiovascular.
- Insuficiência cardíaca congestiva.
- Oligúria/Anúria das VAS.
- Coma grave.
- Vísceras transplantadas.

Contra indicações Relativas

- Doença crónica renal.
- Síncope.
- Pressão arterial.
- Oligúria/Anúria recente.
- Oligúria/Anúria recente.
- Insuficiência cardíaca congestiva.
- Agitação / Desorientação.
- Quebra de estabilidade.

6 ABRIL 2017

Fatores preditivos de sucesso

Score de gravidade elevada

Presença de Pneumonia

Sucesso / Tópicos médicos

Atenção / Suporte clínico

Checkup

Intervenção / Suporte clínico

Demissão



Suporte Ventilatório

• Volume

- Características**
 - Volume fixo durante um determinado tempo (volume e minuto)
 - Pressão variável para atingir volume definido
- Indicações**
 - Genéricas volume
- Desvantagens**
 - Não compensação de tipo de resistência
 - TTT elevado (paralisação e barotrauma)

Suporte Ventilatório

• Pressão (PVI)

- Características**
 - Diferença em pressão (PIP e PIP) por unidade de peso ventilado
 - Volume variável em função das pressões definidas, altura respiratória do doente, resistências, compliance pulmonar e tempo inspiratório
- Indicações**
 - Indicação clássica para apneia de ventilação "ocasional"
 - Descompensação de tipo de resistência
- Desvantagens**
 - Não garante volume – risco de atelectasia

Ciclo Ventilatório

1997, 2001, 2005, 2008 - Instituto de Física de São Carlos (USP)

Parâmetros ventilatórios

- PIP (pressão positiva inspiratória)** - Pressão máxima pelo ventilador durante a fase de inspiração
 - Indicador de risco de barotrauma
 - Genérica: PIP < 35 cmH₂O
 - Para o tratamento de CO₂
 - Indicador de tipo de resistência
 - Genérica: PIP < 35 cmH₂O
- PEEP (pressão positiva expiratória)** - Pressão mínima pelo ventilador durante a fase de expiração
 - Indicador de risco de atelectasia
 - Genérica: PEEP < 5 cmH₂O
 - Para o tratamento de CO₂
 - Indicador de tipo de resistência

Parâmetros ventilatórios

- Constante I**
 - Tempo de expiração expiratória
 - 2:1 I:E
 - 3:1 para inspiração de peso inspiratório
- Apneia oculta**
 - Ocorre quando pela má sincronização do doente com o ventilador em modo de ventilação
 - Indicador de risco de barotrauma - risco de atelectasia durante a fase de apneia
 - Tempo de apneia durante a expiração
 - Chamado de "Bubbling"
- Objetivos**
 - Quando o paciente inspira o ventilador define o momento de fase e início da pressão expiratória (PEEP)

1997, 2001, 2005, 2008

Modos Ventilatórios: S- Espontânea

- O paciente controla o início e o fim da respiração
- Ventilador apenas suprte o esforço respiratório do paciente.
- Apenas é necessário PEEP e PIPAP.
- F, T e Te são variáveis

Modos Ventilatórios: S/T- Espontânea/Temporizado

- O paciente controla o início e o fim da respiração
- Ventilador suprte o esforço do paciente
 - Se ventilador
 - E se não ventilador
- É programado um nº de breaths up

Se o tempo (T_{limite}) de se o paciente não atingir os 12 segundos o ventilador começará automaticamente com uma ventilação

Ventiladores no SU

Interfaces para VIMM

Máscara ventilada vs não ventilada

Não Ventilada → Quando utilizado um circuito de ramo único com interface não ventilada a parte ou válvula existentes garantem a saída do ar exalado.

Atenção: Máscara Facial e Máscara Facial com Válvula

Máscara com/sem válvula de saída

Atenção: Durante a inspiração a válvula de saída deve estar fechada para garantir a ventilação adequada.

Circuitos para ventilação não invasiva

- Ciruito simples com válvula excitatória e linha de monitorização.
- Ciruito ativo com válvula excitatória e linha de monitorização.
- Ciruito simples.

Montagem de circuito de VMNI

Montagem de circuito de VMNI

Respirador de pressão positiva

Ciruito de pressão positiva

Máscara de ventilação

Nota do Colégio de Especialidade de Enfermagem (Associação de Enfermeiros de Portugal)

2019 / 2021

Atualização 17/1/2021

Montagem dos circuitos de VMNI e respetivos fluxos de ventilação

Resumo 1 - 1 (Versão 400 e 4000)

Associação de Enfermeiros de Portugal - Associação de Enfermeiros de Portugal - AEP

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 analgésica não depressora do CR
- Leto a 45°/60°
- Colocação de próteses dentárias
- Hidratação das mucosas e pele
- Escolha da interface adequada

Monitorização

Monitorização

Respirador de pressão positiva

Máscara de ventilação

Interface

Monitorização do doente

- Controlo da ventilação
- Membranas
- Tensão
- Estado mental (GCS)
- Resposta ventilatória (RV)
- Saturação de oxigénio
- Dinâmica gástrica
- Acuidade
- Volume por Fração
- Sinais de choque



Monitorização do dispositivo

- VC realimentada
- Diferença de Pressão
- Ruptura
- Alarmas do ventilador
- ECG



Monitorização da interface

- Tolerância
- I-lado
- Umpico



Principais complicações

Complicação	Frequência (%) a 30 dias	Mortalidade (%)
• Desalinhamento	20-30	10-15
• Hemoquele	10-20	5-10
• Desconexão	5-10	2-5
• Ruptura	5-10	2-5
• Choque	5-10	2-5
• Síncope	5-10	2-5
• Hipotensão	5-10	2-5
• Arritmias	5-10	2-5
• Lesão renal	5-10	2-5
• Lesão hepática	5-10	2-5
• Lesão pulmonar	5-10	2-5

Nota: dados de 100 pacientes de 10 centros de cuidados intensivos. Fonte: Wilson et al., Crit Care Med, 2005.

Protocolos de desmame de VIM

CONDIÇÕES DE INÍCIO

14-16 anos
 IC + VIM
 GCS 10-15
 pH 7,35-7,45

CRITÉRIOS DE INÍCIO DA INTERFERÊNCIA DE SUPORTE

Indicador de Início	Indicador de Progressão
• 7 dias de ventilação em VIM • 10-15 mmHg de pressão arterial • Saturação de oxigénio > 90% • pH 7,35-7,45 • PaO ₂ > 60 mmHg • PaCO ₂ < 45 mmHg • P < 20 cmHg	• 7 dias de ventilação em VIM • 10-15 mmHg de pressão arterial • Saturação de oxigénio > 90% • pH 7,35-7,45 • PaO ₂ > 60 mmHg • PaCO ₂ < 45 mmHg • P < 20 cmHg

Bibliografia

- Arora R, Chan J, Douglas J, et al. (2010) Ventilator weaning in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 38(12):e10-18.
- Arora R, Chan J, Douglas J, et al. (2010) Ventilator weaning in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 38(12):e10-18.
- Arora R, Chan J, Douglas J, et al. (2010) Ventilator weaning in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 38(12):e10-18.
- Arora R, Chan J, Douglas J, et al. (2010) Ventilator weaning in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 38(12):e10-18.
- Arora R, Chan J, Douglas J, et al. (2010) Ventilator weaning in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 38(12):e10-18.
- Arora R, Chan J, Douglas J, et al. (2010) Ventilator weaning in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 38(12):e10-18.
- Arora R, Chan J, Douglas J, et al. (2010) Ventilator weaning in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 38(12):e10-18.
- Arora R, Chan J, Douglas J, et al. (2010) Ventilator weaning in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 38(12):e10-18.
- Arora R, Chan J, Douglas J, et al. (2010) Ventilator weaning in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 38(12):e10-18.
- Arora R, Chan J, Douglas J, et al. (2010) Ventilator weaning in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 38(12):e10-18.

APÊNDICE II – FORMAÇÃO “ABORDAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA”

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;	Expositivo	Computador Projektor PPT Manequim	20 min	2
	-Disritmias peri paragem;			30 min	2
	-Abordagem à via aérea ;	Expositivo Demonstrativo			
	-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



18 de janeiro de 2020

Caio Vinícius
Diego Duarte
Eric Adams
Tatiana
Teresa Feres



OBJETIVOS

- Promover segurança ao socorrido e identificação de Perce em Situação Crítica (PIC) em caso de risco à vida, sobrevivência e aparelho.
- Permitir a organização dos recursos humanos na Sala de Emergência (SE) e promover funções de cada elemento ativo de suporte à atuação.
- Facilitar o Estandar para a importância de uma abordagem estruturada a PIC e Perce.
- Zelar na aplicação de BSI e SSI com técnicas corretas/globais.
- Identificar riscos perigosos e evitar o contágio.
- Compreender a importância de atitudes à luz da PIC e do cuidado do Estandar II.
- Aplicar conhecimentos tecnológicos em atuação de suporte estruturado.
- Reforçar a importância de estudos de Estandar em relação à documentação dos cuidados de abordagem a PIC e Perce.



PRECAUÇÕES DE SEGURANÇA



Não haver mais vítimas que a própria vítima!



CADIA DE SOBREVIVÊNCIA



Uma abordagem estruturada, baseada em evidências e baseada em princípios de BSI e SSI, é essencial para garantir a sobrevivência de quem sofre de uma emergência cardiovascular aguda.



ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS

Capítulo de Estandar a PIC

"Elementos qualificados presentes de forma contínua e prontos para atuar, capazes de tomar decisões rápidas, atuar segundo a prioridade de atendimento e proporcionar a atuação técnica de alta performance, organizada e baseada em evidências, visando ao risco à sobrevivência do paciente."

Objetivo do Estandar, BSI

De maneira a serem capazes de responder a emergências simples, complexas, múltiplas, simultâneas e simultâneas, com a máxima eficiência e segurança técnica, utilizando a abordagem de BSI.

O atendimento estruturado deve ser organizado e funcional, para ser eficiente.

Equipe multidisciplinar, organizada, identificada e treinada, atuando em colaboração de procedimentos e no momento de decisão, sendo cada profissional capaz de executar o que faz.



ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS



- Elemento I - Cabeça**
 - Coordenador
 - Responsável por SE
 - Resposta
 - Seguro para o atendimento
 - Atuação
- Elemento II - Braços**
 - Resposta
 - Resposta
 - Resposta
 - Resposta
- Elemento III - Pernas**
 - Resposta
 - Resposta
 - Resposta
 - Resposta
- Elemento IV - Espinha**
 - Resposta
 - Resposta
 - Resposta
 - Resposta
- Elemento V - Cabeça**
 - Resposta
 - Resposta
 - Resposta
 - Resposta

ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS

- Desenho I - Cabeça**
 - Colar Cervical
 - Respirador Bioturbador
 - Monitor
 - Sistema de oxigenação
 - ABRIL
- Desenho II - Espinha**
 - Comprimido Cefazolin
 - Tubo com 50 ml de ar (1 em 1)
- Desenho III - Pernas e Pés**
 - Monitoração
 - Unidade de perfusão
 - Perfusão e monitoração de Bateria
 - Zigzag
 - Tubo com 2 de 1 de 1 unidade

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 manobras avançadas de ventilação, monitorização e irrigação.”

Waller, 2007, p. 12

CRITÉRIOS ATIVAÇÃO SALA DE EMERGÊNCIA

- Acidose (VERDE) superior à Tabela de Metabolismo (ou seja) frequência superior ou igualada a uma ou mais com frequência (normal)
- Características por radiografia, que incluem uma escala de grau (normal, moderado e grave), ou outras, que se possam definir, independentemente de qualquer outra que se possa definir (normal, moderado e grave)
- Quemprimento pelo corpo, dos critérios de ativação da PSC
 - Comprimido de 14 anos
 - Frequência respiratória < 8 ou > 31 ciclos/minuto
 - SpO2 inferior a 90% (> 90%)
 - Frequência cardíaca < 40 ou > 160 batimentos/minuto
 - Pressão arterial sistólica < 80 mmHg
 - Esala de Coxa de Glasgow - alteração > 7 pontos (de 14 pontos)
 - Crise convulsiva, prolongada ou repetida
- Requer a necessidade de avaliação de laboratório (gasol, eletrólitos, glicose, creatinina, etc.)

ABORDAGEM À PSC-ABCDE,FG

The ABCDE approach

- A: Airway & Breathing
- B: Circulation & perfusion
- C: Disability due to hypoxia/hypotension
- D: Dose of drugs
- E: Exposure & environment

Waller, 2007, p. 12

ABORDAGEM À PSC - ABCDE,FG

- Depressão cardíaca está e tomar as seguintes medidas, como:
 - Descompressão da coluna cervical
 - Monitorar a taxa de saturação de oxigênio
 - Se a OTC é possível, realizar compressões torácicas
- O objetivo da ventilação é garantir a oxigenação adequada do tecido, não a ventilação, mesmo de forma adequada de oxigênio, que pode ser a causa de um problema
- Considerar a necessidade de administração de oxigênio, como:
 - Colar cervical
 - Respirador Bioturbador
 - Sistema de oxigenação
 - ABRIL

ABORDAGEM À PSC - ABCDE,FG

- Depressão cardíaca está e tomar as seguintes medidas, como:
 - Descompressão da coluna cervical
 - Monitorar a taxa de saturação de oxigênio
 - Se a OTC é possível, realizar compressões torácicas
- O objetivo da ventilação é garantir a oxigenação adequada do tecido, não a ventilação, mesmo de forma adequada de oxigênio, que pode ser a causa de um problema
- Considerar a necessidade de administração de oxigênio, como:
 - Colar cervical
 - Respirador Bioturbador
 - Sistema de oxigenação
 - ABRIL

ABORDAGEM À PSC - ABCDE_FG

1. Avaliação primária

- Prognose favorável: vítimas óbvias, lesões menores, vitais estáveis, hemorragias controladas, não há perigo de morte.
- Análise e plano de atuação: lesões graves e instáveis, vitais lábil, lesões perfurantes, feridas, pele contaminada e/ou com risco de vida: "já passou o momento, não há hora de parar"
- Análise e plano de procedimentos capta (TC)
- Análise plano perfuração e controle
- Análise risco de perfuração de grandes vasos
- Monitorar TA, FC, oximetria, estado de consciência
- Transferir para o centro adequado: trauma e DVA

ABORDAGEM À PSC - ABCDE_FG

2. Avaliação secundária

- Análise padrão quanto ao: trauma, estado e vitalidade e etc.
- Análise Escala de Coma de Glasgow:
- Análise frequência de sinais vitais
- Análise glóbulos brancos

Componente	Aberto	Fixo
Resposta verbal	5 Orientado 4 Desorientado 3 Incompreensível	2 Sem resposta
Resposta motora	6 Obediente 5 Localiza dor 4 Retiro membros 3 Extensão 2 Flexão	1 Sem resposta
Resposta ocular	4 Aberto 3 Aberto e não localizado 2 Aberto e localizado 1 Fixo	1 Sem resposta
Total	15	3

ABORDAGEM À PSC - ABCDE_FG

3. Avaliação terciária

- Identificar e tratar lesões extensas (lesões de múltiplos órgãos...)
- Análise e controle de temperatura corporal

ABORDAGEM À PSC - ABCDE_FG

4. Avaliação quaternária

- Exatidão anamnese, frequência sinais vitais, comunicação verbal com agente responsável do doente
- Outros dispositivos capta

FAMÍLIA

- História prévia
- Motivo de internação secundária
- Motivo de internação de família
- Repetir para familiares, agente responsável...
- Fornecer informações claras

ABORDAGEM À PSC - ABCDE_FG

5. Avaliação quinquésima

- Gestão de Do (Osteomielite do fêmur, etc.)
- Gestão de Trauma
- Gestão de queimaduras

Definições

Critérios de prioridade PSC - Instabilidade

1. Choque
 - Alteração do estado de consciência
 - CAD > 140mmHg
 - PA < 90/60mmHg
2. Sangue
 - Hemorragia de curta duração
 - Sinais vitais de PSC
 - Superfícies expostas
3. Depressão respiratória
 - Dificuldade
 - Alteração do nível de consciência



Taquicardia em doente instável

1. A cardioversão elétrica pode ser considerada.
2. A cardioversão elétrica sincronizada é recomendada nos casos de taquicardia instável.
3. Se a cardioversão elétrica falhar na primeira e/ou segunda sessão e o doente se mantém instável, a cardioversão elétrica 200 a 300 J ou 300 a 360 J ou 360 J deve ser considerada eficaz.

CAEDOVERSÃO SINCRONIZADA

1. Segurar o eletrodo.
2. Desprender o eletrodo.
3. Recolocar o eletrodo no local = SINCRONIZADA individualmente.
4. Colocar a pele molhada no paciente.
5. Desligar a máquina de sincronização antes de começar a choque.
6. Carregar todos os choques e aplicar choques (para doentes sincronizados).

360 J
120 J a 150 J*
70 J a 120 J*

* De acordo com a recomendação da Associação Europeia de Cardiologia.

Taquicardia doente estável

1. Taquicardia regular:
 1. Realizar manobras vagais.
 2. Se não for eficaz, administrar Adenosina 6-12 mg.
 3. Se Adenosina não for eficaz:
 1. Se o complexo QRS, administrar amiodarona 300 mg (ou 150 a 300 mg).
 2. Se o complexo QRS não estiver presente, administrar Verapamil (Diltiazem), ou Digoxina. Se o doente estiver instável, considerar a cardioversão elétrica.
2. Taquicardia irregular:
 1. A cardioversão elétrica é indicada na taquicardia cardíaca (paroxística, recorrente ou fibrilante).
 2. Se não for eficaz, administrar 40-60 mg de amiodarona ou 150 mg de Digoxina.
 3. Se não for eficaz, considerar a cardioversão elétrica.
 4. Considerar a cardioversão elétrica se o doente estiver instável.



Bradicardia

DOENTE ESTÁVEL:

1. Administrar atropina 1 mg (3-5 mg) a cada 5 min, até máxima de 3 mg.
2. Se a resposta for insuficiente:
 1. Administrar 2 a 3 mg de Atropina.
 2. Se não for eficaz, considerar a cardioversão elétrica.
3. Se o doente permanecer instável, considerar a cardioversão elétrica.
4. Se o doente permanecer instável, considerar a cardioversão elétrica.

DOENTE INSTÁVEL:

Se o doente estiver instável, considerar a cardioversão elétrica.

- Atropina 1 mg
 - Atropina 2 mg
 - Atropina 3 mg

Se o doente estiver instável, considerar a cardioversão elétrica.

FACE EXTERNO

Medidas:

- 1- Fim
- 2- Não fim

Diagnóstico de morte pelo FENO.



Confirmação da morte:

- Pulsos femorais
- Spikes QRS na mandíbula
- Défalo cardíaco

SUORTE BÁSICO DE VIDA


Qualidade de oxigenação	20ml de oxigênio
Desaturação e ra sat	90%
SpO2	95%
SpO2	95%
SpO2	95%
SpO2	95%
SpO2	95%
SpO2	95%
SpO2	95%
SpO2	95%



RITMOS PARAGEM CÁRDIO-RESPIRATÓRIA

- Assístolia
- AESP
- FV
- TVsp

ASSISTÓLIA



Diagnóstico de morte cerebral


Análise pelo Dr. [Nome]

Médico [Nome]

ATIVIDADE ELÉTRICA SEM PULSO



FIBRILAÇÃO VENTRICULAR



TAGICARDIA VENTRICULAR sem pulso

DESFIBRILAÇÃO

- Desfibrilação em ritmos desfibriláveis (VF) e T120
- Caso não dispense de PCR em adultos

DESFIBRILAÇÃO

Condições de risco

- Exatidão: Adesão à condutividade que não seja afetada por um erro de ritmo e de carga.
- Desfibrilação: Adesão à dose de energia.
- Ritmo: Adesão à condutividade, ritmo preciso e tempo a pelo.
- Apoio: Ter sempre um "bater" para se apoiar em caso de emergência.
- Supervisão eletrônica - garantir Onda, CVD, com todos os níveis de condutividade e CVD.
- Pêlo: Demos e monitoria.

SAV - RITMOS DESFIBRILÁVEIS

SAV - RITMOS NÃO DESFIBRILÁVEIS

EVITAR RISCO DE NÃO COMPREENDER O QUE SÃO RITMOS!

PCR - CAUSAS POTENCIALMENTE REVERSÍVEIS

5Hs	Torrax	5R's	Torrax
<ul style="list-style-type: none"> 1. Temperatura cardíaca 2. T120 3. Tensão de corrente (T120) 4. Tensão elétrica (potencial de ação cardíaca) 5. Tensão 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Pericardite aguda 2. Torção de cordão 3. Displasia coronária 4. Fibrilhação 5. Alteração da condutividade elétrica 6. Displasia coronária 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Hipoxemia 2. Hipotensão 3. Início de acidose metabólica 4. Hipocalemia 5. Hipofosfatemia 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Aneurisma coronário 2. Displasia coronária 3. Displasia coronária 4. Displasia coronária 5. Displasia coronária 6. Displasia coronária 7. Displasia coronária 8. Displasia coronária 9. Displasia coronária 10. Displasia coronária

RECOMENDAÇÕES

1. Compressão de alta velocidade, aproximadamente 100-120 por minuto, e de frequência variável (variando de 4 por minuto).
2. Compressão entre 100-120 por minuto, profundidade de entre 4-6 cm, porém variando de acordo com a situação.
3. De acordo com a manutenção das compressões, realizar compressões de resgate e de descompressão para evitar a redução da pressão por choque e não deixar o ar que se passa para deslizar.
4. Reduzir a frequência de compressões, sob a supervisão de descompressão.
5. Permitir a expansão e a expansão, visando uma frequência entre 30 e 40 por minuto, para permitir que penetrem no coração após RCP.
6. Use as compressões com alta velocidade de qualidade de compressões variáveis e de frequência RCP durante a resuscitação.

Fonte: 2010 International Consensus Conference on Resuscitation and Emergency Cardiology and Thoracic Trauma



VIA AÉREA

A possibilidade de via aérea deve ser avaliada através de técnicas próprias.

VIA AÉREA

Após garantir a permeabilidade, permitir ventilação de PCV.

VIA AÉREA

Desobstrução de via aérea "passiva"

VIA AÉREA

Máscara Laringea

- Utilizar para prevenir de aspiração.
- Inserir na boca e ao mesmo tempo pressionar para dentro o nariz e o fundo da língua.
- Desobstruir via aérea manualmente.
- Deve ser utilizada (OU) apenas se estiver disponível equipamento e pessoal treinado e habilitado.
- Após a utilização de máscara, garantir que não haja aspiração.

VIA AÉREA

Tratamiento de ROT...

VIA AÉREA

Indicaciones en fase de Emergencia

Farmacología

DURANTE A PCR...

Farmacología

Indicaciones

- A adrenergica é um agente simpaticomimético, com ação rápida sobre o SNC, melhorando a circulação dos receptores α_1 e α_2 sobre receptores de perfusão, mas também em receptores adrenérgicos periféricos e do sistema renal, aumentando a perfusão arterial e cardíaca.
- Dose:
 - Terminado a PCR e não a voltar a 1 mg EPIPO a cada 30 minutos até a recuperação da circulação (até a 1000-2000 mg) ou após desbrilagem.
- Indicações:
 - PCR
 - Choque cardiogénico e metabólico
 - Supõe todo os sintomas do choque cardiogénico.

Farmacología

Indicaciones

- A vasopressina é um hormônio antidiurético de vasopressina, que aumenta a pressão arterial e o fluxo sanguíneo no cérebro.
- Dose:
 - 100 μ g por via IV (100 μ g por via oral) em uma única dose e administração de 100 μ g IV a 200 μ g IV a cada hora até ao término do tratamento. Não há necessidade de monitorização da função renal. A administração IV de vasopressina em pacientes com insuficiência renal grave é contraindicada.
- Indicações:
 - Choque cardiogénico e hipotensão refratária aos fármacos vasoativos e vasopressores.

Farmacología

Indicaciones

- O vasopressor não é um fármaco vasoativo de efeito imediato, sendo útil na produção de fluxo sanguíneo cerebral. De rápida ação e efeito rapidamente eliminado do corpo humano, já que está associado a redução da liberação de noradrenalina, com formação de ácido láctico e hiperlactemia.
- Dose:
 - De 100 μ g IV por via intravenosa para os sintomas de perfusão cerebral, podendo ser repetido a 100 μ g a 10 minutos.
- Indicações:
 - Desaparecer os sintomas de choque hemodinâmico na presença de hipotensão refratária.
 - Taxação de Pseudo.
 - Insuficiência renal.

Farmacologia

Disritmias...

Farmacologia

Angina

- A angina é um sintoma clínico, resultado do fluxo de sangue ao miocárdio estar reduzido. Ela pode ocorrer antes, depois ou ao mesmo tempo e com frequência alternadamente e independentemente de fatores de risco cardiovascular.
- Dose
 - A dose usual atópica é de 5mg IV, podendo ser renovada conforme necessidade a cada 5-10m, até atingir 7mg (para pacientes com insuficiência renal moderada) e a duração da prescrição é a cada 24 horas, conforme.
- Indicações
 - Insuficiência coronária, angina, infarto e IAM, se possível de modo de prevenir ou reduzir a mortalidade.

Farmacologia

Ataxia

- A ataxia ocorre ao ocorrer alteração na parte do cérebro responsável a planejar, controlar e executar ações de equilíbrio de movimento, orientação espacial e percepção da velocidade que ocorre a cada 20-30 segundos, com a falta de coordenação e interrupção parcial ou completa de qualquer tentativa de movimento e alterações reflexivas.
- Dose
 - A dose usual é de 1mg/kg/dose de 12 em 12h, com redução de 50% em idosos e em pacientes com insuficiência renal moderada a grave. Evitar a dose máxima de 100mg/dose, devido ao risco de toxicidade. Evitar a dose de 100mg/dose, devido ao risco de toxicidade. Evitar a dose de 100mg/dose, devido ao risco de toxicidade.
- Indicações
 - Tratamento de náuseas, vômitos e hiperreflexia.

Farmacologia

Insuficiência

- Dose
 - 20-30mg de acetaminofeno em 24h ou de 10-15mg de 4-6 horas, dependendo da gravidade e avaliação laboratorial de função renal, porém preferir 60-60mg/24h.
- Indicações
 - Tratamento sintomático da dor aguda.
 - Outros usos: febre, inflamação.

Farmacologia

Digoxina

- Trata-se de um glicosídeo que regula e normaliza de modo inicial e progressivo a condução do sistema de condução cardíaca, aumentando a força de contração. Seu mecanismo de ação envolve a inibição da bomba de Na⁺/K⁺ATPase, aumentando a concentração intracelular de Ca²⁺, o que resulta em uma maior força de contração e redução da mortalidade de pacientes com insuficiência cardíaca.
- Dose
 - A dose usual atópica é de 0,125 a 0,25mg/dia.
- Indicações
 - Tratamento sintomático de insuficiência cardíaca congestiva (ICC).

Farmacologia

Triglicéridos

- É um lipídios de cadeia de ácidos graxos e utilizado no metabolismo energético e reserva energética de células e tecidos. É produzido no fígado e absorvido no intestino.
- Dose
 - A dose usual é de 10-20mg por 12-18h, dependendo da idade, peso e estado nutricional. Deve ser monitorado a função renal e a função hepática.
- Indicações
 - Tratamento sintomático de náuseas, vômitos e hiperreflexia em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva.
 - Tratamento sintomático de febre em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva.

Farmacologia

Insulina

- A insulina é um hormônio pancreático e antidiabético.
- Dose
 - 1 U/kg/dia ET ou
 - A dosagem depende da massa corporal e varia por que deve ser ajustada de acordo com a resposta glicêmica e glicose no sangue, visando se estabelecer um nível glicêmico.
- Indicações:
 - Diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2. Quando necessário se a resposta glicêmica não for adequada.

Farmacologia

Insulina

- É um hormônio antidiabético que atua no fígado, nos músculos, no tecido adiposo e no sistema cardiovascular, promovendo a utilização da glicose.
- Dose
 - A dose varia de 0,1 a 1 U/kg/dia, sendo se ajustada gradualmente de acordo com a resposta glicêmica. Deve-se usar insulina de ação rápida e de ação prolongada para manter a glicemia controlada (reg. de 1998, de 2017, de 2020).
- Indicações:
 - Diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2.
 - Não diabéticos, quando necessário para controle glicêmico.

Farmacologia

Insulina

- É um hormônio antidiabético que atua no fígado, nos músculos e no tecido adiposo, promovendo a utilização da glicose. Quando necessário, deve-se usar insulina de ação rápida e de ação prolongada.
- Dose
 - 0,1 a 1 U/kg/dia, sendo se ajustada gradualmente de acordo com a resposta glicêmica.
- Indicações:
 - Diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2.
 - Não diabéticos, quando necessário para controle glicêmico.

Farmacologia

Insulina

- É um hormônio antidiabético que atua no fígado, nos músculos e no tecido adiposo, promovendo a utilização da glicose. Quando necessário, deve-se usar insulina de ação rápida e de ação prolongada.
- Dose
 - 0,1 a 1 U/kg/dia, sendo se ajustada gradualmente de acordo com a resposta glicêmica.
- Indicações:
 - Diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2.
 - Não diabéticos, quando necessário para controle glicêmico.

Farmacologia

Insulina

- É um hormônio antidiabético que atua no fígado, nos músculos e no tecido adiposo, promovendo a utilização da glicose. Quando necessário, deve-se usar insulina de ação rápida e de ação prolongada.
- Dose
 - 0,1 a 1 U/kg/dia, sendo se ajustada gradualmente de acordo com a resposta glicêmica.
- Indicações:
 - Diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2.
 - Não diabéticos, quando necessário para controle glicêmico.

Farmacologia

Insulina

- Dose
 - 0,1 a 1 U/kg/dia, sendo se ajustada gradualmente de acordo com a resposta glicêmica.
- Indicações:
 - Diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2.
 - Não diabéticos, quando necessário para controle glicêmico.

Farmacologia

Sedação, analgesia e curarizantes...



Farmacologia

Propi

- É um sedativo, hipnótico, analgésico e antiespasmódico de curta duração. Causa efeitos respiratório, cardíaco e pressão arterial por um efeito primário.
- Dose
 - 1-1,2 mg/kg IV. Redução para 0,6-1 mg/kg.
- Indicação
 - Sedação
 - Sedação consciente
 - Causa de coma: convulsões rebeldes - Doses em vigília



Farmacologia

Propofol

- É um sedativo, hipnótico, analgésico. Possui de curta ação e curta (10-30 min) duração cardiovascular (hipotensão).
- Dose
 - 0,5-3 mg/kg IV
- Indicação
 - Sedação
 - Sedação consciente



Farmacologia

Morfina

- Apresenta ação sobre o sistema nervoso central, hipnótico, analgésico e antiespasmódico. Possui de curta ação e curta duração cardiovascular (hipotensão).
- Dose
 - 0,1-0,2 mg/kg IV de 15 em 15 min.
- Indicação
 - Sedação
 - Causa de apnéia e de coma
 - Sedação consciente em associação com outros fármacos.
 - Causa de coma: convulsões



Farmacologia

Quetia

- É um sedativo, hipnótico e analgésico.
- Dose (sedação)
 - 1-2 mg/kg IV ou 4 mg/kg IM
- Indicação
 - Do pós-operatório e pré-operatório
 - Ação sobre náuseas e vômitos pós-operatórios
 - Causa de vômitos em associação (CC) (preco e aumento de PK)
 - Pode provocar distensão



Farmacologia

Midazolam

- Anestésico geral
- Dose
 - 0,1-0,2 mg/kg IV

Fenobarbital

- Anestésico geral. (Ela atua primeiro por efeito de relaxamento de esfíncteres e depois por efeito sedativo em nível cerebral)
- Dose
 - 3-5 mg/kg IV



Farmacologia

Baclofen

- Efectos secundarios: náuseas, vómitos, dolor de cabeza, mareos, somnolencia, debilidad, fatiga.
- Dosis:
 - 80-120 mg/día IV
- **Contraindicaciones:**
 - Efectos secundarios alérgicos severos como anafilaxia, rinitis por eosinofilia.
 - Dosis:
 - 1-1.5 mg/kg/día

Farmacología

ARTESUNATO

Indicaciones, Dosis y otros fármacos:

- **Plasmodio**: tratamiento de la malaria, inicio de vida con 7 días + otros con amodiaquina.
- Dosis:
 - 0.2 mg/kg/día IV
 - Ameliora los efectos secundarios con antipalúdicos: cloroquina - PABA, digoxina y otros.
- **Contraindicaciones:**
 - **Trastornos**: trastornos hepáticos graves, trastornos renales graves - dosis de vida 1.5 mg.
 - Dosis:
 - 1 mg/kg/día IV (con amodiaquina)
- **Uso en ancianos y niños:**
 - **Trastornos**: trastornos hepáticos, inicio de vida 0.2 mg/kg/día IV (con amodiaquina).
 - Dosis:
 - 0.4 mg/día IV (con amodiaquina)

BIBLIOGRAFIA

- **Asociación Mexicana de Anestesiólogos (AMA)**: resolución de la Dirección de Salud Pública, Asociación Mexicana de Anestesiólogos. *Revista CMAA*, 2008; 18(4): 104-105. <http://www.asociacionmexicanadeanestesiologia.com.mx/revista/revista.php>
- **StatPearls**. Anestesia. *StatPearls Publishing*; 2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28381111>
- **WHO**. *Guía de práctica clínica: Anestesia*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
- **WHO**. *Guía de práctica clínica: Anestesia*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
- **StatPearls**. Anestesia. *StatPearls Publishing*; 2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28381111>

APÊNDICE III – 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				

ISSAR: Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde



TIAGO MAGALHÃES
 Avenida Celso, 1128
 Lagoa Sul, CEP:
 71904-900,
 Brasília, DF, 2015

Comunicação e segurança do paciente

Segurança do paciente – redução do risco de erro de mortalidade e lesão de saúde para o paciente (DHS, 2001)



Este trabalho está sob uma licença de Creative Commons Atribuição Não-Compartilhada. Para saber mais, visite o endereço: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Resumo

Objetivo Geral

- Validar a comunicação e promover a segurança do paciente na transição de cuidados de saúde, utilizando a metodologia ISSAR.

Objetivos específicos

- Demonstrar a eficácia e a metodologia ISSAR, como de aplicá-la qual a sua vantagem no campo da transição de cuidados.
- Facilitar o enfermeiro do serviço de urgência do HMM Brasília a utilizar a metodologia ISSAR na transição de cuidados.

Comunicação e segurança do paciente

Transição de cuidados de saúde – qualquer momento de prestação, em que se verifica a transferência da responsabilidade do cuidado e de informação entre prestadores, e que tem como núcleo a continuidade e segurança de cuidados médicos.

Comunicação eficaz entre profissionais de saúde – transferência de informação entre os profissionais de saúde, seja no momento de transferência, prática, completa, clara, precisa, sem ambiguidades compreendidas pelo receptor.



Comunicação e segurança do paciente

Organização Mundial de Saúde (OMS)

- Lançou o projeto World Alliance for Patient Safety;
- The Joint Commission International Center for Patient Safety;

Os dois organismos – a OMS e a JCI – desenvolveram trabalhos para abordar a segurança do paciente em unidades de saúde em todo o mundo, considerando as particularidades de cada um.

The Joint Commission International Center for Patient Safety

- 70 e 80% dos erros ocorrem em unidades de saúde relacionadas com a comunicação;
- Atividades essenciais para a promoção da segurança do paciente: um desafio de promover uma comunicação eficaz.



Comunicação e segurança do paciente

Comunicação

- Atividade e comunicação entre e com o paciente;
- Atividade e comunicação e segurança do processo de transição de cuidados;
- Adequação e comunicação de informação clínica ao paciente, família e cuidador.

Atividade e comunicação entre e com o paciente

Atividade e comunicação e segurança do processo de transição de cuidados

Adequação e comunicação de informação clínica ao paciente, família e cuidador

2016 - 2017

Comunicação e segurança do paciente

O plano nacional para a segurança do paciente 2012-2020, orienta as ações prioritárias para garantir melhores resultados em saúde.



Ministério da Saúde
 Secretaria de Saúde
 Brasília, DF, 2012

Comunicação e segurança do paciente

Durante o processo de comunicação em contextos hospitalares, podem ocorrer erros e falhas, que afetam a continuidade do cuidado e a segurança do paciente, causando a perda em vida e segurança do paciente (Cavali & Pontes, 2016)

De modo a contribuir à melhoria do cuidado ao paciente, existem várias estratégias que fortalecem o processo de comunicação entre os profissionais de saúde (Bianchi, 2016)



ISIRI ou SIMPAM Serviços

Identificação	Título do Material	Assunto	Finalidade	Responsabilidade
Nome	Nome completo	Identificação: Prática	Identificação: Prática	Prática de trabalho
Nome	Nome completo			
Profissão		Identificação: Prática	Identificação: Prática	Identificação: Prática
Localidade	Identificação: Prática	Identificação: Prática	Identificação: Prática	Identificação: Prática
Endereço	Identificação: Prática	Identificação: Prática	Identificação: Prática	Identificação: Prática
Telefone	Identificação: Prática	Identificação: Prática	Identificação: Prática	Identificação: Prática
E-mail	Identificação: Prática	Identificação: Prática	Identificação: Prática	Identificação: Prática

Obrigado

Desde o início do trabalho ISIRI, sempre tivemos um propósito muito claro: melhorar a vida de todos. Isso só é possível se todos estiverem juntos e trabalhando para o mesmo objetivo. Por isso, queremos agradecer a todos os colaboradores que fazem parte desta jornada. Sem vocês, não teríamos conseguido chegar até aqui. Continuaremos trabalhando juntos para superar todos os desafios e alcançar nossos objetivos. Muito obrigado a todos os parceiros, clientes e fornecedores que nos apoiam e nos ajudam a crescer. Vamos continuar juntos, sempre com a mesma paixão e dedicação. Um grande abraço a todos. Equipe ISIRI.



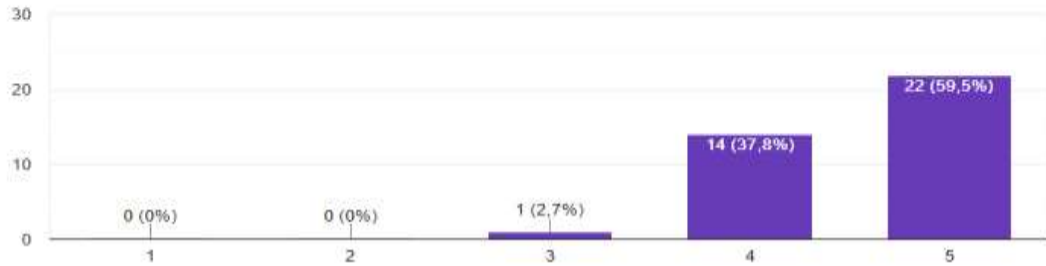
APÊNDICE IV – AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO “INSUFICIÊNCIAS
RESPIRATÓRIAS E VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NO SERVIÇO DE
URGÊNCIA”

PARTE 1

1. Esta ação de formação contribuiu para a aquisição de novos conhecimentos acerca da temática?

 Copiar

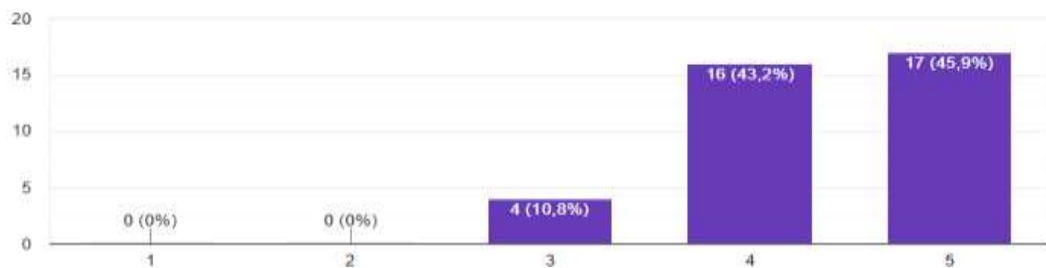
37 respostas



2. Considera que adquiriu novas ferramentas que facilitem a tomada de decisão em relação à documentação dos cuidados de Enfermagem?

 Copiar

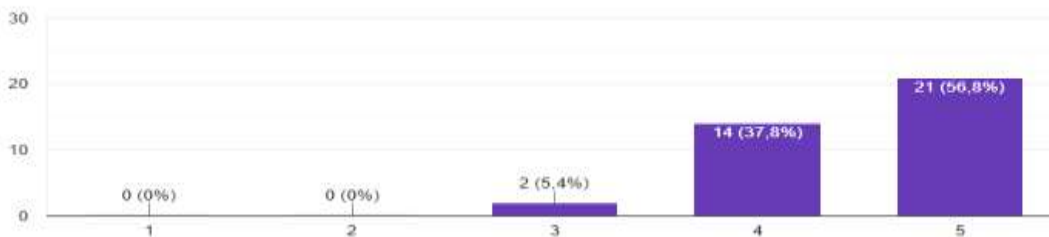
37 respostas



3. Considera que esta formação contribuiu para uma reflexão individual em relação às suas práticas?

 Copiar

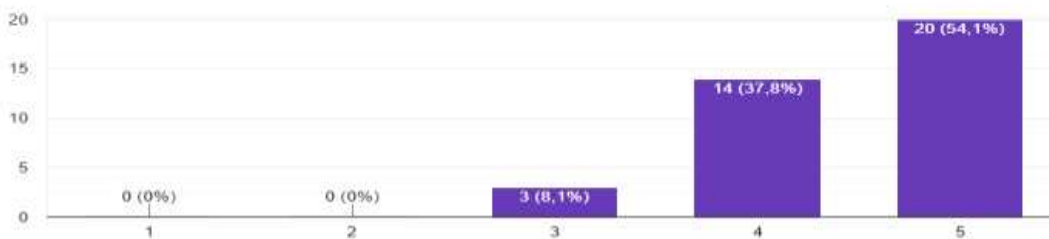
37 respostas



4. O conteúdo da formação foi adequado às suas necessidades pessoais e expectativas?

 Copiar

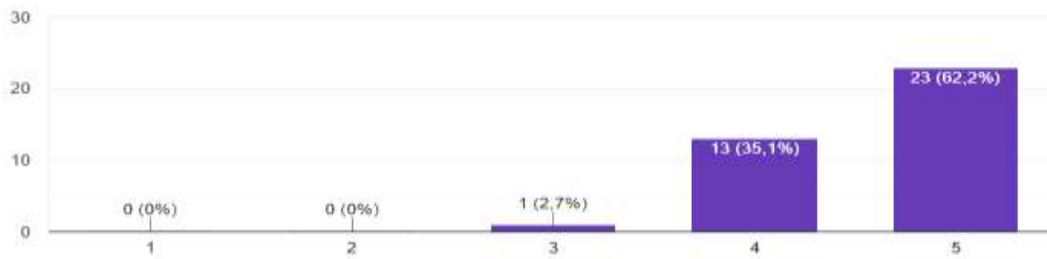
37 respostas



5. O conteúdo da formação foi adequado às necessidades do serviço?

[Copiar](#)

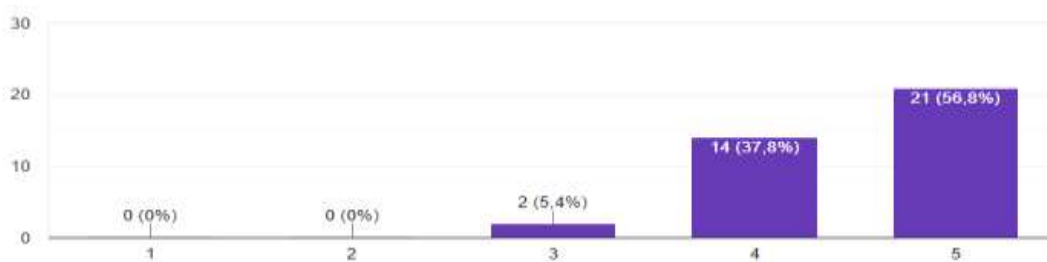
37 respostas



6. A formação contribuiu para me sentir mais capaz de cuidar da pessoa submetida a tratamento com Ventilação Mecânica Não Invasiva?

[Copiar](#)

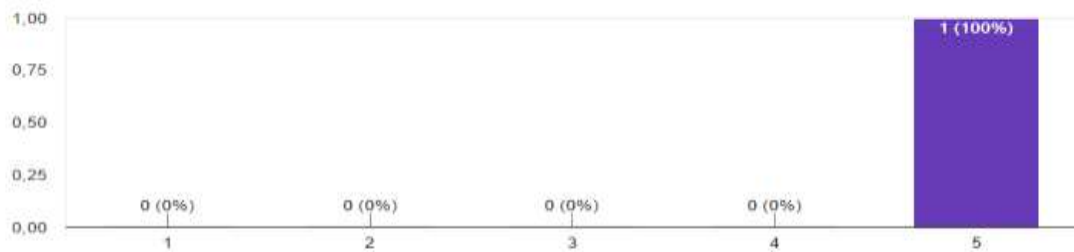
37 respostas



1. Esta ação de formação contribuiu para a aquisição de novos conhecimentos acerca da temática?

[Copiar](#)

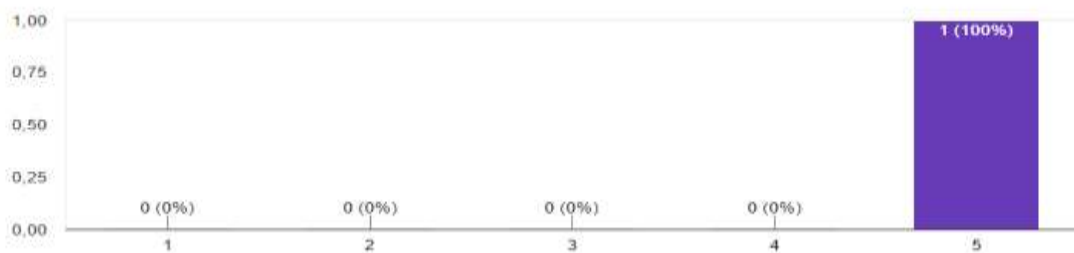
1 resposta



2. Considera que adquiriu novas ferramentas que facilitem a tomada de decisão em relação à documentação dos cuidados de Enfermagem?

[Copiar](#)

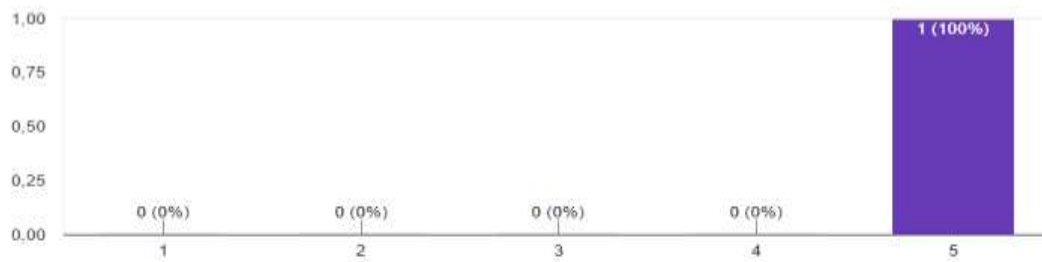
1 resposta



3. Considera que esta formação contribuiu para uma reflexão individual em relação às suas práticas?

[Copiar](#)

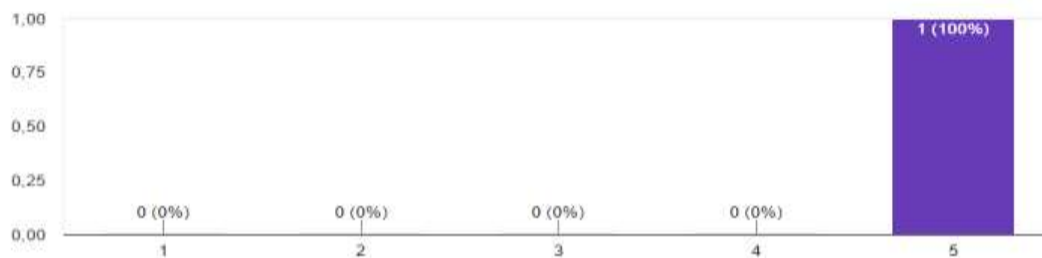
1 resposta



4. O conteúdo da formação foi adequado às suas necessidades pessoais e expetativas?

[Copiar](#)

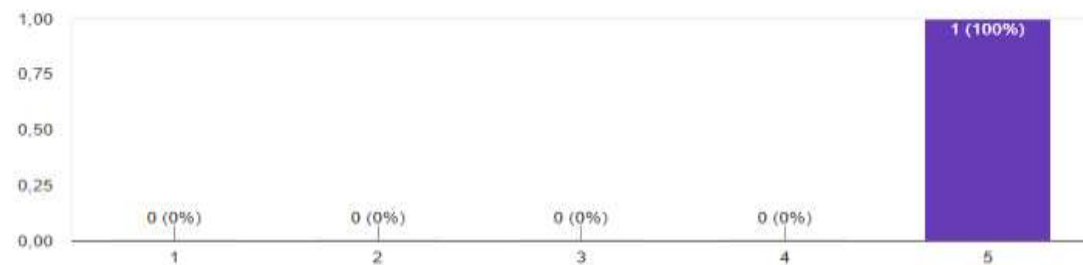
1 resposta



5. O conteúdo da formação foi adequado às necessidades do serviço?

[Copiar](#)

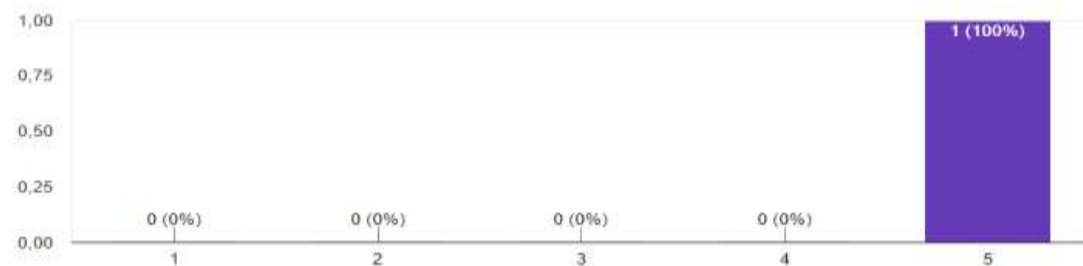
1 resposta



6. A formação contribuiu para me sentir mais capaz de cuidar da pessoa submetida a tratamento com Ventilação Mecânica Não Invasiva?

[Copiar](#)

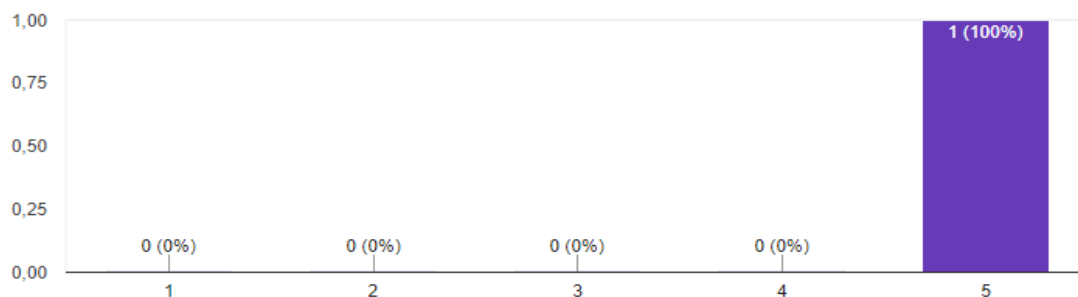
1 resposta



1. Os formadores dominaram as temáticas abordadas?

[Copiar](#)

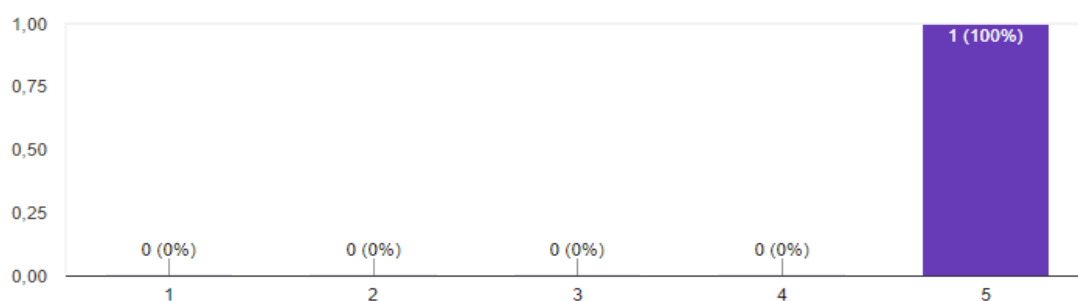
1 resposta



2. Os formadores comunicaram de forma clara e coerente?

[Copiar](#)

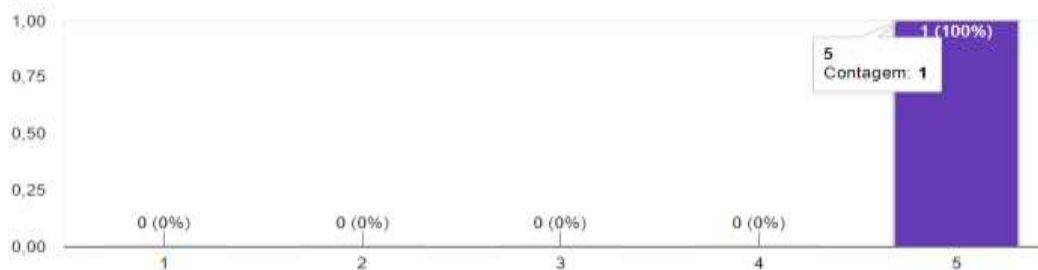
1 resposta



3. A exposição das temáticas foi clara?

[Copiar](#)

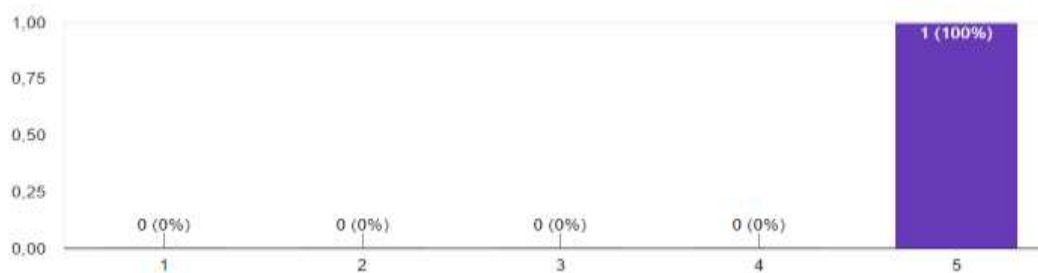
1 resposta



4. Os métodos utilizados foram adequados ao conteúdo e objetivos da formação?

[Copiar](#)

1 resposta



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 opção 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!

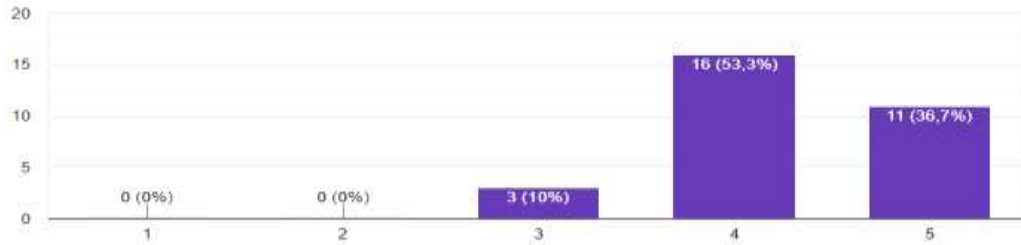
O questionário terminou!

APÊNDICE V – AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO “ABORDAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA”

1. Esta ação de formação contribuiu para a aquisição de novos conhecimentos acerca da temática?

[Copiar](#)

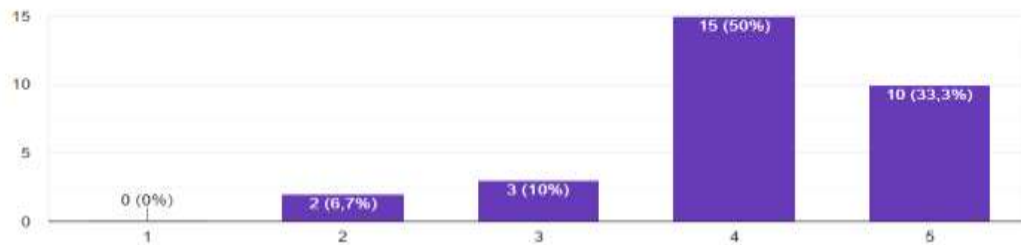
30 respostas



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](#)

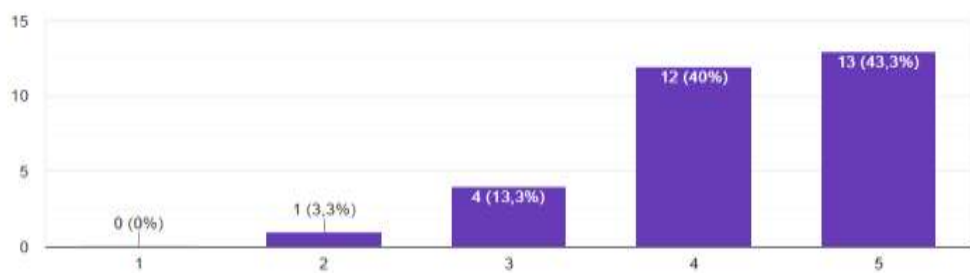
30 respostas



4. O conteúdo da formação foi adequado às suas necessidades pessoais e expectativas?

[Copiar](#)

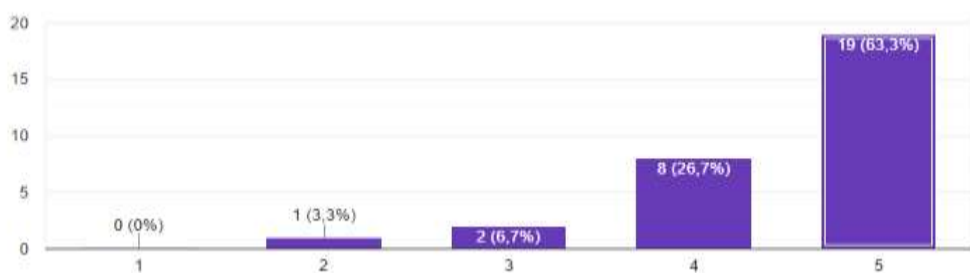
30 respostas



5. O conteúdo da formação foi adequado às necessidades do serviço?

[Copiar](#)

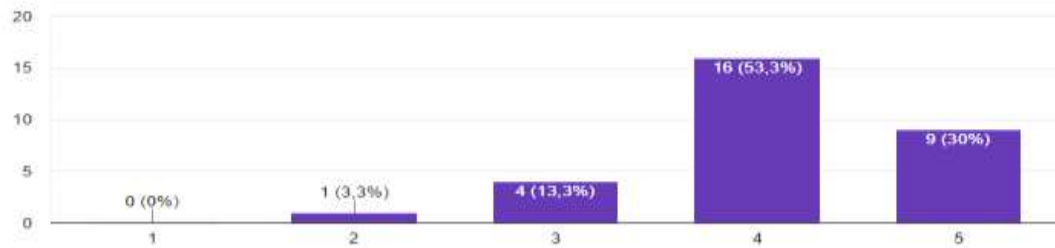
30 respostas



6. A formação contribuiu para me sentir mais capaz ao abordar à Pessoa em Situação Crítica e Família?

 Copiar

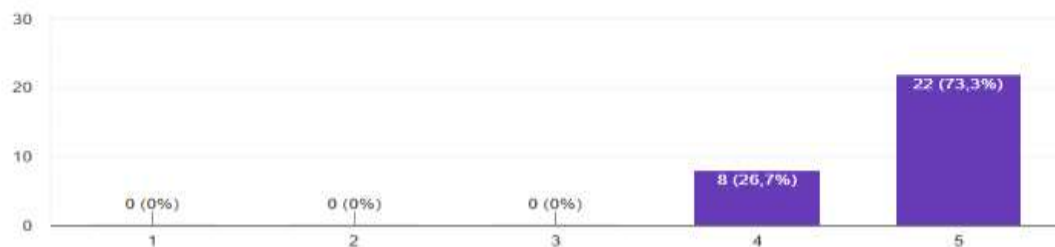
30 respostas



7. Considera pertinente a realização de formação contínua na área de abordagem à Pessoa em Situação Crítica e Família?

 Copiar

30 respostas

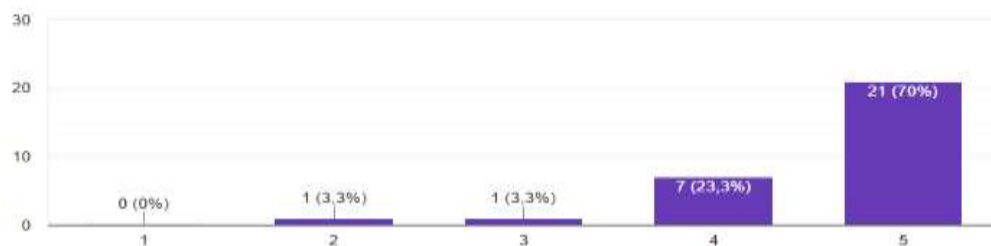


PARTE 2


1. Os formadores dominaram as temáticas abordadas?

 Copiar

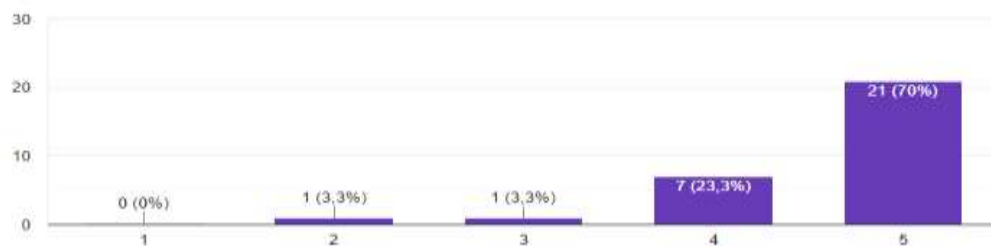
30 respostas



2. Os formadores comunicaram de forma clara e coerente?

 Copiar

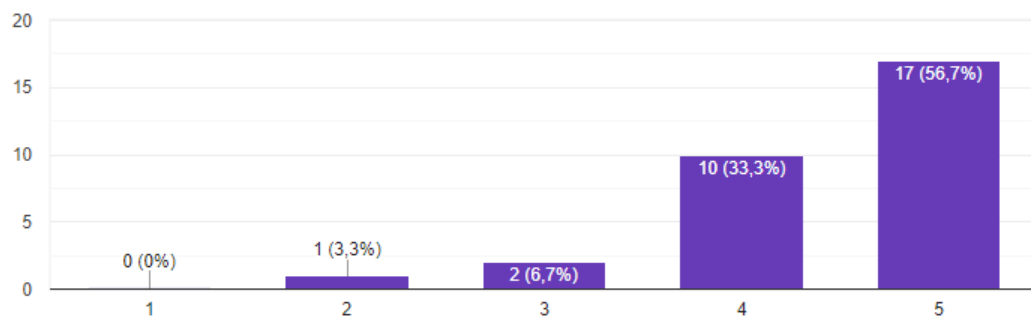
30 respostas



3. Os métodos utilizados foram adequados ao conteúdo e objetivos da formação?

 Copiar

30 respostas



APÊNDICE VI – PROTOCOLO “DOCUMENTAÇÃO DE CUIDADOS DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA” EM CONTEXTO DE
SALA DE EMERGÊNCIA

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 (Kéroac [et al], 1994; Meleis, 2012).

SClinico – 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 Hiperglicemia	Monitorizar glicemia capilar Tratar hipoglicemia Vigiar sinais de hipoglicemia Monitorizar glicemia capilar Vigiar sinais de hiperglicemia
E (Exposição e/ou 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 / Revisão	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 VII – AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO “ISBAR – COMUNICAÇÃO
EFICAZ NA TRANSIÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE”

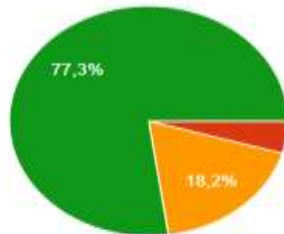
PARTE 1

1. O Plano Nacional Segurança dos Doentes 2021-2026 é suportado por 5 pilares,

[Copiar](#)

São eles:

22 respostas

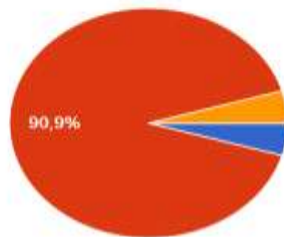


- Práticas seguras em ambientes seguros, documentação de cuidados, liderança e governança, comunicação...
- Cultura de Segurança, liderança e governança, comunicação, controlo de infeção, gestão de incidentes de segu...
- Práticas seguras em ambientes seguros, padronização e normalizaçã...
- Liderança e governança, cultura de segurança, comunicação, prevenção...

2. Na metodologia ISBAR, a sigla ISBAR corresponde a:

[Copiar](#)

22 respostas

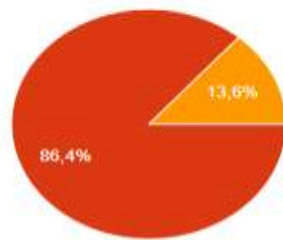


- Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Allergies (Alergias) e Recommendation (Recomendações)
- Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações)
- Introduction (Introdução), Situation (Situação atual), Back (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommen...

3. Em relação à metodologia ISBAR, selecione a opção falsa.

[Copiar](#)

22 respostas



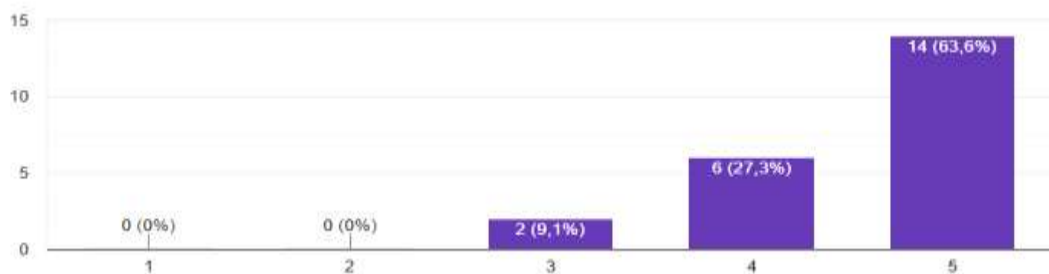
- Deverá ser um instrumento diário de comunicação, com uma linguagem global, simples e eficiente dos cuidados...
- Permite a transmissão de informação de forma ambígua, o que acarreta consequências ao nível dos diagnósticos...
- Permite padronizar a comunicação em saúde sendo reconhecida por promover...
- Fornece estrutura adequada para a comunicação entre os profissionais de...

PARTE 2

1. Esta ação de formação contribuiu para adquirir/relembrar conhecimentos acerca da temática?

[Copiar](#)

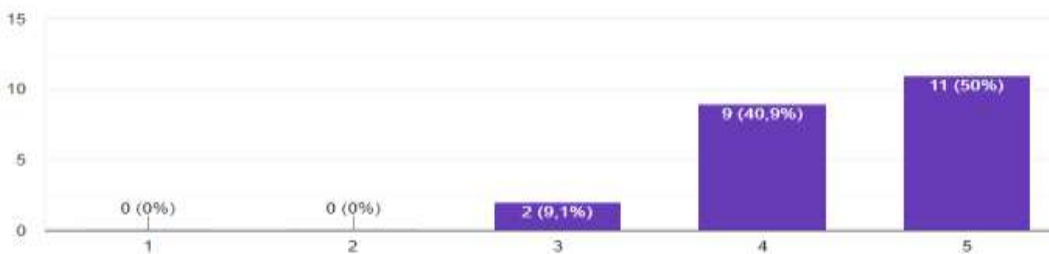
22 respostas



2. Considera que adquiriu novas ferramentas que facilitem a transmissão de informação na transição dos cuidados de saúde?

[Copiar](#)

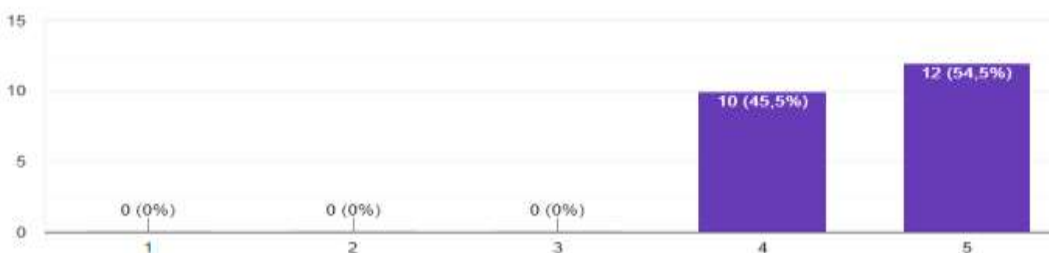
22 respostas



3. O conteúdo da formação foi adequado às suas necessidades pessoais e expectativas?

[Copiar](#)

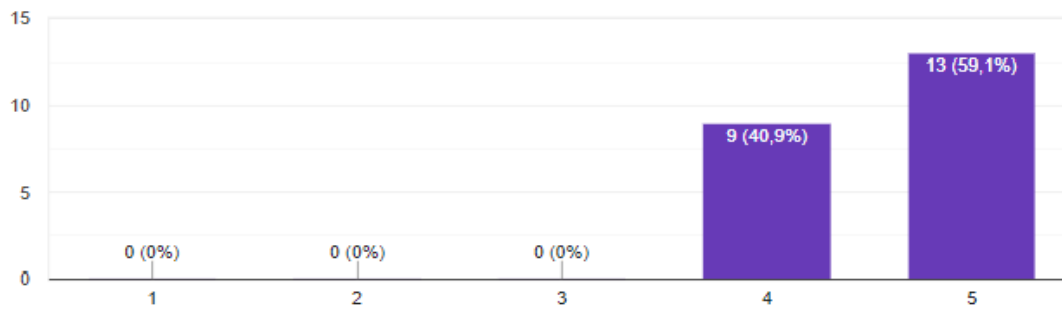
22 respostas



4. O conteúdo da formação foi adequado às necessidades do serviço?

[Copiar](#)

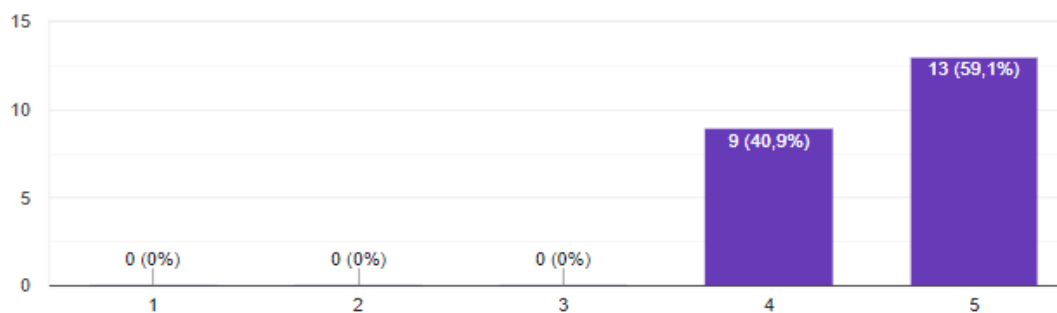
22 respostas



5. Considera que o enquadramento teórico, escrito como síntese da evidência científica, é uma mais valia na sua aprendizagem?

[Copiar](#)

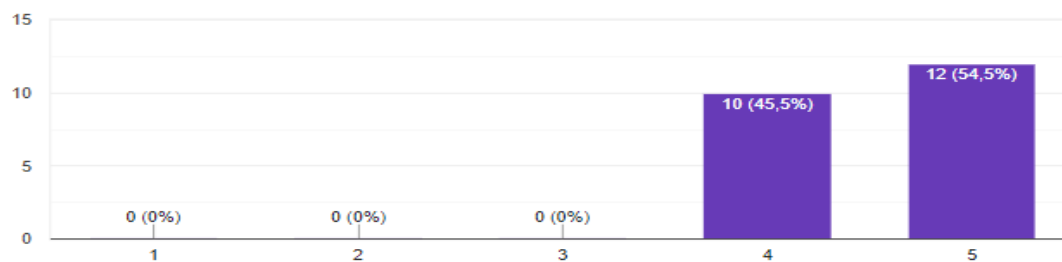
22 respostas



6. A formação contribuirá para melhorar a segurança dos cuidados de Enfermagem ao doente?

[Copiar](#)

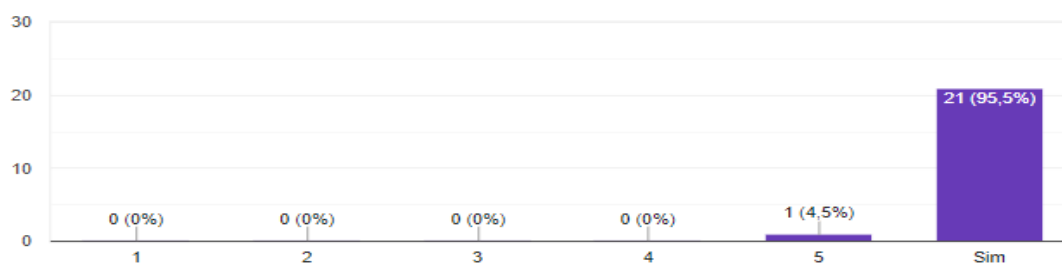
22 respostas



7. Considera pertinente a realização desta formação?

[Copiar](#)

22 respostas



8. Qual a sua opinião acerca desta metodologia assíncrona?

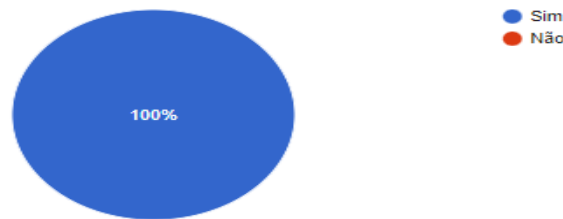
22 respostas

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

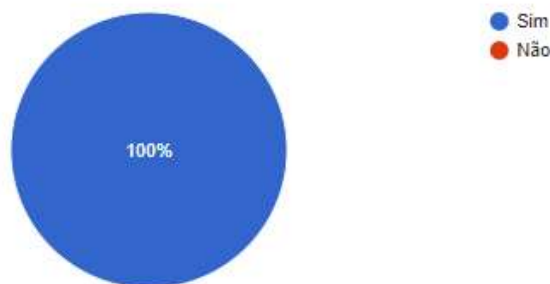
22 respostas



10. Pensa ser útil o uso e implementação do instrumento adaptado à metodologia ISBAR criado e apresentado na formação?

 Copiar

22 respostas



APÊNDICE VIII – PROJETO REORGANIZAÇÃO DA SALA DE EMERGÊNCIA

POR UMA SALA DE EMERGÊNCIA MAIS FUNCIONAL...

Autores:

António Carlos, 1128
Diogo Tomás, 2287
Ivo Alves, 2262
Rui Gonçalves, 884
Teresa Ferreira, 2375

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

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

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

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 (Webbe & 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.

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

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 conceptualização 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 steno ambiente (estímulos contextuais e resultam) 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 (Petrence & Melheim, 2010) com o objetivo de garantir a segurança dos cuidados.

O principal objetivo do programa 5S+1 é promover a mudança de comportamento das pessoas, através de eliminação de materiais obsoletos, identificação correta de materiais, garantia 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 (Petrence & Melheim, 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 *senos*, a que correspondem as cinco etapas do programa que evolui e culmina no estabelecimento dos pré-requisitos previamente determinados e na sua manutenção (Petrence & Melheim, 2010). Os 5 *senos* 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,

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.

separar os itens 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 ARRUMACÃO

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 símbolos e cores visuais 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, transcendendo 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 visões e valores, harmonizando os meios, tratando o pessoal com paciência e persistência, consciencializando-os para os 5S (Silva, 2005).

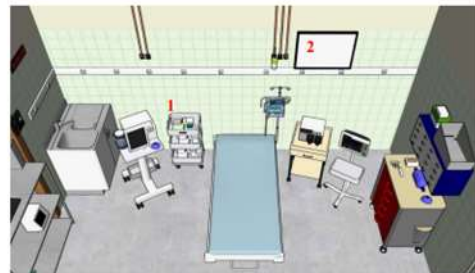


Figura 1 - Estrutura SE

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 maguill, mandril de intubação, seringa 10 cc e TOT. A prateleira B terá na sua composição: máscaras faciais de diferentes tamanhos, máscara laríngea e lubrificante. Na prateleira C, o videolaringoscópio e o kit de cricototomia. 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 planear 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.

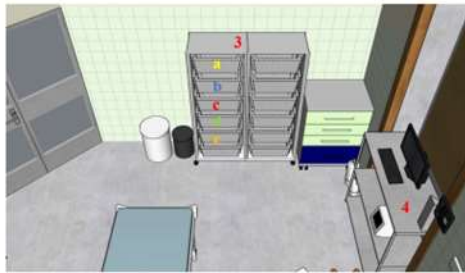


Figura 2 - Estrutura SE

- 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 alguns 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 insuficiência 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 urgência de trabalho e aos profissionais que aí cooperam, maximizando recursos e minimizando custos.

Padronizar o regulador será fundamental e necessário para depois continuar em melhoria contínua. A implementação destas alterações não se a uma lista de verificação diária que evoluios em anexo c, 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 planear 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 (Michulska & Szewiczek, 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 perceção da organização 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 embalagem adequada de todos os itens (Hoxby, 1976).

Área de atuação	Cor	Embalagem
Atuação com intervenção na via aérea crítica	A	Amarelo
Respiratório	B	Azul
Atuação com suporte de vida	C	Vermelho
Atuação de suporte vital	D	Verde
Atuação com suporte e monitoria	E	Laranja

Figura 4 - Código de cores - Fonte: Hojjer, 1976.

SALA DE EMERGÊNCIA E PRÁTICA SIMULADA

Apesar de competências técnicas como as compressões torácicas, a ventilação, a desfibração e o reconhecimento de ritmos serem importantes para o desfecho com sucesso de uma BCP, a evidência científica demonstra-nos que, as competências não técnicas na reanimação, nomeadamente, a capacidade de liderança, comunicação e treino de equipa tendem assumir relevância na qualidade dos cuidados prestados à PSC, tornando-se perentória a inclusão deste assunto nos cursos de reanimação como estratégia de melhoria da qualidade (Conselho Português de Reanimação, 2021).

Assim, a gestão eficiente de uma situação de PCR requer sempre uma abordagem integrada em equipa, com profissionais que para além das competências técnicas, devem possuir competências em comunicação e liderança, de forma a responder eficientemente perante a instabilidade hemodinâmica. Para isto, 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 3 - Protótipo de equipa 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 perspetiva 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).

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).

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 4 - Protótipo de modelo operacional para a SE do ICSM

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/ide/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.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/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 NOVAFAPI*, 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 São 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,
- Webbe, G., & Galvão, M. C. (2005). *Aplicação da Liderança Sinacional em enfermagem de emergência* Grasiela Webbe *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*. 58(1).

APÊNDICE IX – PROJETO REFERENCIAÇÃO DOS UTENTES

DIFICULDADES NA REFERENCIAÇÃO DE DOENTES NÃO URGENTES PARA O ACES CÁVADO III BARCELOS / ESPOSENDE

Autores:

António Carlos Vilas Boas, 1228
 Diogo Torres, 1287
 Francisco Costa, 1090
 Ivo Alves, 2262
 Iúli Oliveira, 2882
 Teresa Esteves, 2275

1- Introdução

O Despacho Normativo nº 11/2002, de 6 de março, publicado no Diário da República n.º 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 expetadas nas definições de urgência e emergência médica”, e que se assentam em “(...) situações de urgência e emergência médica aquelas cuja gravidade, de acordo com critérios clínicos adequados, exija uma intervenção médica imediata”.

A emergência e urgência médica são entendidas como situações clínicas de instabilidade vitais que, rapidamente, se verificam ou há risco de comprometer ou falhar de não serem tratadas vitais.

Em Portugal, por causa da viciosa rotina, os utentes recorrem aos Serviços de Urgência (SU) muitas vezes em situações desnecessárias, pois estes têm disponibilidade sazonal e efetiva nos finais de tarde e quatro horas de dia, todos os dias de ano. (Diogo, 2007).

Associada a esta realidade, confrontamos-nos com o envelhecimento da população, o aumento dos acidentes e da sinistralidade bem como de prevalência das doenças crónicas, pelo que o número de utentes que recorrem ao SU tem vindo a aumentar (Anonim, 2017).

Eficientemente, 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% dos 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 através de outros 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

Índice

Anexo I: Questionário

Anexo II: Questionário “Rastrear de acesso do encaminhamento para o ACES Cávado III”

Apesar dos diferentes estratégias declaradas nos últimos anos em Portugal como a divulgação pública de informação sobre os tempos médios de resposta aos SU, a implementação de programas de gestão de referências frequentes dos SU, a adoção de mecanismos de teleorientação de doentes crónicos, o reforço da Linha Saúde 24, entre outros, a procura destes serviços não tem diminuído de forma consistente e sustentável.

Torna-se assim fundamental a avaliação da utilização (inapropriada ou evitável) dos SU assim como medida de eficiência e melhoria da qualidade de prestação, pois permite, por um lado, identificar 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 seguro para o doente seguir de outro nível de cuidados.

A ACSS, através da Circular Normativa nº 11/2022, procura dar resposta a esta realidade e define os termos de referenciação dos cuidados de urgência classificados em brigadas de prioridades como Pronto Urgência/ Não Urgência/Encaminhamento (indicado para o Serviço (por via), não se trata, respetivamente) para os cuidados de saúde primários (CSP) e outros respostas hospitalares programadas.

Os objetivos desta referenciação são: aumentar e assegurar a atividade hospitalar programada; reduzir os tempos 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 reforço/estímulo dos designados casos “casos” não urgentes” com garantia de atendimento.

Além segundo a mesma Circular, para prosseguir a 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), no caso de respostas programadas, dos utentes triados com um “não”, “vazio” ou “branco” nos serviços de urgência hospitalar, respetivamente os procedimentos administrativos a cumprir por ambas as partes.

No SU do Hospital de Barcelos a referenciação já foi colocada em prática, sendo explorada nos termos de forma clara e importância dessa referenciação, designadamente em termos de qualidade e segurança, que para os próprios, que para os utentes que apresentam patologia grave, emergência/urgente, que efetivamente

Gestão do percurso do utente com doença aguda/legitimação de doença crónica

requerem cuidados hospitalares em SU. No entanto, por diversos motivos, o número de utentes que são efetivamente encaminhados é muito reduzido.

Torna-se muito importante perceber os motivos para esta dificuldade demonstrada na referencição, de forma a encontrar possíveis medidas de melhoria no processo e é neste sentido que surge este projeto, esperando que possa trazer-se uma incentivo à reflexão, um contributo para a melhoria da qualidade do atendimento nos SU, e consequentemente das condições de referenciação geradas no mesmo regime/urgente.

2- Referencial teórico

Percebemos necessariamente 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 aguda ou em situação de falência orgânica e seu atendimento nos SU seria eficiente e humanizada, 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, vem declarar a obrigatoriedade da implementação, em todos os SU integrados no rede de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS), de um protocolo de triagem de prioridades, com vista a garantir à pessoa com doença mais adequada e de maior qualidade assegurando uma maior prioridade às situações mais graves.

Mais recentemente, o MS, através do Despacho n.º 1097/2015, de 2 de fevereiro, determina a que todos os SU que “já tenham implementado o Sistema de Triagem Manchester (STM) devam proceder à sua implementação até 31 de dezembro de 2015”. Assim, o STM passou-se implementado em todos os SU de Portugal.

Como salienta (Silva, 2009, p.55), através da utilização do STM é possível “[...] a identificação da prioridade clínica e a definição do tempo alvo recomendado até à observação médica caso o caso, quer em situações de funcionamento normal do SU, quer em situações de catástrofe.”



Gestão do percurso do utente com doença aguda/legitimação de doença crónica

Como refere o QPT Q1010, a triagem é um processo dinâmico de triagem que acontece prioritariamente em todos os utentes enquanto aguardam observação clínica ou tratamento. Para esta triagem, o STM contempla a possibilidade de retriagem, quando se verifica um agravamento ou melhoria do seu estado clínico, durante o tempo de espera para observação médica.

No nível hospitalar, a responsabilidade técnica pela procedimento de triagem e a identificação da prioridade clínica encontram-se sob a responsabilidade do médico do Pronto Socorro associado por todos os institutos hospitalares aderentes ao Sistema de Triagem de Prioridades, que detêm a responsabilidade do processo de triagem mediante a utilização dos algoritmos e fluxogramas técnicos em vigor.

Estado implementado em todos os SU hospitalares, o STM permite a identificação dos utentes cujo atendimento não deva 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 da promoção de cooperação que facilitem a resolução conjunta dos questões que resultam da procura inadequada dos SU/hospitalar ou da necessidade de referenciação de fora do CSP para o SU.

Neste âmbito, o MS colocou em prática o projeto-piloto SNS+ Prioridade que procura a esta articulação através de projetos iniciados em hospitais da região norte e mais recentemente, a ACSS, através da Comissão Normativa n.º 11/2022, promovendo dar resposta à necessidade e, por vezes, inadequada procura dos SU, define os termos de referenciação dos episódios de urgência classificados na triagem de prioridades como Pronto Urgente/ Não Urgente/Encaminhamento inadequado para o Serviço (com verde, amil ou laranja, respetivamente) para os cuidados de saúde primários e outras respostas hospitalares programadas.

3- Metodologia

Partindo da problemática inicial que se manifesta pela dificuldade de referenciação para os Unidades de Saúde Familiar (USF) e os Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), os seus estudos



Gestão do percurso do utente com doença aguda/legitimação de doença crónica

Torna-se de uma metodologia cujo objetivo é dispor de uma sistema de triagem triagem que, de forma objetiva, reproduz o possível de melhoria e com critérios técnicos, primários e o encaminhamento em função de critérios clínicos, e não do administrativo ou de outras de diagnóstico no SU (Silva, 2009). Segundo o mesmo autor, face a triagem de prioridades é identificada crítica da gravidade, de uma forma objetiva e automatizada, que incluem a prioridade clínica ou que o utente deve ser atendido, baseada nos sintomas apresentados 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 ao apresentar 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 incluir ou excluir dos cinco prioridades clínicas.

É necessário que a triagem seja efetuada antes período de tempo de dolo a cinco minutos e a seleção da discriminador abrangente é garantido que toda resposta positiva ou que não possa ser respondido 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
Urgência máxima	Vermelha	5 minutos
Urgência grave	Laranja	10 minutos
Urgente	Amarela	60 minutos
Sem urgência	Verde	120 minutos
Não urgente	Amil	240 minutos
Não Classificável	Branco	Não definido



Gestão do percurso do utente com doença aguda/legitimação de doença crónica

respostas programadas, dos critérios triados como “vermelha”, “laranja” ou “laranja” com o serviço de urgência hospitalar, foi estabelecido o objetivo geral deste projeto.

Assim, o objetivo geral deste projeto é: avaliar os motivos que dificultam a referenciação dos utentes classificados na triagem de prioridades como Pronto Urgente/ Não Urgente/Encaminhamento inadequado para o Serviço (com verde, amil ou laranja, respetivamente) para os cuidados de saúde primários e outras respostas hospitalares programadas.

Foram estabelecidos também os objetivos específicos:

- Identificar fatores diferenciadores da referenciação dos utentes classificados na triagem de prioridades como Pronto Urgente/ Não Urgente/Encaminhamento inadequado para o Serviço (com verde, amil ou laranja, respetivamente) para os cuidados de saúde primários e outras respostas hospitalares programadas.
- Identificar motivos de melhoria na realização da referenciação dos utentes classificados na triagem de prioridades como Pronto Urgente/ Não Urgente/Encaminhamento inadequado para o Serviço (com verde, amil ou laranja, respetivamente) para os cuidados de saúde primários e outras respostas hospitalares programadas.

Para a sua consecução, necessitou-se uma recolha de dados através de questionários a realizar aos utentes que estavam a aguardar 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.

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. Ciências Saúde: Interface de Enfermagem de Coimbra, 2017. Dissertação de Mestrado.

DESPACHO n.º 1097/15. DR II Série. 22 (IG-02-2015). 3039. Estabelece disposições no âmbito do Sistema de Triagem de Manchester (MIS).



Gestão do percurso do utente com doença aguda/legitimação de doença crónica

DESPACHO nº 18459/06, DR II SNS, 170 (12-08-2006) 18011-18012. Agência a Rede de Referência Hospitalar de Urgência Emergência e a criação de unidades técnicas de urgência.

DESPACHO nº 19124/05, DR II Série, 169 (02-04-05) 12834.

BOGO, Carla S. - Inquérito da rede de urgência - Sistema de Triagem de Manuseio na especialização dos serviços do SNS. Lisboa: Instituto Superior das Ciências de Trabalho e de Empresa, 2007. Dissertação de Mestrado.

FREITAS, Maria M. - Dificuldades percebidas e grau de satisfação dos enfermeiros que fazem triagem de Manuseio nos serviços de urgência. Lisboa: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Lisboa, 2014. Dissertação de Mestrado.

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM - Triagem no serviço de urgência - manual do formado. 2ª edição. Amadora: Grupo Português de Triagem, 2010. ISBN 9789896652201.

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM - Triagem no serviço de urgência - manual do formado. Lisboa: BMD Publishing Group, 2002.

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM - Crónicas para atribuição de cor-fermas. Grupo Português de Triagem, 2008.

MACHADO, Humberto - Relação entre a prioridade no serviço de urgência (nucleologia de Manuseio) e a gravidade dos doentes. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, 2008. Dissertação de Mestrado.

MACKWAY-JONES, K., MARUDEN, J., WINDLE, J. - Emergency Triage. Manchester Triage Group. 3ª edição. Oxford: John Wiley & Sons, Ltd, 2014.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde. Comissão de avaliação da rede nacional de emergência e urgência, relatório [IM I.D.N.H.A]. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2012. Disponível em WWW: URL: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-sistema/2013/04/relatorio.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 2008.

Gestão do percurso do utente com doença aguda/legitimação de doença crónica

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde - Triagem de Manuseio e Referência Interna Hospitalar. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2015.

SILVA, António M. - Triagem de Prioridades - Triagem de Manuseio. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2009. Dissertação de Mestrado em Medicina de Catarate.

Gestão do percurso do utente com doença aguda/legitimação de doença crónica

ANEXO I - Cronograma

	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior
Proposta bibliográfica							
Recolha de dados							
Tratamento de dados							
Apresentação dos resultados							

Gestão do percurso do utente com doença aguda/legitimação de doença crónica

ANEXO II - Questionário

QUESTIONÁRIO

1 - Data: ___/___/___ 2 - Hora de abastecer: _____

3 - Sexo: _____ 4 - Género: ___(D)___(F)

5 - Como se deslocou ao SU:

- a) Transporte próprio _____
- b) Transporte público _____
- c) A pé _____
- d) Boleia _____

6 - Como se deslocaria para o CS:

- a) Transporte próprio _____
- b) Transporte público _____
- c) A pé _____
- d) Boleia _____

7 - Razões de recusa:

- a) Acha que não tem vaga _____
- b) Não tem transporte _____
- c) Não gostaria que frequentar o CS _____
- d) Espera realizar exames/medicação EV no SU _____
- e) Não gosta do(s) médico(s) de família _____
- f) Conflitos com Médica do Hospital _____
- g) É conhecido abandonar o SU e deslocar-se ao CS _____
- h) Outro (qual?) _____

APÊNDICE X – QUESTIONÁRIO “RAZÕES DE RECUSA DE
ENCAMINHAMENTO”

Gestão do percurso do utente com doença aguda/agudização de doença crónica

ANEXO IV – Questionário “Razões de recusa de encaminhamento”

1 - Data: __/__/____

2 - Hora de admissão: _____

3 - Idade: ____

4 - Género __ (M) __ (F)

5 - Como se deslocou ao SU:

- a) Transporte próprio ____
- b) Transporte público ____
- c) A pé ____
- d) Boleia ____

6 - Como se deslocaria para o CS:

- a) Transporte próprio ____
- b) Transporte público ____
- c) A pé ____
- d) Boleia ____

7 - Razões da recusa:

- a) Acha que não tem vaga ____
- b) Não tem transporte ____
- c) Não gosta/não quer frequentar o CS ____
- d) Espera realizar exames/medicação EV no SU ____
- e) Não gosta do(a) médico(a) de família ____
- f) Confia mais nos Médicos do Hospital ____
- g) É incómodo abandonar o SU e deslocar-se ao CS ____
- h) Outro (qual?) _____

APÊNDICE XI – ISBAR- COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DOS
CUIDADOS DE SAÚDE

LISTA DE SIGLAS

CIPE - Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem
DMS - Direção Geral de Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Trabalho realizado por:

António Carlos, 1118
Diogo Sousa, 2297
Ivo Alves, 2382
Teresa Pereira, 2378

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 assegurar a forma como se realiza esta transição, bem como, quais os processos que promovem e/ou dificultam a passagem de informação.

Assim, é essencial analisar os pontos críticos na transmissão de informação aquando da transição de responsabilidade de cuidados recorrendo 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 em 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 dinâmicas, pode levar à perda de informação importante para a coerência dos cuidados e ao aparecimento de eventos adversos. Neste ambiente, a assistência não é de fácil realização nem feita de forma de desprazer, sendo profissional muito pessoal. Uma transmissão adequada, precisa, fidedigna, abrangente e em tempo útil de 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 retrazo 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 associa-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 cultura devida. O foco principal é trabalhar para a ausência de dano, resultado 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 2021-2024 (PNSD 2021-2024) 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, onsite e domiciliário e a telemedicina, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação e a implementação sistematizada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos.

Tal como abordado no plano anterior, verificou-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.

1. COMUNICAÇÃO E SEGURANÇA DO DOENTE – METODOLOGIA ISBAR

Desde a sua criação até à atualidade, a comunicação de forma global tem vindo a transformar a modo de forma constante. O desenvolvimento de técnicas de comunicação promoveu novas formas de estar e viver na sociedade, deixando de existir barreiras e constrangimentos que impediram a aproximação e relação interpessoal entre os povos. Também no contexto de Enfermagem, a comunicação revelou-se como sendo essencial e imprescindível.

A Classificação Internacional Para o Prático de Enfermagem (CIPE) define comunicação como um comportamento intencional 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 importância da comunicação no desenvolvimento de Enfermagem, pois grande parte das suas intervenções ocorrem na comunicação com o doente, devendo esta ser apropriada, oportuna, eficaz, completa, segura, autêntica e no momento certo, de modo a ser percebida pelo utente (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 permitam garantir a continuidade, eficiência e segurança dos cuidados.

Apartir desta transferência pretende-se passar informações relevantes e precisas sobre a situação do doente, tratamentos instituídos, cuidados de saúde necessários, avaliação e evolução clínica, meios e/ou planeamento, abrangendo temas em reuniões interdisciplinares em reuniões clínicas dos doentes e, desta forma, maximizar os riscos associados (Johnson, Sanchez e Zhang, 2015). A existência de informação irrelevante, repetitiva ou desnecessária, tem sido identificada como um dos principais fatores associados a uma comunicação ineficaz durante o processo de transição de cuidados de saúde e pode comprometer os cuidados subsequentes.

Segundo The Joint Commission (2017), os erros são uma realidade e a sua comunicação constitui barreira para a sua ocorrência. Já anteriormente, a OMS (2007) havia alertado que, a comunicação ineficaz no transição de responsabilidade entre profissionais origina eventos adversos clínicos e erros médicos.

A comunicação eficaz durante a transferência de responsabilidades 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 cuidados dos doentes é recomendada pelo The Joint Commission, pois a standardização do método de transmissão de informação reduz a perda de informação e promove a continuidade dos cuidados.

Adicionalmente a 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, possam evitar erros e lesões sejam mitigadas, diminuídas e evitadas. (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 mesma zona 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, fundamentada por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados.

São várias as organizações e entidades no nível internacional a reconhecer a metodologia ISBAR como ferramenta para a reconstrução da comunicação na transmissão de informação. A mesma permite uma " fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de aplicação em diferentes contextos da prestação de cuidados, mas também, porque é uma estratégia de comunicação de mensagens, recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações sobre os cuidados" (DGS, 2017, p.4).

Em 2013, Trungado, descreve a metodologia ISBAR como um método eficaz para estruturar e priorizar as diferentes ações de comunicação, contribuindo para que todos os intervenientes tenham uma comunicação padronizada, clara, concisa, que promova erros e lesões que possam ocorrer no processo de comunicação clínicos, e que em contextos de urgência, se torna ainda mais importante.

Nogueira e Rodrigues, em 2015, afirmam que a metodologia ISBAR fornece estruturas adequadas para a comunicação entre os profissionais de saúde e o respeito da situação e da condição clínica do doente, a par de que os profissionais atuam nas primeiras passadas, se necessário. Silva e Rodrigues (2016), acrescentam que a comunicação deve ser intencional, acompanhada por todos os intervenientes e deve, também, respeitar os aspetos éticos.

De acordo com o termo expressamente, ISBAR significa:

Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e receptor) bem como do doente e que diz respeito à comunicação; **S**ituação atual Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; **A**ntecedentes Descrição de fatores clínicos, de enfermagem e outros relevantes, dentro do contexto de saúde; **A**valiação Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas; **R**ecomendações Descrição de ações a serem tomadas subsequentes à situação clínica do doente" (DGS, 2017, p. 4).

Também como expressão de modo explicativo de esta metodologia ISBAR no quadro 1.

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

Metodologia ISBAR	
I - IDENTIFICAÇÃO Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e receptor) bem como do doente e que diz respeito à comunicação	<ul style="list-style-type: none"> 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/destino; e) Identificação do processo registado/cuidado informado;

S - SITUAÇÃO ATUAL/CAUSA Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; c) Meios terapêuticos de diagnóstico e terapêuticos (MCTD) realizados ou a realizar;
B - ANTECEDENTES/ANAMNESE Descrição de fatores clínicos, de enfermagem e outros relevantes, dentro do contexto de saúde	<ul style="list-style-type: none"> a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de depuração; c) Dietas ou restrições de saúde; d) Alergias conhecidas ou de sua evolução; e) Hábitos relevantes; f) Terapias de reabilitação e saúde à distância; g) Tratamentos em curso realizados; h) Presença ou risco de contaminação (alergias associadas aos cuidados de saúde e medicação implementada); i) Identificação da situação social e de organização de cuidados;
A - AVALIAÇÃO Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação de eficácia das medidas implementadas;	<ul style="list-style-type: none"> a) Problemas atuais; b) Terapias medicamentosas e não-medicamentosas instituídas; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação de eficácia das medidas implementadas; d) Fases de estágio, diagnósticos e intervenções atuais;
R - RECOMENDAÇÕES Descrição de ações e plano terapêutico subsequentes à situação clínica do doente	<ul style="list-style-type: none"> a) Indicação de plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre cuidados a MCTD seguintes; c) Identificação de responsabilidades de cuidados informada;

CONCLUSÃO

Muito vezes a comunicação é passível de apresentar erros e lacunas, nesse sentido, foi reconhecida a metodologia ISBAR como uma estratégia para normalizar 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 estudo, assim como, se o entenderem, para a instituição no seu todo.

A adoção da metodologia ISBAR, como instrumento de normalização e padronização da comunicação da informação sobre o doente na transferência de responsabilidade, traduziu-se-á no melhorio e na segurança dos cuidados de Enfermagem prestados ao doente.

BIBLIOGRAFIA

- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). CIFE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros
- Decreto Geral de Saúde (2017). Norma 001/2017 de 06 de fevereiro: Comunicação eficaz no transição de cuidados de saúde. Departamento de Qualidade na Saúde. Lisboa: Direção Geral de 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), 217-228
- Nogueira, I. & Rodrigues, M. (2015). Comunicação eficaz no trabalho em equipa em saúde: desafio para a segurança do paciente. *Cognate Enfermagem*, 20(3), 636-640
- Silva, E. & Rodrigues, F. (2016). Segurança do doente e os processos sociais no relação com enfermagem em contexto de *block operation*. *Revista de Enfermagem y Biomédica: Cultura de las Ciencias*, 46, 134-135.
- The Joint Commission. (2017). Inadequate hand-off communication. *Sentinel Event Alert*, 38, 1-6. Disponível em <https://www.joint.com/patient-safety/solutions/patient-safety/PSolutions3.pdf>
- Tranquilha, M. (2015). A Comunicação Durante a Transição Dos Equipos de Enfermagem: Estudo de caso sobre as características da comunicação nos 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

Grêlia de Orientação na Transição dos Cuidados de Saúde

GRÊLIA DE ORIENTAÇÃO NA TRANSIÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

(elaborada com base no Norma de DGS 001/2017)

Identificação	Situação Atual	Ancoragem	Avaliação	Recomendações
Nome	Dado utilizado	Associação fonética	Problemas atuais	Risco de confusão
Idade	Método Intermassagem	Gravidade dependente	Temporária	MECDS ajustados
Permanência	MECDS realizados			
Tratamento	Temporária realizada	Alergia:	Alérgicos estado estável após aplicação	Interferências de cuidados
Problemas significativos		Temporária habitual		
Outros:		Risco LACT 1	Foco de atenção e intervenção	Outro
		Outro:		

APÊNDICE XII – GUIÃO DE ENTREVISTA

GUIÃO DE ENTREVISTA	
“Analisar as competências não técnicas valorizadas pelo enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de sala de emergência”	
1.ª parte - acolhimento	
<p>Objetivo:</p> <p>Informar o participante</p>	<p>O presente estudo é realizado pelo enfermeiro Ivo Adriano Santos Alves, no âmbito do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.</p> <p>O estudo tem como principal objetivo conhecer as competências não técnicas valorizadas pelo enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica na sala de emergência. Esta preocupação surge pelo facto de as competências não técnicas serem descritas como fatores que influenciam a performance das equipas na abordagem à pessoa em situação crítica.</p> <p>O procedimento de recolha de dados será a entrevista semiestruturada, a qual será gravada, para evitar perda de informação, com consentimento prévio e com a duração prevista entre 10 e 20 minutos.</p> <p>A participação neste estudo é livre, confidencial e anónima. O consentimento informado dará início à participação no estudo.</p>

2.ª parte – caracterização sociodemográfica	
<p>Objetivo:</p> <p>Caraterizar o participante</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Idade <input type="checkbox"/> ≤30 anos <input type="checkbox"/> ≥31 e ≤40 anos <input type="checkbox"/> ≥41 e ≤50 anos <input type="checkbox"/> ≥51 anos ● Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino ● Categoria profissional <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Enfermeiro Especialista ● Formação académica <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Especialidade _____ <input type="checkbox"/> Mestrado _____

	<input type="checkbox"/> Doutoramento _____ <input type="checkbox"/> Pós-Graduação _____ <ul style="list-style-type: none"> ● Tempo de serviço: <input type="checkbox"/> ≤ 2 anos <input type="checkbox"/> ≥ 3 e ≤ 10 anos <input type="checkbox"/> ≥ 11 e ≤ 20 anos <input type="checkbox"/> ≥ 21 anos ● Tempo de experiência profissional na sala de emergência: <input type="checkbox"/> ≥ 2 e ≤ 10 anos <input type="checkbox"/> ≥ 11 e ≤ 20 anos <input type="checkbox"/> ≥ 21 anos
--	---

3.^a parte – Objetivos/ Questões orientadoras

Objetivos	Questões orientadoras
Descrever as competências não técnicas que os enfermeiros valorizam na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de sala de emergência.	Na sua opinião quais as competências não técnicas que o enfermeiro deve ter para prestar cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de sala de emergência?
Identificar os fatores que interferem na operacionalização de competências não técnicas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de sala de emergência.	Quais os fatores que condicionam a operacionalização das competências não técnicas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de sala de emergência?
Identificar as estratégias usadas pelos enfermeiros para ultrapassar os fatores que interferem na operacionalização das competências não técnicas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica	Quais as estratégias utilizadas para ultrapassar as condicionantes acima descritas para operacionalizar as competências não técnicas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de sala de emergência?
Identificar sugestões para o desenvolvimento das competências não técnicas na abordagem à pessoa em situação crítica em contexto e sala de emergência.	Quais as sugestões para o desenvolvimento das competências não técnicas no contexto da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de sala de emergência?

4.^a parte – Fecho da entrevista

- Agradecer a colaboração do participante e reforçar a importância da sua participação no estudo
- Resumir os aspetos principais abordados na entrevista
- Dar oportunidade/solicitar ao participante para acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por abordar durante a entrevista

APÊNDICE XIII – MATRIZ DE REDUÇÃO DE DADOS

Área temática: Competências não técnicas valorizadas pelos enfermeiros na abordagem à PSC em contexto de SE.	
Subcategorias	Unidade de registo
Comunicação	<p>“uma comunicação eficaz, uma comunicação que seja adequada a todos (equipa multiprofissional) ... ter autocontrolo e postura correta...” (E1)</p> <p>“a capacidade de comunicar...” E2</p> <p>“a comunicação (...) de salientar estas características...” E3</p> <p>“acho que comunicação é importante...” E4</p> <p>“a comunicação...a empatia... assertividade” E5</p> <p>“acima de tudo, a comunicação, ser assertivo...” E6</p> <p>“comunicação eficaz em equipa...” E7</p>
Liderança	<p>“um líder com capacidade de liderança também acaba por ser um ponto importante...” E1</p> <p>“Capacidade de liderança...” E2</p> <p>“A liderança (...) de salientar estas características...” E3</p> <p>“capacidade de liderança...” E4</p> <p>“a liderança pode ser outra das competências não técnicas...” E5</p> <p>“depois também a gestão de equipa...” E6</p> <p>“capacidade de liderança...” E7</p> <p>“o nível de liderança também é importante...” E8</p>
Planeamento	<p>“fazer um planeamento e uma gestão correta das tarefas...” E1</p> <p>“capacidade de planear os cuidados...” E4</p>

Consciência da situação	Tomada de decisão	<p>“...capacidade de tomada de decisão...” E4 “...capacidade de resolver problemas...” E4 “...a tomada de decisão na sala de emergência...” E8</p>
	Antecipação	<p>“...antecipar o que poderá acontecer...” E1 “...gerir a situação...” E3 “...antecipar possíveis complicações...” E7</p>
Gestão de stress e emoções		<p>“...manter a calma em situações de emergência...” E1 “Alguma calma de espírito para conseguir abstrair do que está em redor...” E3 “Não se deixar às vezes levar com emotividade...” E3 “...gerir situações de stress de maior emoção...” E4 ”...capacidade de gestão de stress...” E5 “...manter sempre a calma...” E7 “...gestão de conflitos de stresses...” E8</p>
Trabalho em equipa		<p>“Capacidade de trabalhar em equipa...” E4 “espírito de coesão...” E4 “capacidade de acatar e seguir ordens diretas...” E5 “...a capacidade de trabalhar em equipa, seja em funções de liderança da equipa da sala de emergência, seja apenas como membro da equipa da sala de emergência...” E6 “é mesmo o trabalho em equipa...” E7</p>

Área temática: fatores que interferem na operacionalização de competências não técnicas no atendimento da pessoa em situação crítica na sala de emergência.		
Categoria	Subcategorias	Unidades de registro
Recursos humanos	Organização da equipa	<p>“...o excesso de elementos na sala de emergência, muitas vezes não ajuda e acaba por prejudicar...” E1</p> <p>“...o excesso de elementos dentro da sala...” E2</p> <p>“...o facto de ter mais elementos do que o necessário na sala de emergência em algumas situações. Isso pode condicionar alguma organização pensamento...” E3</p> <p>“sala ter pessoas que não estão na execução ou tratamento ao doente...” E4</p> <p>“...se ao ambiente é muito confuso, e muito confuso...” “Pessoas que não estão diretamente implicadas no desempenho, mas que estão indiretamente, porque estão dentro da sala... o que condiciona o atendimento...” E5</p> <p>“...excesso de elementos que muitas das vezes entram na sala de emergência quando ocorre uma situação...” E6</p> <p>“...excesso de elementos na SE” E7</p> <p>“...que tem internos em que na sala de emergência... se calhar não seriam necessários tantos elementos...” E8</p>
	Formação	<p>“...equipas que não estão todos ao mesmo nível, com níveis de formação diferente...” E1</p> <p>A falta de formação dos auxiliares (...) não estão lá e depois sentes falta deles” E2</p> <p>“...o que poderá influenciar negativamente poderá ser a falta de conhecimento...a falta de formação e experiência na área, não está habituado a trabalhar com essas situações, não ter uma capacidade de observação e de antecipar situações...” E3</p> <p>“O nível de competências dos outros elementos da equipa também irá condicionar...” E5</p>

Comunicação ineficaz		<p>“...o facto de toda gente falar e não respeitarem muito bem quem está ali a liderar a sala...” E2</p> <p>“muito ruído... o facto de haver fugas de informação de não haver comunicação dirigida e no sentido unidirecional...” E4</p> <p>“Existe também o ruído que existe, seja ele de fora da equipa ou dentro... de todo o cenário onde se está a desempenhar funções...” E5</p> <p>” ...entra numa espécie de ruído em que cada um vai falando, não se consegue manter uma comunicação eficaz e interfere.” E6</p> <p>“...o ruído que se sente na própria sala... não haver uma comunicação em circuito fechado...” E7</p>
Estrutura da SE	Recursos materiais	<p>“excesso de material todo amontoado...” E2</p>
	Dimensão da SE	<p>“eu acho que é um espaço pequeno, com uma sala pequena...” E1</p> <p>“O espaço físico limitado...” E2</p> <p>“E depois é difícil também o espaço físico, que não é muito amplo e que muitas vezes também pode interferir...” E6</p> <p>“Condições físicas, o facto da sala não ser muito grande...” E8</p>



Área temática: Estratégias valorizadas pelos enfermeiros para ultrapassar os fatores que interferem na operacionalização das competências não técnicas.		
Categoria	Subcategoria	Unidade de registro
Dotação de pessoal		<p>“é tentar tirar da sala de emergência os elementos que não fazem falta ao então chamar, se eventualmente fizer falta...” E1</p> <p>“Se cumprissem o número de elementos escalado para a sala seria uma mais valia...” E2</p> <p>“nós já temos, em termos da sala, os elementos destinados para a sala de emergência que tem que ser (...) sala de emergência podem abonar positivamente...” E3</p> <p>“poderá passar por solicitar a quem está fora da equipa sem funções atribuídas ou função de integração para sair da sala...” E5</p> <p>“por solicitar a quem não faz parte da equipa de emergência que saia da sala...” E6</p> <p>“solicitar a quem está a mais na sala e que possam estar a interferir que saiam...” E7</p> <p>“Sugerir estar presente em situações de emergência os elementos que fazem falta...” E8</p>
Comunicação eficaz		<p>“dígamos que em circuito fechado acaba se por conseguir trabalhar melhor e mais eficazmente nessas situações...” E1</p>
Liderança eficaz		<p>“para decidir e liderar essas situações normalmente delegamos e reatramos, e fica mais para os médicos, mas seria então assumir o papel de liderança...” E4</p> <p>“decidir quem lidera...” E8</p>

Área temática: Sugestões para aquisição e desenvolvimento das competências não técnicas.		
Categoria	Subcategoria	Unidade de registro
Formação contínua	Prática simulada	<p>“acho que se fizermos ciclicamente formação prática de prática simulada, irá melhorar as competências técnicas e essencialmente não técnicas na abordagem á pessoa em situação crítica...por isso eu acho que a prática simulada será sem dúvida uma mais valia estar inserida em contexto de formação para os elementos que fazem sala de emergência e emergência interna...” E1</p> <p>“As práticas simuladas também quantas mais melhor...” E2</p> <p>“prática simulada, para que possamos trabalhar em um contexto, é essencial para entre as partes estarmos à vontade...” E3</p> <p>“fazer simulações para indicar como é que se faz uma abordagem integral na sala, não apenas ao doente, mas coordenada entre todos os elementos que se expõe na sala...” E4</p> <p>“uma prática simulada, isto é, criar cenário simulados...serão os momentos para o melhor desenvolver destas competências...se fizermos prática simulada em contexto de sala de emergência, provavelmente temos as condições ideais para o desenvolvimento destas competências.” E5</p> <p>“formação de prática simulada para trabalhar também estas questões.” E6</p> <p>“é a prática simulada... é uma mais valia e deveria ser ate ao nível das equipas de carater obrigatório e integrar formação de serviço...” E7</p> <p>“formação baseada em práticas simuladas...” E8</p>

	Formação em serviço	<p>“A formação em serviço no nosso caso depois de da licenciatura...” E4</p> <p>“formação dependendo das competências que estivermos a falar pode ser formação teórica (...) de ser desenvolvida em cenário, a calma...” E5</p> <p>“fazemos um programa de formação em serviço em que todos num momento se calhar teórico inicial e depois em sala de emergência...” E6</p> <p>“uma formação teórica uma formação prática como formação em serviço...” E7</p> <p>“Parece-me importante apostar na formação no serviço...” E8</p>
Debriefing		<p>“com debriefing, com treino e partilha de experiências, e conhecimentos para favorecer a aquisição dessas capacidades e dessas competências não técnicas.” E4</p>

APÊNDICE XIV – CONSENTIMENTO INFORMADO

Informação ao Participante

A presente investigação, com o título: ” Analisar as competências não técnicas mobilizadas pelo enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica na sala de emergência.”, insere-se no âmbito de uma dissertação de Mestrado, integrada no VIII curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sendo o investigador Ivo Adriano Santos Alves, sob a orientação da Professora Doutora Mara Rocha do IPVC e orientação do Mestre Vítor Rocha, enfermeiro o HSMM Barcelos. Este estudo tem por objetivo geral compreender a perceção dos enfermeiros relativamente as competências não técnicas em contexto de sala de emergência, em que se insere num estudo do tipo exploratório descritivo.

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 e, de seguida, assiná-la. Será também assinada pelo investigador e ficará na posse do participante. De seguida, ser-lhe-á 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 obrigada pela sua disponibilidade e colaboração.

Ivo Adriano Santos Alves; Telemóvel: 915342943

e-mail: ivoasalves94@gmail.com

Declaração de Consentimento Informado

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e, desde já, obrigado por aceitar dar a sua imprescindível contribuição.

Eu, _____, tomei conhecimento do objetivo do estudo de Investigação, “Analisar as competências não técnicas mobilizadas pelo enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica na sala de emergência.”, realizado por Ivo Adriano Santos Alves, a frequentar o VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob a orientação da Professora Doutora Mara Rocha do IPVC e Coorientação do Mestre Vítor Rocha, enfermeiro no HSMM Barcelos. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído, sendo esclarecido(a) acerca de todos os aspetos que considero importantes e obtive respostas relativamente às questões que coloquei.

Tomei conhecimento que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que a participação é livre e voluntária, tendo o direito de recusar a todo o tempo a participação no estudo, sem qualquer tipo de consequências para mim.

Sei que neste estudo está prevista a realização de uma entrevista semiestruturada, tendo-me sido explicado em que consiste a mesma. Foi-me informada a garantia do anonimato e confidencialidade de toda a informação cedida e que o estudo obteve o parecer favorável da Comissão de Ética da minha Instituição.

Autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato. Assim, de forma livre e esclarecida, declaro que aceito participar no estudo de forma voluntária, fornecendo dados que apenas serão utilizados para o estudo.

Data: ___ / ___ / ___

Assinatura do participante:

Assinatura do investigador:
