



Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Escola Superior
de Saúde

CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

**CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA PARA A SEGURANÇA E
QUALIDADE DOS CUIDADOS**

Filipa João Antunes da Costa Lima

Outubro 2023

Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Viana do Castelo
Escola Superior
de Saúde

Filipa João Antunes da Costa Lima

CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA PARA A SEGURANÇA E

QUALIDADE DOS CUIDADOS

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

RELATÓRIO FINAL

Trabalho realizado sob orientação de:

Mestre Samuel Sampaio Sousa

Outubro de 2023

AGRADECIMENTOS

Ao Márcio, impulsionador desta atarefada etapa, pela partilha de conhecimentos, pelo apoio e incentivo constante.... Fonte de motivação e superação.....

Às minhas filhas, Mia e Ana, pelos sorrisos e abraços...

Ao Mestre Samuel Sousa, pela disponibilidade, apoio e competências científicas demonstradas no decurso deste trabalho...

À Mestre Cláudia Azevedo, pela compreensão da dificuldade de um trabalho desta natureza traduzida em partilha de conhecimento, pelo apoio, incentivo e sensibilidade em entender as dificuldades dos alunos...

Ao Álvaro, pelo contributo competente e pela vontade em ajudar...

Aos Enfermeiros do Grupo de Peritos, pela idoneidade e sabedoria revelada, pelo apoio, interesse e disponibilidade...

Ao Enf. Cipriano, ao Dr. João Andrade e ao Dr. José Caldeiro, pelo apoio na realização deste trabalho e ajuda nas relações institucionais...

Aos Enfermeiros do Serviço de Urgência, pela luta diária....

Existem questões às quais o homem, atualmente, pode não ter respostas, mas, o trabalho científico constitui o único caminho que pode levar a um verdadeiro conhecimento.

(Sigmund Freud)

RESUMO

Este relatório de estágio surge no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e pretende evidenciar as experiências e atividades desenvolvidas no sentido de adquirir e desenvolver competências especializadas.

A estrutura do relatório teve como linha orientadora os domínios de competências definidas para o Enfermeiro Especialista pela Ordem dos Enfermeiros, enquadradas nos domínios académicos preconizados pela Instituição de Ensino.

O perfil de conhecimentos e competências do Enfermeiro Especialista na área da pessoa em situação crítica deve responder de forma competente à frágil e complexa situação clínica, sendo o seu papel suportado por um quadro de competências diferenciadas enquadradas no respeito pelo Ser Humano e pelos seus direitos inalienáveis.

Focados no crescimento e desenvolvimento de competências específicas na área da pessoa em situação crítica, bem como no contributo da visão diferenciada do Enfermeiro Especialista na melhoria da qualidade dos cuidados, procuramos dar resposta aos problemas encontrados na prática clínica.

Das atividades desenvolvidas destacamos a criação de um fluxograma de apoio ao enfermeiro triador no encaminhamento interno dos doentes e de um protocolo terapêutico de atuação no adulto com febre na triagem de manchester. Evidenciamos também, o investimento resiliente no desenvolvimento e implementação de um protocolo complexo, no âmbito da prestação de cuidados em contexto de urgência, ao doente em estado de agitação/agressividade que visa mitigar um problema recorrente.

No domínio académico da investigação desenvolvemos um estudo qualitativo com recurso à técnica de Focus Group, com o objetivo de construir um modelo de documentação padronizado, simplificado e facilitador do registo de enfermagem que documente a atuação do enfermeiro na avaliação e intervenção ao doente, durante o transporte inter-hospitalar. As conclusões deste estudo de investigação validaram um modelo de registo sustentado numa mnemónica, uniformizadora e facilitadora dos registos de enfermagem durante o transporte inter-hospitalar do doente crítico.

Consideramos que as experiências que decorreram deste estágio foram fundamentais e permitiram o desenvolvimento das competências inerentes ao Enfermeiro Especialista.

Palavras Chave: Cuidados de enfermagem; Qualidade dos cuidados de saúde; Protocolos clínicos; Transporte inter-hospitalar; Registos de enfermagem.

ABSTRACT

This internship report appears within the scope of the Master's degree in Medical-Surgical Nursing and aims to highlight the experiences and activities developed in order to acquire and develop specialized skills.

The structure of the report was guided by the domains of competences defined for the Specialist Nurse by the Order of Nurses, framed in the academic domains recommended by the Educational Institution.

The profile of knowledge and skills of the Specialist Nurse in terms of people in critical situations must respond competently to the fragile and complex clinical situation, with their role supported by a framework of differentiated skills framed in respect for the Human Being and their inalienable rights .

Focused on the growth and development of specific skills in the area of people in critical situations, as well as the contribution of the Specialized Nurse's differentiated vision to improving the quality of care, we seek to respond to problems encountered in clinical practice.

The activities developed highlight the creation of a flowchart to support the triage nurse in the internal referral of patients and a therapeutic protocol for working with adults with fever in the manchester triage. We also highlight the resilient investment in the development and implementation of a complex protocol, within the scope of providing care in an emergency context, to patients in an agitated/aggressive state that aims to mitigate a recurring problem.

In the academic domain of research, we developed a qualitative study using the Focus Group technique, with the objective of building a standardized, simplified documentation model that facilitates the nursing record that documents the nurse's role in evaluating and intervening with the patient, during the inter-hospital transport. The conclusions of this research study validated a recording model based on a mnemonic, standardizing and facilitating nursing records during the inter-hospital transport of critically ill patients.

We consider that the experiences that took place during this internship were fundamental and allowed the development of skills inherent to Specialist Nurses.

Keywords: Nursing care; Quality assurance, health care; Clinical protocols; Inter-hospital transport; Nursing records.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

EAR - Eventos Clínicos, Ações de Enfermagem, Resposta Clínica

EE - Enfermeiro Especialista

ENP - Estágio de Natureza Profissional

FG - Focus Group

GPT - Grupo Português de Triagem

GTSU - Grupo de Trabalho dos Serviços de Urgência

HSL- Hospital Santa Luzia

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

IPVC - Instituto Politécnico de Viana do Castelo

OE - Ordem dos Enfermeiros

OM - Ordem dos Médicos

P - Perito

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

PSC - Pessoa em Situação Crítica

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU - Serviço de Urgência

SUMC - Serviço de Urgência Médico Cirúrgico

TIHCD - Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico

TM - Triagem de Manchester

ULSAM- Unidade Local de Saúde do Alto Minho

SUMÁRIO

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

INTRODUÇÃO.....	10
-----------------	----

CAPÍTULO I. PERCURSO DE ESTÁGIO: CONTEXTUALIZAÇÃO E REFLEXÃO CRÍTICA DAS ATIVIDADES.....

14

1. CONTEXTO CLÍNICO E OBJETIVOS.....	14
2. O SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	15
3. COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	17
4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDAR À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	18
4.1. DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS.....	18
4.2. DOMÍNIO DA FORMAÇÃO E GESTÃO DE CUIDADOS.....	28
4.2.1. Construção e implementação do modelo organizacional do circuito interno de suporte à decisão do enfermeiro da triagem de manchester.....	30
4.2.2. Construção e implementação do protocolo da febre no adulto na triagem de manchester.....	33
4.2.3. Construção e implementação do protocolo de atuação no serviço de urgência perante um adulto em estado de agitação/agressividade na ausência de médico psiquiatra.....	35
4.3. DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO.....	39

CAPÍTULO II. PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO: TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO.....

41

1. ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO.....	41
1.1. PROBLEMA E JUSTIFICAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO.....	46
1.2. QUESTÃO E OBJETIVO DE INVESTIGAÇÃO.....	46
2. OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	47
2.1. TIPO DE ESTUDO.....	47
2.2. SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	47
2.3. INSTRUMENTO E TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS.....	48

2.4. POSTURA DO MODERADOR.....	51
2.5. ANÁLISE DE DADOS.....	51
2.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	52
3. RESULTADOS.....	52
4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	57
5. CONCLUSÕES DO ESTUDO.....	60
CONCLUSÃO.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
APÊNDICES	
APÊNDICE 1. PROTOCOLO: FEBRE NO ADULTO NA TRIAGEM DE MANCHESTER	72
APÊNDICE 2. FORMAÇÃO: FEBRE NO ADULTO NA TRIAGEM DE MANCHESTER	75
APÊNDICE 3. PROTOCOLO: ATUAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PERANTE UM ADULTO EM ESTADO DE AGITAÇÃO/AGRESSIVIDADE NA AUSÊNCIA DE MÉDICO PSIQUIATRA.....	77
APÊNDICE 4. FORMAÇÃO: ATUAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PERANTE UM ADULTO EM ESTADO DE AGITAÇÃO/AGRESSIVIDADE NA AUSÊNCIA DE MÉDICO PSIQUIATRA.....	81
APÊNDICE 5. CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO.....	85
APÊNDICE 6. PARECER DA COMISSÃO ÉTICA PARA A SAÚDE.....	87
APÊNDICE 7. CONSENTIMENTO INFORMADO.....	89
APÊNDICE 8. GUIÃO DA ENTREVISTA.....	91
APÊNDICE 9. CASOS CLÍNICOS.....	93
APÊNDICE 10. PROPOSTA DE MODELO DOCUMENTAL DO REGISTO DE ENFERMAGEM NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO.....	95

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Figuras

Figura 1. Fluxograma de apoio ao triador na triagem de manchester.

Figura 2. Fluxograma de atuação perante um adulto com febre na triagem de manchester.

Figura 3. Fluxograma de atuação no serviço de urgência perante um adulto em estado de agitação/agressividade.

Tabelas

Tabela 1. Apresentação das afirmações representativas de cada categoria e frequências relativas decorrentes da análise de conteúdo do FG inicial.

Tabela 2. Apresentação das afirmações representativas de cada categoria e frequências relativas decorrentes da análise de conteúdo do FG final.

INTRODUÇÃO

Este documento representa um relatório crítico de atividades, integrado na unidade curricular do estágio de natureza profissional (ENP), com relatório final, do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo.

Este ENP decorreu no serviço de urgência médico-cirúrgico (SUMC) do Hospital Santa Luzia (HSL), pertencente à Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), entre 3 de outubro de 2022 e 31 de Março de 2023, com uma carga horária de trabalho de 810 horas totais, das quais 390 horas presenciais (Despacho n.º 2597/2021, 2021).

O ENP pretende assegurar a aquisição e/ou o desenvolvimento das competências comuns (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e das competências específicas para os Enfermeiros Especialistas (EE) (Regulamento n.º 429/2018, 2018) estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

A orientação científica deste estágio foi da responsabilidade do Especialista e Mestre em Enfermagem Samuel Sampaio Sousa e a tutoria realizada pela Mestre em Enfermagem Cláudia Azevedo.

Neste sentido, com o presente relatório pretendemos, através de uma análise crítica e reflexiva, demonstrar a aquisição de competências com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, após discussão e aprovação em prova de defesa pública.

Os serviços de urgência (SU) são “serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência” (Despacho normativo n.º 11/2002, 2002, p. 1865), onde a diversidade clínica do doente que recorre a estes serviços, impele a uma organização interna dos recursos disponíveis que garanta a orientação eficiente e alocação adequada dos mesmos, em função da gravidade clínica (Grupo de Trabalho dos Serviços de Urgência {GTSU}, 2019).

Com a evolução gradual dos sistemas de triagem ao longo dos anos, surge o sistema de prioridades Triagem de Manchester (TM) que pretende maximizar a segurança do doente ao determinar o tempo adequado de espera para observação médica, baseado na identificação de problemas e na atribuição de uma prioridade clínica e esta particularidade de orientação

interna no atendimento e alocação de recursos por ordem de prioridade, representa um salto qualitativo importante no atendimento ao doente nos SU (Marques & Lino, 2021).

No contexto atual de organização dos SU em Portugal, o EE assume uma importante atuação nas diferentes áreas de organização interna pela sua capacidade de avaliação e conhecimentos clínicos diferenciados que favorecem uma otimização deste modelo organizacional (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

Assim, a atuação do EE no âmbito de urgência/emergência abrange a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em condições fisiopatológicas que provocam a falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A evolução organizacional dos SU criou circuitos internos, protocolados e validados, que integram as Vias Verdes nomeadamente: Acidente Vascular Cerebral (AVC), Sepsis, Trauma e Coronária, criados para facilitar o encaminhamento e a abordagem terapêutica ao doente, com o intuito de sistematizar intervenções de forma estruturada e protocolada visando minimizar o impacto da doença na morbidade e mortalidade (Grupo Português de Triagem {GPT}, 2010).

Focados no crescimento e desenvolvimento de competências específicas na área da pessoa em situação crítica (PSC), bem como no contributo da visão diferenciada do EE na melhoria da qualidade dos cuidados, procuramos durante o ENP, contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados e dar resposta aos problemas encontrados na prática clínica.

Neste âmbito, o modelo de organização interna do SU, nas suas várias especialidades e áreas de observação, geram muitas vezes dúvidas e constrangimentos ao enfermeiro triador no encaminhamento adequado do doente, pelas particularidades de organização interna e recursos existentes. Esta situação foi também reportada pelos enfermeiros e neste sentido, investimos na construção e implementação de um fluxograma de apoio à decisão do enfermeiro triador, com vista a melhorar a eficiência e segurança no encaminhamento interno do doente no SU.

A febre é uma das queixas mais frequentes nos doentes que recorrem ao SU (DeWitt et al., 2017), sendo também identificado pelos enfermeiros triadores, o número elevado de doentes que recorrem ao SU com o sinal de febre e, muitas vezes, com tempos de espera elevados a aguardar observação médica. Neste contexto, desenvolvemos e implementamos um protocolo de atuação no adulto com febre na TM, no sentido de minimizar o desconforto enquanto aguarda por observação médica.

Neste sentido, o EE deve reconhecer as necessidades de intervenção especializada, assim como, identificar evidências fisiológicas e emocionais de desconforto, atuando no sentido de responder às necessidades da PSC, promovendo ativamente a transição de um estado de desconforto para um estado de alívio (Regulamento 429/2018, 2018).

Também durante a intervenção em contexto do ENP, constatamos a dificuldade na prestação de cuidados aos doentes que recorreram ao SU com estados de agitação/agressividade. Neste âmbito, desenvolvemos um protocolo complexo de atuação multiprofissional perante o doente em estado de agitação/agressividade por forma a prevenir riscos para a integridade do mesmo e dos profissionais, minimizando as situações de sofrimento e permitindo uma avaliação médica segura.

Desta forma, o EE desempenha um papel ativo e diferenciador na identificação e intervenção competente nestes estados clínicos, dinamizando uma resposta adequada e humanizada (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Na área da investigação, o EE deve desenvolver e promover uma prática baseada na evidência, sustentada na investigação mais recente com o objetivo de prestar cuidados de forma adequada garantindo a segurança dos cuidados tendo em vista os ganhos em saúde (Teixeira, 2021).

Na atuação do enfermeiro, em contexto de transporte inter-hospitalar do doente crítico (TIHDC), constatamos a inexistência de uma prova documental, no término do transporte, que registre a manutenção ou as alterações do estado clínico e as intervenções de enfermagem realizadas durante o mesmo. Este facto, comprova um período de tempo entre instituições hospitalares em que existe um desconhecimento da atuação do enfermeiro bem como da condição clínica do doente, constituindo-se no problema a estudar no percurso de investigação, durante o ENP. Neste contexto, desenvolvemos um modelo de documentação, padronizado, simplificado e facilitador do registo de enfermagem, que documenta a atuação do enfermeiro na avaliação e intervenção durante o TIHDC.

O presente relatório encontra-se estruturado em dois capítulos. No primeiro capítulo, apresentamos o contexto clínico e objetivos do ENP, abordando as experiências e atividades desenvolvidas enquadradas na aquisição e desenvolvimento de competências conducentes ao título de Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. No segundo capítulo, e no sentido do desenvolvimento de competências no domínio da investigação, evidenciamos o percurso investigativo, enquadrando o tema do TIHDC na evidência científica atual e apresentamos o problema que motivou o desenvolvimento do estudo e os objetivos do mesmo. No seguimento, expomos as escolhas metodológicas que envolveram esta

investigação, apresentamos os resultados alcançados e as conclusões do estudo. Finalizamos o relatório crítico de atividades com a exposição da conclusão.

Ao longo deste documento utilizamos o termo doente numa referência generalista do utilizador que recorre ao SU e PSC numa referência específica à pessoa doente a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e que é alvo dos cuidados de enfermagem, definidos pelo Regulamento n.º 429/2018 (2018). Na componente de investigação utilizamos o termo doente crítico no sentido de manter uma uniformização com as referências bibliográficas consultadas.

Este documento é redigido ao abrigo do novo acordo ortográfico, de acordo com as normas da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, para os trabalhos escritos e segue as orientações de citação e referenciação emanadas pela American Psychological Association (APA 7th).

CAPÍTULO I. PERCURSO DE ESTÁGIO: CONTEXTUALIZAÇÃO E REFLEXÃO CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Este capítulo pretende descrever o contexto clínico e objetivos do ENP, abordando as experiências e atividades desenvolvidas numa perspetiva crítica e reflexiva, enquadradas na aquisição e desenvolvimento de competências conducentes ao grau de Mestre e ao título de Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da PSC.

1. CONTEXTO CLÍNICO E OBJETIVOS

A prestação de cuidados de enfermagem especializados, seguros e de qualidade à PSC, implica uma constante aquisição do conhecimento técnico-científico, promovendo um conjunto de competências, sustentadas na melhor evidência científica, desenvolvidas em diferentes domínios e aplicáveis no contexto da prática clínica.

O ENP pretende garantir a procura e a efetivação desse conhecimento aplicado na prática clínica diária, com o intuito de promover o desenvolvimento profissional, utilizando os melhores recursos disponíveis, para uma construção e desenvolvimento das competências inerentes à prática especializada.

A OE (2017), refere que o saber profissional de enfermagem é um saber de ação, que não se resume à realização de um conjunto de procedimentos, mas sim, à capacidade de adaptar a sua conduta a cada situação complexa de acordo com o seu corpo de conhecimentos, habilidades, atitudes e gestão dos recursos inerentes ao perfil de competências do título profissional que lhe foi atribuído.

Neste sentido, é de relevante importância a consciencialização do enfermeiro na sua prática clínica diária, na atitude reflexiva que aplica nos cuidados que presta, tendo em conta as repercussões que estes têm no doente, uma vez que o raciocínio clínico e o pensamento crítico em enfermagem são um processo complexo que enquadra vários domínios relevantes para a execução dos cuidados, tomada de decisão e gestão dos recursos mais adequados (Peixoto & Peixoto, 2017).

Neste contexto, os estágios curriculares apresentam-se como ferramentas de aproximação entre as escolas e os serviços hospitalares e possibilitam o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes profissionais, fortalecendo assim as competências que se inserem nos processos de trabalho, ocupando um espaço importante de apropriação dos saberes e do desenvolvimento de competências pelos contactos que proporcionam com a realidade, permitindo uma crítica reflexiva pelos pares, uma reflexão pessoal e

proporcionam o desenvolvimento de diversas competências essenciais para o futuro de um profissional (Esteves et al., 2018).

O ENP pretende assim, responder a objetivos de construção individual, dos estabelecimentos de ensino e das instituições de saúde, assegurando a aquisição e/ou o desenvolvimento de competências comuns (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e as competências específicas para os EE (Regulamento n.º 429/2018, 2018) estabelecidas pela OE.

Assim, foi de extrema relevância que o planeamento deste ENP se desenvolvesse de forma organizada, evidenciando as atividades e experiências construídas e desenvolvidas no cumprimento dos objetivos delineadores para a aquisição de competências.

Neste âmbito, tendo em conta o protocolo académico do ENP, os objetivos gerais definidos para a construção deste percurso formativo foram: i) desenvolver competências no domínio da Enfermagem Médico-Cirúrgica e na área da prestação de cuidados à PSC e família; ii) fortalecer uma prática profissional, ética e legal, de acordo com os normativos da OE, na área de intervenção específica; iii) desenvolver competências comunicacionais; iv) expandir as competências na gestão e supervisão de cuidados, no âmbito da especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica; v) contribuir para a implementação de novas dinâmicas de intervenção que favoreçam a transformação/inação dos contextos de prática clínica; vi) conceber/colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade de cuidados; vii) alargar o domínio profissional, concretamente, no diagnóstico de necessidades de formação, gestão de programas formativos e a intervenção como formador; viii) desenvolver competências de investigação em Enfermagem (Instituto Politécnico de Viana do Castelo {IPVC}, 2022).

Estes objetivos foram também norteadores para a execução deste relatório, tendo por base a capacidade de concepção, prestação e gestão dos cuidados, a formação e a investigação, assim como o suporte efetivo para o exercício profissional especializado de Enfermagem, na perspetiva do crescimento pessoal e profissional.

2. O SERVIÇO DE URGÊNCIA

O SU integra, dentro do Sistema Nacional de Saúde, um papel primordial na prestação de cuidados à população em geral, sendo definido como um serviço de ação médica hospitalar que, na ótica multidisciplinar e multiprofissional, presta cuidados de saúde nas situações de urgência e emergência (Despacho normativo n.º 11/2002, 2002).

O HSL tem como missão identificar as necessidades de saúde da população residente e responder de forma integrada a essas necessidades através dos serviços públicos, privados contratualizados, comunitários ou de solidariedade social, respeitando a integridade e dignidade dos utentes, otimizando os recursos, garantindo a qualidade e efetividade da prestação de cuidados, com eficiência e eficácia, tendo em vista a excelência (Unidade Local de Saúde do Alto Minho {ULSAM}, 2023).

Neste âmbito, os profissionais de saúde que trabalham na ULSAM, exercem a sua atividade profissional sustentados nos valores de atitude centrada no cidadão e respeito pela dignidade humana, da cultura de excelência técnica do cuidar e por fim da cultura interna de multidisciplinariedade, valores estes, que representam a instituição (Ibidem).

De acordo com o Despacho n.º 10319/2014 (2014), a rede de SU integra três níveis de resposta: o Serviço de Urgência Básico, o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e o Serviço de Urgência Polivalente, com níveis de assistência diferenciados de resposta às necessidades de cuidados urgentes e emergentes.

Neste seguimento, o SU do HSL, é um SUMC e assume-se como sendo a base do Departamento de Medicina Crítica, constituindo-se como apoio diferenciado aos serviços de urgência básicos existentes preconizando uma orientação integrada da PSC com o intuito de garantir os níveis adequados de cuidados, monitorização e tratamento (ULSAM, 2023).

O SUMC é assim, o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, destina-se maioritariamente e prioritariamente ao atendimento de situações clínicas agudas, que necessitam de observação médica e tratamento com carácter prioritário instituído no momento de admissão após a efetivação da TM.

O relatório do GTSU (2019), refere que os SU são muitas vezes a porta de entrada do doente no Serviço Nacional de Saúde, exigindo uma grande flexibilidade de adaptação para garantir uma resposta rápida, eficiente e cientificamente sustentada, e neste seguimento, os SU assumem como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações inseridas nas definições de urgência e emergência.

Assim, urgência define-se pelo risco de falência de funções vitais em situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, e é caracterizada pela necessidade de rápida atuação em contexto de avaliação e/ou intervenção (Portugal, 2001).

Por sua vez, o conceito de emergência enquadra as situações clínicas de instalação súbita, em que está estabelecido ou iminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais (Ibidem). A Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência descreve

este conceito como um processo que carece de uma intervenção precisa num curto espaço de tempo, dado o risco de perda de vida ou de função orgânica (Portugal, 2012).

Estes conceitos, para nós, enquanto enfermeiros, assumem especial relevância no que concerne à prática de cuidados, evidenciando a necessidade de um conhecimento especializado, uma reflexão e pensamento crítico, uma intervenção terapêutica célere e adequada, sustentada na melhor evidência, para que seja conseguida uma prestação de cuidados com segurança e qualidade, no sentido de uma melhoria contínua e de ganhos efetivos em saúde.

Assim, a preocupação primordial do SU, ao nível institucional, deverá ser a consciencialização da missão e responsabilidade em proporcionar oportunidades de aperfeiçoamento e capacitação pessoal a todos os profissionais de saúde, com o intuito de promover a melhoria da qualidade de atendimento às situações de urgência e emergência, com a conseqüente redução da morbilidade e mortalidade (ULSAM, 2023).

Neste contexto, proporcionar a oportunidade de discussão dos problemas da prática assistencial de enfermagem, no contexto de urgência e emergência, assim como facultar conhecimentos na perspetiva de investigar e modificar atitudes e práticas nesses serviços, com vista a melhorar a qualidade dos cuidados prestados, deverá ser um dos objetivos prioritários a perseguir.

3. COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

No âmbito das competências do enfermeiro está uma atuação em todos os níveis de prevenção em resposta às necessidades de vida das pessoas, sustentada num conjunto de conhecimentos e habilidades que deve mobilizar em contexto de prática clínica (Regulamento n.º 190/2015, 2015).

Do aprofundamento destas competências concretizam-se as competências comuns e específicas do EE. As competências comuns são demonstradas através da capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e são partilhadas por todos os EE, independentemente da área de especialidade. Inerente a estas competências estão os domínios da: “i) responsabilidade profissional, ética e legal; ii) melhoria contínua da qualidade; iii) gestão dos cuidados; iv) desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

O EE além das competências comuns está dotado de competências específicas 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” (Ibidem).

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 (2018), são definidas para o EE em enfermagem Médico-Cirúrgica na área da PSC as seguintes competências específicas:

i) cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; ii) dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; iii) maximiza a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face a complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequada (p.19359).

4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDAR À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A PSC é “aquela cuja vida está ameaçada pela 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, 2018, p.19362).

Neste sentido, a prestação de cuidados de enfermagem à PSC requer uma prestação de cuidados complexa e diferenciada e impele para a aquisição de competências especializadas em enfermagem, onde o EE deve procurar as informações mais relevantes para poder decidir no sentido de prevenir ou minimizar as complicações orientando a sua intervenção de forma eficiente (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A intervenção em contexto do ENP foi dinamizada no sentido da aquisição e desenvolvimento das competências comuns (Regulamento 140/2019, 2019) e específicas (Regulamento n.º 429/2018, 2018) do EE em enfermagem Médico-Cirúrgica na área da PSC, enquadradas em três domínios de ordem académica: i) domínio da prestação de cuidados; ii) domínio da formação e gestão de cuidados; iii) domínio da investigação (Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, 2022-2023).

4.1. DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

O cuidar da PSC, durante a prática profissional diária, deve conduzir a mudanças que promovam o desenvolvimento de competências com o objetivo de proporcionar respostas adequadas a situações clínicas complexas.

No contexto de urgência e emergência, a prestação de cuidados exige uma resposta estruturada, sequencial e metódica, que facilite a tomada de decisão terapêutica adequada com a finalidade de um atendimento rápido e eficiente (Costa, 2021).

O processo de tomada de decisão pelo enfermeiro, deve ser sustentado na melhor evidência e a prestação de cuidados com a maior competência técnica e científica (Teixeira, 2021), onde a integração na prática clínica de enfermagem, de uma atuação baseada na evidência incrementa a qualidade dos cuidados de saúde, promove melhores resultados em saúde e reduz custos (Spies et al., 2018).

Nesta perspectiva, a prática clínica é uma forma de adquirir conhecimento, ou seja, a experiência é uma condição imprescindível para a perícia e esta consegue-se de uma forma mais sustentada quando se encontra baseada em situações reais (Benner, 2005).

A atuação em sala de emergência (SE) é sustentada numa atuação baseada em protocolos que se constituem como instrumentos que contêm recomendações estruturadas de uma atuação de forma sistemática, baseadas em evidências científicas ou consensos de opiniões de peritos e acrescentam, eficiência terapêutica e económica, na garantia da qualidade dos cuidados (Vieira et al., 2020).

Perante esta nova etapa, procuramos aprofundar os conhecimentos sobre os protocolos clínicos validados em contexto de SE, a utilização de equipamentos técnicos específicos bem como a monitorização clínica inerente, sempre na perspectiva do contributo para a construção do eu, enquanto EE.

Da nossa intervenção neste contexto, percebemos que as consequências de uma atuação perante uma situação de urgência/emergência dependem de diversas variáveis, contudo a rapidez no acesso aos cuidados de saúde bem como a capacidade de serem aplicados em tempo útil, os protocolos terapêuticos validados, como é o caso da implementação dos algoritmos de Suporte Básico de Vida e de Suporte Avançado de Vida e a implementação protocolada de atuação nas vias verdes, representam a maximização do potencial de recuperação clínica do doente, dada a evidência que os sustenta.

É da competência do EE a gestão de protocolos terapêuticos complexos elevando o nível de exigência no desenvolvimento das capacidades de avaliação, implementação, monitorização e adequação às respostas terapêuticas face ao problema e complicações identificadas (Regulamento 429/2018, 2018).

A gestão destes protocolos terapêuticos complexos foi uma das áreas de maior intervenção e evolução pessoal. Diversas intervenções foram sustentadas nestes protocolos instituídos, o que foi extremamente facilitador, permitindo uma atuação rápida, eficiente e organizada. A valorizar, o ambiente motivador e o sentimento de inclusão na equipa durante a dinâmica de atuação, onde cada elemento cumpre o seu papel e todos conhecem o papel de todos.

No que concerne à atuação do EE em contexto de SE, foi facilitador já conhecermos a estrutura física, os recursos materiais e técnicos, bem como os meios de monitorização disponíveis por forma a garantir uma adequada prestação de cuidados. Tivemos a oportunidade de realizar as atividades definidas relativas a esta área de trabalho que são efetuadas no turno da manhã, nomeadamente a revisão e a validação da operacionalidade dos equipamentos da SE, garantindo o cumprimento da check-list existente, assim como a existência de materiais de consumo clínico em quantidade necessária para o bom funcionamento da mesma. Salientamos, que é também efetuada através da calendarização, a verificação das malas de transporte (inter e intra-hospitalar) nomeadamente, quantidade e prazos de validade de medicação e materiais. Esta atividade levou a um conhecimento mais profundo da estrutura e consciência espacial, dos materiais, equipamentos bem como os princípios de funcionamento, possibilitando uma prestação de cuidados mais adequada e segura.

Neste sentido, tivemos a oportunidade de assistir e prestar cuidados de enfermagem a doentes admitidos na SE em que, entre outros:

- Foi ativada a Via Verde AVC e Via Verde Coronária, após avaliação na TM, destacando a importância da experiência do enfermeiro triador, no reconhecimento de sinais e sintomas específicos e na eficiência da triagem para ativação destas vias verdes.
- Foi ativada a Via Verde Sepsis, concretamente, numa situação de choque séptico, com ponto de partida infeccioso, tendo sido necessário recorrer à proteção da via aérea através da intubação oro-traqueal, à ventilação mecânica invasiva, à colocação de catéter venoso central e ainda de acesso arterial. Destacamos, desta atuação, o carácter invasivo dos procedimentos implementados, que requerem uma comunicação assertiva e uma atuação organizada, que garanta a segurança das mesmas no que respeita a uma preocupação para a potencial iatrogenia das intervenções e assepsia necessária, tendo em conta a instabilidade clínica e a urgência de cuidados.
- Situação clínica de edema agudo do pulmão não cardiogénico, por insucesso na terapêutica instituída, nomeadamente, suporte ventilatório não invasivo e terapêutica farmacológica associada, culminando na intubação oro-traqueal e ventilação mecânica

invasiva. Salientamos a importância do enfermeiro experiente, no reconhecimento atempado dos sinais e sintomas de insucesso da terapêutica, no sentido de não atrasar a escalada de outras medidas terapêuticas mais complexas, o que condicionaria à luz da melhor evidência, piores desfechos clínicos.

Neste sentido, é imprescindível que o EE que presta cuidados à PSC, seja detentor de competências técnicas e não técnicas que potenciem uma capacidade de liderança e uma decisão assertiva, minimizando a perda da janela terapêutica, aumentando as possibilidades de sobrevivência e minimizando o impacto da doença na PSC.

As vias verdes surgem como uma estratégia de atuação e priorização protocolada, visando garantir que os doentes que apresentem determinados sinais de alarme recebam o tratamento adequado, de forma sistematizada e atempada, com o objetivo de minimizar as potenciais complicações e maximizar o potencial de recuperação (GPT, 2010).

O enfermeiro da TM é o responsável pela ativação das vias verdes e de garantir o encaminhamento adequado e de forma mais eficiente destes doentes. Esta ativação utiliza critérios específicos, descritos nos protocolos institucionais, no sentido da deteção e ativação destas vias e garantindo o encaminhamento seguro do doente. Salientamos a importância do EE experiente na TM na deteção e ativação destas vias, pela sua visão competente acrescenta eficiência e segurança ao processo.

Segundo o GPT (2010), as vias verdes podem ser identificadas no momento da triagem e, neste seguimento, é importante salientar o papel do EE na deteção e ativação das situações clínicas que configuram vias verdes, garantindo o atendimento em tempo útil e uma rápida atuação pode significar ganhos em qualidade de vida.

Para Costa (2021), a abordagem à PSC em contexto de urgência deve pautar-se por uma abordagem diferenciada, numa dinâmica organizada e sistematizada, tendo por objetivo identificar em segurança e por ordem de gravidade, os problemas existentes e adequar a terapêutica.

Para esta abordagem diferenciada contribui a avaliação primária da PSC sendo, habitualmente, realizada através da abordagem ABCDE, que se pauta por atuação sistematizada e rigorosa de modo a instituir de imediato medidas prioritárias de estabilização, independentemente do diagnóstico definitivo, aceite e recomendada em contexto de SE (Ibidem). A sua estrutura sequencial facilita a dinâmica de equipa no âmbito das competências técnicas e não técnicas e centra-se efetivamente na identificação do risco e nas prioridades de intervenção (Instituto Nacional de Emergência Médica {INEM}, 2020).

Nesta perspetiva, tendo em conta a complexidade dos doentes admitidos em SE, os enfermeiros devem ser detentores de formação específica para assegurarem uma resposta segura e efetiva às necessidades dos doentes (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Também a Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, emitiu um parecer de carácter vinculativo, em que o profissional detentor do título de EE em Médico-Cirúrgica deve estar alocado à SE, dado ser o enfermeiro com competências específicas para dar resposta aos cuidados à PSC (OE, 2017).

A documentação clínica de enfermagem é essencial na prática de cuidados de enfermagem e a sua importância é reconhecida e indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados, pelo que reflete o processo direto de cuidados ao doente (Groot et al., 2022).

Desta forma, os registos de enfermagem constituem-se numa ferramenta fundamental para o trabalho de equipa, uma vez que fornecem informação específica e detalhada do estado clínico do doente, das tomadas de decisão, intervenções e resultados esperados das ações de enfermagem garantindo uma continuidade de cuidados segura e com qualidade. Estes registos são da competência do enfermeiro responsável pelo doente e, na SE, são realizados no sistema informático (Sclínico®), plataforma já conhecida o que facilitou o processo.

Também Portugal (2017), salienta a importância do registo dos cuidados de enfermagem pela relevância na melhoria da qualidade de informação clínica partilhada visando o processo de continuidade de cuidados e pelo suporte ético e legal à atuação do enfermeiro.

No contexto de urgência, a deterioração do estado clínico da PSC faz parte de um quotidiano recorrente e esta volatilidade impele a uma atenção e valorização do processo de transição em saúde.

Assim, segundo Meleis (2010), as alterações na saúde e na doença das pessoas cria um processo de transição onde estas, apresentam nesta fase, um momento de vulnerabilidade aos riscos que podem deteriorar o seu estado de saúde e, neste seguimento, a descoberta desses riscos pode ser potenciada pela compreensão do processo de transição.

Reconhecemos que humanização do cuidar deve fazer parte integrante da intervenção de EE, com um papel importante no processo de transição saúde/doença, sendo necessária uma adequação de estratégias, que sejam facilitadoras, no sentido de ultrapassar fatores que interagem negativamente, nomeadamente durante os acontecimentos marcantes como o momento da transmissão de informação clínica e momento da consciencialização do diagnóstico.

Também o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, valoriza a comunicação efetiva como condição transversal ao ciclo de cuidados e assinala o seu impacto nos momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

Comunicar em saúde assume assim particular importância no contexto de atuação que envolve a PSC e a sua família, seja pela volatilidade do estado clínico, seja pela gravidade e risco potencial para piores desfechos (Blackburn et al., 2018).

Os mesmos autores reconhecem que a eficiência da comunicação é dependente do ambiente, e que o SU, enquanto ambiente que recebe doentes críticos que necessitam de intervenções imediatas, pode revelar-se um ambiente pouco favorável para a transmissão de informação (Ibidem).

Uma comunicação inadequada pode ter um impacto negativo na saúde e com consequências emocionais na PSC e família. É importante que a comunicação de informação seja clara e pouco ambígua sem o viés da equipa prestadora de cuidados (Adams et al., 2015).

Neste seguimento e face às particularidades da comunicação em contexto de urgência e emergência, nomeadamente, na comunicações de más notícias, perante a dificuldade e complexidade que enquadra este tipo de comunicação, autores como Bale et al. (2000) e Baran e Sanders (2019), propõem uma abordagem sistematizada e protocolada para a comunicação, o que favorece a uniformização na transmissão de informação, minimiza os erros de comunicação e protegem a PSC do impacto emocional da informação.

Entendemos que existem e devem ser utilizadas estratégias de comunicação para que toda a equipa comunique com a mesma assertividade enquadrada no contexto sócio-cultural da PSC. Emocionalmente, todos gostamos de transmitir boas notícias, mas até essas devem seguir uma estratégia cautelosa pelas expectativas que podem criar e pela esperança de cura/melhoria que enquadram, mas que a alteração do estado de saúde pode contrapor e criar decepção/ansiedade na PSC e na família.

A realidade do papel do EE, mostrou-nos a necessidade de dominar diversos conceitos que envolvem o tema da comunicação em saúde e a definição de estratégias para que a mensagem possa ser transmitida e recebida de forma clara, inequívoca e imparcial, motivando o doente a aderir ao tratamento e participar ativamente no processo de cura. Contudo, por vezes, a cura não é o horizonte, e a forma de comunicação assume uma perspetiva diferente, de conforto e alívio emocional.

Admitimos que a informação clínica não pode ser desprovida da emoção que carrega, considerando que estamos na presença de um ser humano, e isto significa que, à nossa humanidade temos o dever de acrescentar a empatia necessária para entregar a mensagem, sem que esta esvazie a esperança e a motivação.

Comunicar em saúde, não pode ser meramente a transmissão de um estado ou de uma condição, deve permitir um espaço de audição, percepção e espaço de esclarecimento mútuo, de compreensão da mensagem e do que a mesma representa (Norouzinia et al., 2016).

Consideramos importante que, enquanto profissionais de saúde, precisamos para a nossa própria manutenção da saúde mental, de encontrar um lugar impessoal e emocionalmente distante, para podermos observar o nosso mundo profissional mantendo a clareza e a verdade na informação.

Um outro foco de atenção muito valorizado neste ENP foi a dor. Esta é considerada o quinto sinal vital e enquanto experiência sensorial e emocionalmente desagradável é o principal motivo para a procura de cuidados de saúde que, na PSC, pela sua situação clínica agravada, merece maior atenção por toda a equipa (Portugal, 2017b).

Cabe ao EE reconhecer as necessidades de intervenção especializada, assim como identificar evidências fisiológicas e emocionais de desconforto, demonstrando conhecimentos que promovam a resposta às necessidades da PSC, atuando pró-ativamente na transição de um estado de desconforto para um estado de alívio (Regulamento 429/2018, 2018).

Para a adequada avaliação e gestão da dor, o EE deve estar sensibilizado e atuar de forma a implementar medidas de monitorização, para adequar e avaliar a ação terapêutica por forma a minimizar o impacto da mesma e a ansiedade associada.

A dor na PSC, se não reconhecida e gerida atempadamente, possui impacto negativo significativo pelas alterações fisiológicas e/ou emocionais, podendo levar ao agravamento da condição clínica. Assim, cabe ao EE a adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas, eficazes na prevenção, avaliação, gestão e controlo da dor.

Revelou-se fundamental o aprofundamento de conhecimentos acerca da aplicação de escalas de avaliação da dor em contextos de alteração de estado de consciência, induzida pelo estado clínico do doente ou pela sedo-analgésia, no sentido de detetar potenciais sinais de desconforto ou dor que possam afetar a estabilidade clínica e emocional do mesmo.

O EE deve atuar para garantir a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor, demonstrar conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da mesma e deve demonstrar conhecimentos e habilidades nas situações de sedo-analgésia (Regulamento 429/2018, 2018).

A PSC pelo seu estado de vulnerabilidade não perde o direito à sua autodeterminação e por conseguinte ao exercício da sua autonomia. Também a atuação do enfermeiro, sustentada no princípio da beneficência, não justifica a imposição das intervenções que clinicamente se entendem ser do melhor interesse para a mesma (Lei n.º 156/2015, 2015), e por conseguinte, na intervenção do EE à PSC não basta agir com prontidão e com eficiência, com procedimentos inquestionáveis, exames de complementares imprescindíveis e cuidados que a evidência mostra serem adequados, sem o envolvimento do doente no seu processo de consciencialização de doença e tratamento.

Na atuação do EE está inerente uma procura sistemática das melhores práticas especializadas com vista à melhor resposta técnica e humana aos problemas em saúde (OE, 2012) e desta forma, é fundamental acompanhar a prestação de cuidados na perspetiva de respeito pelo Ser Humano no seu valor e dignidade, no seu direito a ser informado e solicitada a sua participação ativa no seu tratamento (OE, 2015).

As competências do EE surgem com relevância no domínio de um saber que assenta num corpo de conhecimentos éticos e deontológicos, numa avaliação sistemática para atingir as melhores práticas com níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão com responsabilidade profissional ética e legal, definidas pela OE (OE, 2015).

A bioética como área de reflexão sobre a ética da vida e na área profissional de enfermagem deve estar presente na atuação do enfermeiro, no respeito pela dignidade da Pessoa, bem como orientar os cuidados de enfermagem nos valores da profissão e nos princípios éticos e deontológicos (Bratz & Ramirez, 2018; OE, 2015).

No que respeita ao consentimento livre e esclarecido não pode haver dúvida na veracidade, qualidade e honestidade da informação prestada, devendo encontrar-se desprovida de qualquer motivação/opinião pessoal dos prestadores de cuidados, bem como da certeza de que a informação transmitida é recebida e entendida sem prejuízo pelo seu estado de saúde, contexto cultural, social ou de literacia em saúde (OE, 2015).

O EE deve garantir uma informação isenta de opiniões e motivações que não as do superior interesse do doente, bem como deve estar certo de que, no seio da sua cultura, crenças,

valores, literacia em saúde, estado clínico e psicológico compreende o alcance das suas decisões (Ibidem).

Neste sentido, a intervenção foi adaptada não só à complexidade da situação clínica mas também na salvaguarda dos valores culturais e religiosos, bem como o estado de literacia em saúde da PSC e/ou família. Procuramos comunicar de forma eficiente com o doente e explicar-lhe todos os cuidados a realizar sustentados no seu consentimento. Nas situações em que o estado de alerta não o permitiu, atuamos sempre na defesa do melhor interesse e dos valores do doente.

Ao longo de todo o ENP pautamos a nossa intervenção garantindo sempre os aspetos éticos e deontológicos na prestação de cuidados à PSC, família e profissionais de saúde. Foi sempre mantido o respeito pela integridade bio, psico, sócio-cultural e espiritual de todos os envolvidos no processo saúde/doença, respeitando sempre o valor da autonomia e da dignidade humana.

Defendemos que a verdade é necessária e serve o propósito maior de defesa da vida humana. Mas quando falamos de verdade, falamos de uma verdade relativa vista do nosso ponto de vista, enquanto enfermeiros. Mas se à objetividade acrescentarmos empatia e respeito, reconhecendo que a informação a transmitir terá um impacto profundo no recetor, poderemos alcançar um compromisso de usar as palavras adequadas, sem deturpar a mensagem final, onde o valor das crenças, religiosas e culturais são valorizados.

Outro aspeto que consideramos importante, está relacionado com as infeções hospitalares associadas aos cuidados de saúde, que constituem um grave problema de saúde pública, afetando a qualidade dos cuidados e a segurança do doente. O conhecimento dos riscos de transmissão de infeção, por parte dos profissionais de saúde, assume especial importância para que sejam implementadas as medidas de prevenção adequadas (Despacho 9390/2021, 2021).

A World Health Organization (2015), salienta que as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são eventos adversos comuns na prestação de cuidados resultando num importante problema de saúde pública com impacto na morbilidade, mortalidade e na qualidade de vida.

Aqui, o EE tem um papel fundamental enquanto dinamizador na prevenção e controlo de infeção e da resistência a antimicrobianos, assumindo uma postura de sensibilização na equipa multidisciplinar para a correta e adequada implementação das medidas e da garantia da adesão às boas práticas instituídas (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Estabelecer estratégias pró-ativas para o controlo de infeção e resistência a antimicrobianos, mantendo os conhecimentos atualizados, salvaguardando o cumprimento dos procedimentos instituídos com uma monitorização contínua, registando e avaliando as medidas de prevenção implementadas são competências inerentes ao EE (Ibidem).

Neste âmbito, o Despacho nº 10901/2022 (2022), atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos criado em 2013, e aponta as IACS como sendo infeções adquiridas por doentes ou profissionais de saúde associadas à prestação de cuidados e assume como objetivos gerais: “ i) a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde; ii) a promoção e uso correto de antimicrobianos; iii) diminuição da taxa de microorganismos com resistência a antimicrobianos” (p. 93).

Também o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, enfoca a necessidade de reduzir as IACS e as resistências aos antimicrobianos definindo um conjunto de ações direcionadas para uma prática segura em ambiente seguro (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

O cumprimento de medidas adequadas para o controlo das IACS é fundamental em qualquer contexto clínico, contudo, na área da urgência/emergência, assume especial importância pela potencial exposição a um risco acrescido de infeção dada a condição urgente/emergente, à potencial instabilidade da condição clínica, a necessária rapidez de intervenção e a complexidade de técnicas invasivas às quais a PSC poderá ser sujeita.

Esta preocupação com a prevenção e controlo de infeção foi uma constante ao longo de todo o ENP, adotamos uma postura adequada, com uso dos meios de proteção individual necessários, a devida e correta higienização das mãos, o controlo ambiental, a garantia da descontaminação de equipamentos clínicos, o manuseamento de roupa segura, a manutenção de circuitos de materiais limpos/sujos e materiais esterilizados e ainda as práticas seguras na preparação e administração de terapêutica.

Podemos assim referir que as oportunidades de discussão crítico-reflexiva, no âmbito da equipa de enfermagem, permitiram melhorar a compreensão dos mecanismos de prevenção e da necessidade de medidas de mitigação para garantir uma prestação de cuidados segura para o doente e para os profissionais de saúde.

Uma outra particularidade valorizada neste ENP relaciona-se com as situações de catástrofe não habituais na prática clínica diária, contudo, o SU é uma parte integrante e fundamental na resposta estratégica a estes eventos e, desta forma é fundamental ter formação e treino para atuar da forma mais adequada e eficiente.

Para Veenema et al. (2017), um evento de catástrofe preconiza uma resposta estruturada, sistematizada e eficaz por parte dos profissionais de saúde com o intuito de controlar o número de vítimas, a sua vulnerabilidade e o agravamento do estado de saúde.

Neste sentido, é importante que os profissionais de saúde desenvolvam competências neste domínio, que se identifiquem como elementos chave deste contexto e conheçam a sua missão, papel e ação (Portugal, 2010).

Cabe ao EE participar na construção do plano de intervenção garantindo que o mesmo se encontra adequado aos recursos e potencia a melhor resposta assistencial em situação de catástrofe. Deve também fomentar o conhecimento, divulgação e a preparação de toda a equipa na sua implementação (Regulamento n.º 429/2019, 2019).

A nossa atividade em torno desta temática envolveu o conhecimento sobre o plano de intervenção em situações de emergência, exceção e catástrofe existente, como parte integrante do contexto clínico do SU, no sentido de identificar prioridades de atuação e organizar a resposta mais eficiente nas situações de catástrofe ou multivítimas.

4.2. DOMÍNIO DA FORMAÇÃO E GESTÃO DE CUIDADOS

A formação, enquanto recurso estratégico, favorece o desenvolvimento de competências, impele a uma reflexão crítica da prática de cuidados e, em última análise, à melhoria contínua dos mesmos. Neste sentido, o EE detém a autonomia e a responsabilidade pela atualização contínua de conhecimentos de forma a contribuir de forma competente para uma prática baseada na evidência (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Também Benner (2005), salienta a importância da componente da formação no desenvolvimento do pensamento e reflexão crítica, a sua implicação na prática diária e a capacitação de forma competente para sustentar a tomada de decisão do enfermeiro na análise de situações complexas permitindo uma resposta adequada e competente.

O EE assume um papel preponderante no desenvolvimento e implementação de padrões de qualidade, difundidos através de atividades formativas, com vista à garantia da excelência dos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Neste contexto, a formação em serviço assume relevante importância, dado que implica, uma atualização de saberes e uma uniformização de procedimentos envolvendo toda a equipa e aplicada ao contexto de trabalho.

Assim, o EE deve garantir a atualização de conhecimentos através de medidas de qualificação reconhecidas ou promovidas pela OE para acompanhar as mudanças e desenvolver uma prática de cuidados adequada, atualizada e segura (Lei n.º 156/2015, 2015). Também nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem é ressaltada a importância da formação contínua dos enfermeiros sendo promotora de um desenvolvimento profissional de qualidade (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

Na componente formativa, ao EE acresce a responsabilidade de se tornar num elemento facilitador da aprendizagem, sendo que às instituições é exigida a promoção de momentos de formação em contexto de trabalho, no sentido de criar oportunidades de discussão e partilha de conhecimentos com o intuito de promover competências pessoais e profissionais, assim como, de atualização de conhecimentos sempre com o objetivo de um desempenho profissional de qualidade.

Também o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, no âmbito da cultura de segurança do doente preconiza a implementação de um plano de formação anual para os profissionais de saúde (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

A formação profissional constitui-se assim como um importante instrumento de gestão, uma vez que preconiza o alcance de metas organizacionais através da implementação de estratégias que visam um melhor e mais adequado desempenho funcional na prática diária de trabalho (Cunha et al., 2015).

A gestão, é assim, um domínio da competência do EE e relevante para a obtenção de um padrão elevado de qualidade dos cuidados, que deve otimizar os recursos para garantir a qualidade, a segurança e ganhos em saúde (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Neste alinhamento, o EE é responsável pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados prestados, devendo assim, assumir uma postura assente no desenvolvimento profissional e um processo de tomada de decisão sustentado na competência profissional e relacional sem descuidar as responsabilidades éticas e sociais (Regulamento n.º 76/2018, 2018).

No âmbito das organizações de saúde, o EE tem um papel decisivo no domínio da gestão dos cuidados quando adequa os recursos às necessidades, quando supervisiona e otimiza as respostas da equipa de enfermagem no sentido de maximizar a qualidade dos cuidados e também quando adequa os estilos de liderança de forma a melhorar as relações de equipa para atingir os objetivos institucionais.

Efetivamente, ao EE são atribuídas as funções de gerir a equipa, de garantir práticas de cuidados adequadas e seguras, orientar e colaborar na construção de protocolos,

proporcionar um ambiente seguro e facilitar a tomada de decisão (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Também na gestão da segurança e prevenção de risco clínico, o EE assume especial importância, na garantia da melhor prestação de cuidados e na melhoria contínua da resposta assistencial, minimizando complicações e/ou eventos adversos e potenciando os ganhos em saúde (Regulamento n.º 76/2018, 2018).

Neste ENP, o domínio académico da formação e gestão de cuidados foi estruturado numa missão de perceber, investir e resolver os problemas que afetam a intervenção do enfermeiro na prestação do melhor atendimento à PSC, sempre numa ótica diferenciada do EE e desta forma, apresentamos a fundamentação da construção de um fluxograma e dois protocolos de atuação que visam promover a eficiência na prestação de cuidados pelo EE, com o propósito de mitigar dificuldades encontradas na prática clínica.

4.2.1. Construção e implementação do modelo organizacional do circuito interno de suporte à decisão do enfermeiro da triagem de manchester.

O SU do HSL, enquanto urgência médico-cirúrgica, abraça um número significativo de concelhos assumindo a prestação de cuidados urgentes e emergentes sendo a sua missão dedicar os seus melhores recursos no sentido de observar, encaminhar e tratar os doentes (ULSAM, 2023).

A existência do sistema de triagem, baseado na metodologia TM, facilita a rápida e segura avaliação inicial do doente, focado na recolha de informação que permite a atribuição de uma prioridade clínica e orientar a tomada de decisão no sentido de diferenciar o atendimento e proteger o doente, na medida em que assegura maior prioridade às situações mais graves relativamente às situações de menor gravidade (GPT, 2010).

Este método de triagem de prioridades, executado essencialmente por enfermeiros, permite de uma forma objetiva e sistematizada, estabelecer uma prioridade clínica e o respetivo tempo alvo recomendado até à primeira observação médica, nas situações de afluência normal do SU ou em situações de catástrofe (Silva, 2009).

Benner (2005), reconhece a importância da aquisição de conhecimentos e da experiência profissional do enfermeiro competente, sustentada num corpo de conhecimentos e habilidades que lhe permite uma melhor definição de prioridades e resolução de problemas desempenhando de forma mais eficaz a função de triador.

No que se refere às competências do EE, este assume uma posição de relevo sendo-lhe reconhecido conhecimento, habilidade e experiência que permite avaliar a pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, identificando prontamente focos de instabilidade, permitindo uma atuação preventiva (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Também pela complexidade exigida para a tomada de decisão segura na triagem de prioridades realizada num curto período de tempo, consideramos que o EE poderá representar uma mais-valia para a execução desta função de forma mais eficiente com garantia da qualidade e segurança dos cuidados.

Neste sentido, a OE também recomenda que a triagem de prioridades, nas urgências de adultos, seja assegurada preferencialmente por um EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à PSC (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

Assim, o EE deve ser considerado o profissional com maior conhecimento da organização e funcionamento do SU e compete-lhe a gestão de cuidados de enfermagem, utilizando da melhor forma os recursos disponíveis e a fundamental e correta articulação com a equipa multidisciplinar (Regulamento n.º 149/2019, 2019).

O processo de triagem inicia-se com uma avaliação inicial, decorrente da queixa manifestada pelo doente e/ou seu familiar significativo, baseada no principal sinal ou sintoma referido ou identificado e que motivou a sua vinda ao SU e, no seguimento, é selecionado o fluxograma mais apropriado para a queixa apresentada e perante a identificação de um discriminador, respondido positivamente, é determinada a prioridade clínica que corresponde a uma cor de identificação e consequentemente um tempo alvo, considerado seguro, para a primeira observação médica (GPT, 2010). A triagem termina com o encaminhamento do doente para a área específica de atendimento, de acordo com o protocolo de encaminhamento de doentes de cada SU e suas especificidades (Ibidem).

O modelo de organização interna do SU, nas suas várias especialidades e áreas de observação, geram muitas vezes dúvidas e constrangimentos ao enfermeiro triador, relativamente ao encaminhamento mais adequado da PSC, pelas particularidades de organização interna e dos recursos existentes.

Esta dificuldade foi também por nós sentida nos turnos realizados na TM, o que motivou o nosso interesse em fomentar oportunidades de discussão na equipa no sentido de melhorar e facilitar o papel do triador no encaminhamento interno dos doentes.

A consulta da documentação institucional acerca deste encaminhamento revela a existência de um documento com extensão de três folhas, pouco intuitivo, visualmente pouco apelativo

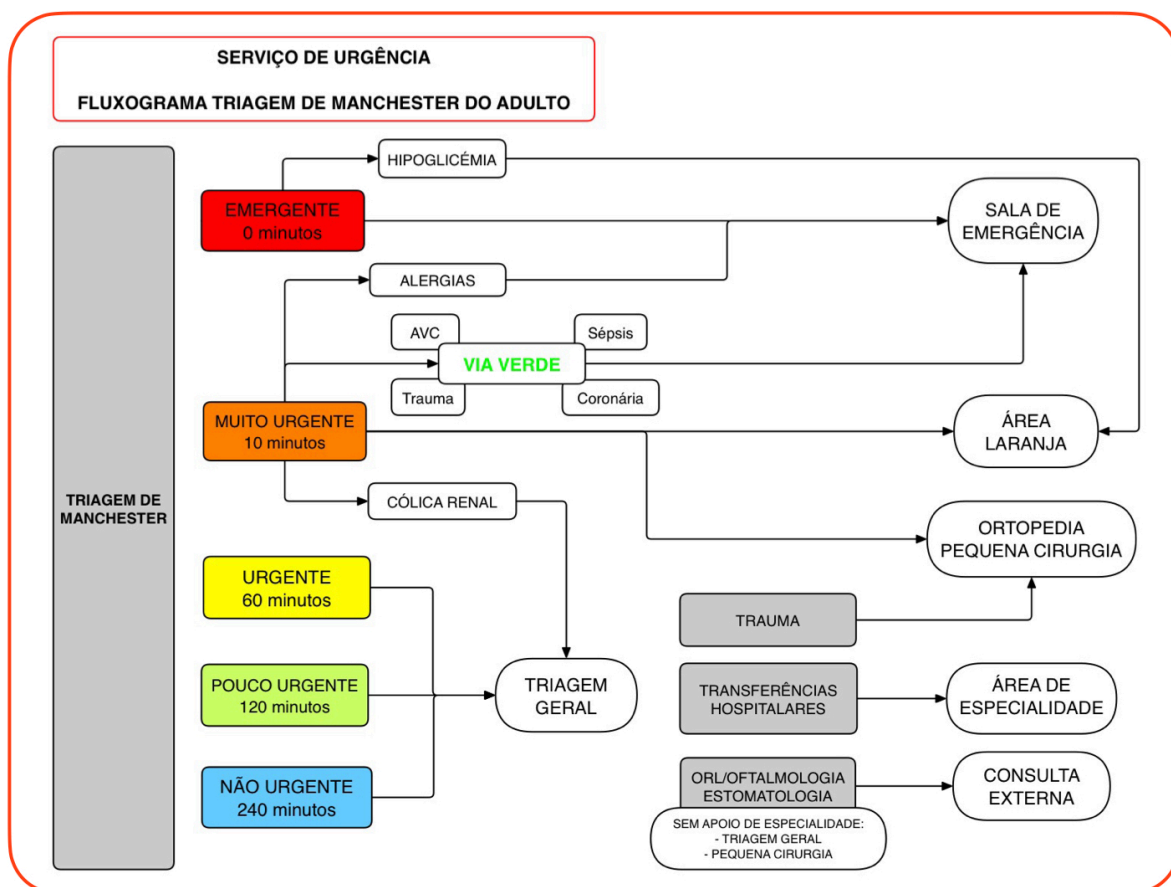
e de consulta relativamente demorada e no sentido de melhorar e facilitar a tomada de decisão do enfermeiro triador através de um encaminhamento mais seguro do doente, decidimos investir na construção de um fluxograma de encaminhamento de fácil consulta e visualmente apelativo.

A construção da primeira versão deste fluxograma foi apresentada às colegas responsáveis pela melhoria contínua no âmbito da TM, ao enfermeiro gestor e ao diretor do serviço de urgência, no sentido de iniciar a discussão e de o desenvolver até à sua versão final.

Alcançada a versão final (Figura 1), foi apresentada à direção de departamento e, após validação, foi apresentada a toda a equipa, em contexto de reunião de serviço. Neste âmbito, foram proporcionados momentos de discussão e reflexão, tendo sido reconhecido pelos colegas que o documento é visualmente apelativo, simples e facilitador para o enfermeiro triador, existindo um consenso generalizado da adequação do documento à prática clínica.

O fluxograma foi então afixado na sala da TM, tendo sido reconhecido no imediato pelos enfermeiros triadores como uma mais valia no auxílio à tomada de decisão para um adequado encaminhamento do doente.

FIGURA 1. FLUXOGRAMA DE APOIO AO TRIADOR NA TRIAGEM DE MANCHESTER



4.2.2. Construção e implementação do protocolo da febre no adulto na triagem de manchester

A febre é definida como uma temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ independente da sua causa e surge normalmente como resposta a uma reação fisiológica do organismo à inflamação/infecção, cuja atuação na mesma não modifica a gravidade do estado clínico do doente nem condiciona a sua avaliação médica (Kanabar, 2017; Karcioğlu et al., 2018; Ludwig & McWhinnie, 2019).

Autores como DeWitt et al. (2017), referem que a febre é uma das queixas mais frequentes nos doentes que recorrem ao SU, reportando uma incidência de 15%. Contudo, foram publicadas incidências até 50% de febre nos adultos que em contexto de medicina crítica (Kiekkas et al., 2013; Ludwig & McWhinnie, 2019).

No contexto da TM foi perceptível, para os enfermeiros triadores, o número elevado de doentes que recorrem ao SU com o sinal de febre e, muitas vezes, com tempos de espera elevados a aguardar observação médica.

Em associação com a febre está normalmente um desconforto corporal e uma sensação de mal-estar presente nestes doentes (Kanabar, 2017; Salgado, 2015). Também foi reportado o impacto negativo da febre nos doentes com patologia não infecciosa, neurológica e o benefício do uso de antipiréticos na melhoria dos outcomes (Young & Saxena, 2014; Zhang, 2015).

A necessidade de uma atuação no adulto com febre, por forma a minimizar o seu desconforto ou sensação de mal-estar, enquanto aguarda observação médica, garantindo uma melhoria efetiva dos cuidados prestados bem como dos ganhos em saúde, foi uma necessidade por nós observada, sentida e partilhada pela equipa de enfermagem.

No sentido de perceber se esta era uma preocupação sentida por profissionais de outros hospitais e se estavam implementadas medidas para mitigar esta condição, foram efetuados contactos informais com enfermeiros a exercer funções noutros SU e denotamos que esta foi também uma necessidade sentida em alguns hospitais da região norte onde já se encontram instituídas medidas protocoladas de atuação no adulto com febre na TM.

Assim, foram realizadas várias reuniões com a enfermeira tutora, enfermeiro gestor e o diretor de serviço do SU para avaliar a viabilidade da construção de um protocolo de atuação na febre do adulto na TM.

A construção deste protocolo sustentou-se numa pesquisa bibliográfica sobre o impacto das medidas de controle da febre na avaliação médica e na auscultação dos enfermeiros com experiência enquanto triadores. Este protocolo (Apêndice 1) foi posteriormente validado pela

direção do Departamento de Medicina Crítica e contempla um fluxograma de atuação (Figura 2) para afixar nos postos de trabalho específicos.

Devemos referir que não encontramos investigação recente acerca da melhor intervenção no doente com febre, sendo que o mais recente estudo randomizado reporta à data de 2017 (Tsaganos et al., 2017). Esta limitação de estudos científicos nesta temática foi também assinalada por Ludwig e McWhinnie, (2019).

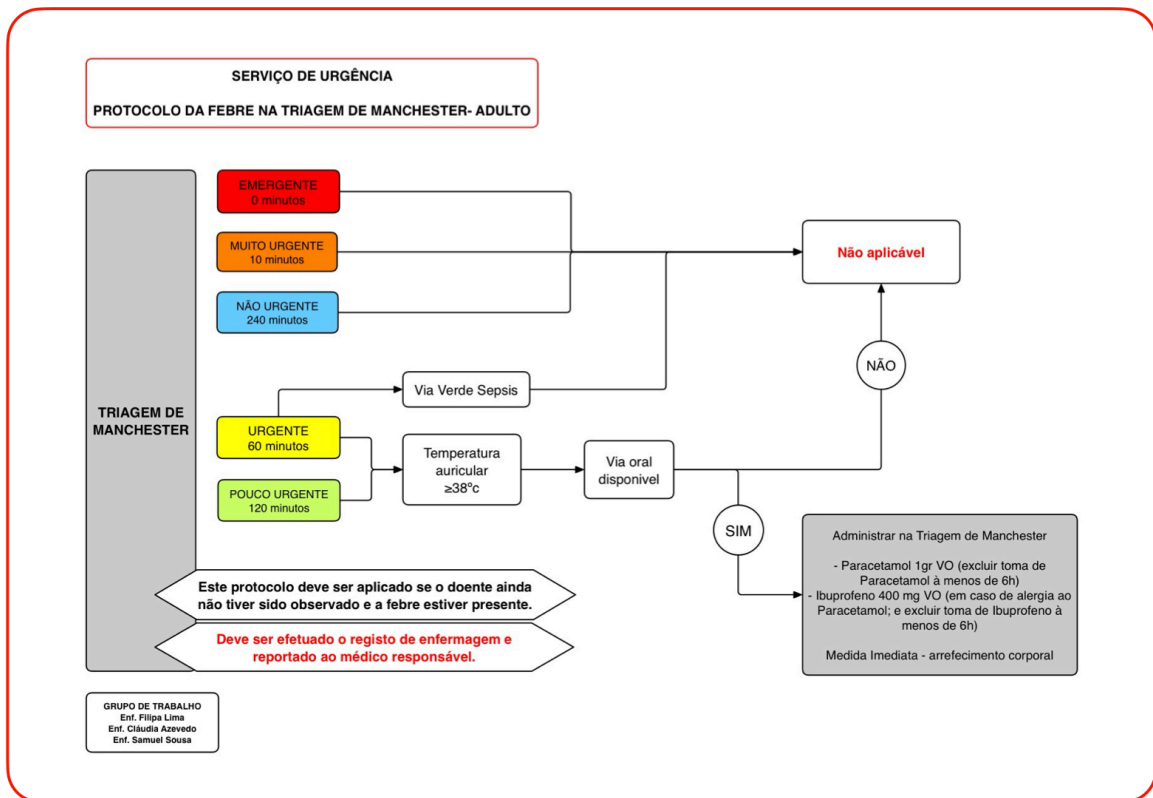
Este protocolo foi apresentado em contexto de formação de serviço (Apêndice 2) à equipa de enfermagem do SU do HSL e às equipas de enfermagem dos serviços de urgência básicos pertencentes ao Departamento de Medicina Crítica, com o intuito da sua divulgação e posterior implementação, permitindo ao enfermeiro a administração protocolada e segura do antipirético, na TM, enquanto o doente aguarda por observação médica.

A implementação do protocolo da febre no adulto na TM teve uma aceitação e validação relevante pela equipa de enfermagem e será, certamente, uma mais valia para a mitigação de uma condição desconfortável bem como da garantia da humanização dos cuidados.

Autores como Ludwig e McWhinnie (2019), também defendem uma atuação protocolada para auxiliar a tomada de decisão na prática clínica, que incorpora o uso seletivo de antipiréticos e adaptado aos doentes com vulnerabilidade fisiológica que beneficiam da supressão da febre.

Neste contexto, este protocolo visa uniformizar a atuação do enfermeiro perante o adulto com febre, garantindo a segurança e a humanização nos cuidados prestados, e surge com o propósito de melhorar o conforto do doente enquanto aguarda por observação médica.

FIGURA 2. FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO PERANTE UM ADULTO COM FEBRE NA TRIAGEM DE MANCHESTER



4.2.3. Construção e implementação do protocolo de atuação, no serviço de urgência, no adulto em estado de agitação/agressividade, na ausência de médico psiquiatra

A prestação de cuidados no SU é muitas vezes acompanhada por episódios de agitação/agressividade que condicionam uma avaliação clínica segura, com riscos para a integridade do próprio e/ou dos profissionais de saúde (Gottlieb et al., 2018; Hoffman et al., 2021).

Dependendo do grau de agitação, esses doentes representam um risco para a integridade física, tanto para os profissionais de saúde como para si mesmos e restantes doentes. A equipa deve reconhecer a premência em diminuir o grau de agitação ou o risco envolvido mas também a necessidade de recolha de informações para o diagnóstico diferencial (Gottlieb et al., 2018).

A agitação psicomotora e a agressividade são manifestações psicopatológicas complexas mas inespecíficas, que podem ser decorrentes de condições clínicas variadas, o que exige o estabelecimento de raciocínio clínico voltado para um diagnóstico diferencial (Baldaçara et al., 2019).

O doente agitado, frequentemente recorre ao SU com atividade motora e verbal aumentada e pode rapidamente evoluir para estados agressivos e/ou violentos, condicionando a sua segurança bem como da equipa. A agitação pode resultar de diversas causas, incluindo doença psiquiátrica, intoxicação ou abstinência de álcool ou drogas, problemas neurológicos ou outras condições médicas gerais (Hoffman et al., 2021; Zun, 2017).

Os mesmos autores apontam as medidas de contenção mecânica como práticas ainda comuns, mas extremamente controversas na área da Saúde Mental, na perspetiva do respeito pela dignidade e direitos do doente, não existindo clara sustentação científica podendo causar efeitos colaterais graves (Ibidem).

Em alguns países europeus, como Reino Unido e Holanda, a prática de contenção mecânica não é permitida por lei. Já nos Estados Unidos, é permitida a utilização da contenção mecânica associada à intervenção farmacológica, mas de forma criteriosa. Em Portugal, a sua utilização deve ser sustentada nas diretrizes da Orientação 021/2011 da Direção Geral de Saúde (Portugal, 2011).

Quando as intervenções comportamentais, ambientais e farmacológicas não são suficientes para o controle da situação, pode ser necessário recorrer à contenção mecânica, contudo devido à natureza restritiva desta medida, a mesma deve ser aplicada em último recurso e apenas quando necessário para garantir a segurança do doente ou da equipa prestadora de cuidados (Baldaçara et al., 2019; Hoffmann, et al. 2021).

A experiência adquirida previamente na área da enfermagem de saúde mental, moldaram a percepção e motivaram uma reflexão acerca da forma como os estados de agitação, associados ou não à doença mental, podem condicionar uma avaliação segura. Na etiologia de estados de agitação podem encontrar-se distúrbios clínicos graves que não devem ser subvalorizados pelo estigma da doença mental ou relacionados com estados de privação. Foi este o pensamento propulsor da intenção de cuidarmos de uma forma diferenciada estas condições clínicas dos doentes que recorrem ao SU.

A ausência de um protocolo de atuação institucional multidisciplinar, para a abordagem aos doentes agitados/agressivos, leva a que os mesmos fiquem a aguardar no SU, pela avaliação do médico psiquiatra, muitas vezes sem um tratamento adequado instituído, independentemente da potencial etiologia para a alteração de comportamento ou agitação/agressividade. Numa outra perspetiva, a ausência de um protocolo de atuação validado, pode condicionar ambiguidade na prescrição farmacológica e provocar estados de sedo-analgesia profundos que condicionam a avaliação médica adequada, dificultado ou atrasando o diagnóstico e o tratamento, aumentando o tempo de internamento no SU. Estas

situações acrescentam sofrimento ao doente e família e devem motivar uma modificação no modo de atuação de toda a equipa multidisciplinar, sendo de extrema importância que as mesmas estejam preparadas para lidar com um adulto em estado de agitação/agressividade.

A interação com um doente agitado, potencialmente agressivo ou francamente violento é uma tarefa complexa que exige dos profissionais de saúde habilidades diversas, que necessitam ser aplicadas de forma uniformizada por toda a equipa e com agilidade. A intervenção no doente agitado deve ser pró-ativa, eficiente no tempo de atuação e centrada na pessoa, para garantir a segurança e preservar a dignidade do doente (Hoffmann, 2021).

A literatura é unânime em reconhecer a necessidade de uma atuação protocolada em que a primeira abordagem ao doente agitado deve centrar-se numa atuação comportamental e ambiental e na constatação da falha desta estratégia deve avançar para a componente farmacológica (Gottlieb et al., 2018; Hoffman et al., 2021; Vieta et al., 2017), onde a construção, a implementação e gestão deste tipo de protocolos complexos assumem especial importância e enquadram-se no âmbito da atividade diferenciadora do EE (Regulamento n.º429/2018, 2018).

Foi então proposto à direção de departamento, a constituição de uma equipa para discutir esta dinâmica assistencial e a criação de um protocolo de atuação comportamental/ambiental e farmacológico, por forma a maximizar a segurança destes doentes, enquanto aguardam observação pelo médico psiquiatra. A equipa foi constituída pelos atores diretos deste ENP, enfermeiro gestor, diretor clínico do SU e dois médicos psiquiatras.

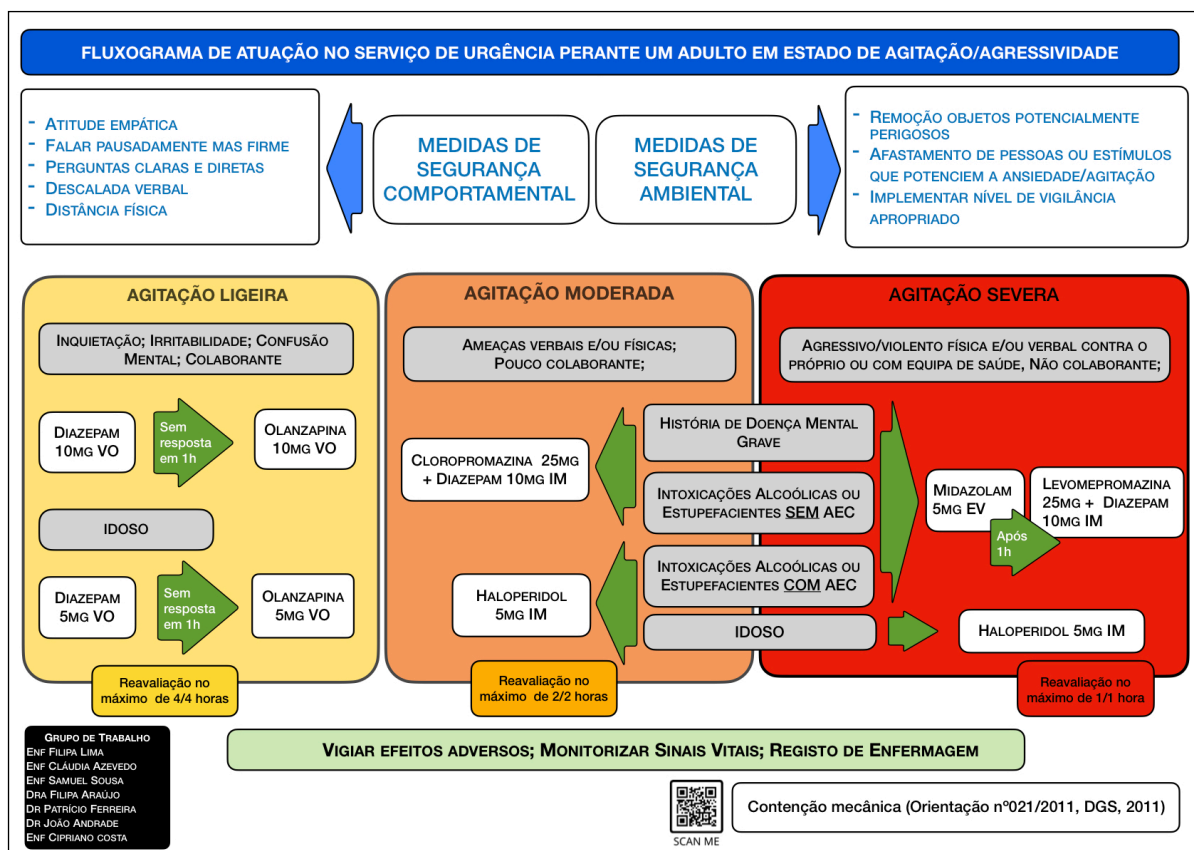
Várias reuniões decorreram neste processo dinâmico de construção, pela complexidade que o integra, principalmente na atuação farmacológica e, concretamente pelas potenciais interações ou efeitos adversos da terapêutica ministrada. Contudo, pela resiliência e envolvimento dos intervenientes foi possível alcançar a versão final validada em protocolo (Apêndice 3) que contempla um fluxograma de atuação (Figura 3).

O protocolo de atuação alcançado, contempla uma atuação de primeira linha que tem como base as medidas comportamentais e ambientais, assentes em estratégias de comunicação e gestão do ambiente na tentativa de descalar a ansiedade e o conflito. Prevendo a possibilidade de insucesso das estratégias de primeira linha, o protocolo prevê uma atuação farmacológica uniformizada e validada pela direção clínica do SU, em conjunto com Departamento de Psiquiatria do HSL.

O objetivo deste protocolo é orientar e uniformizar a atuação da equipa médica e de enfermagem do SU perante um adulto em estado de agitação/agressividade na ausência do médico psiquiatra e neste sentido, o protocolo foi apresentado em contexto de formação em serviço (Apêndice 4) à equipa de enfermagem do SU do HSL e às equipas de enfermagem dos SU básicos pertencentes ao Departamento de Medicina Crítica, sendo discutida a relevância das medidas comportamentais e ambientais como estratégia de primeira linha de intervenção em que toda a equipa do SU deve estar alinhada na implementação e uniformização destas estratégias. Na falha destas medidas, o protocolo contempla uma atuação farmacológica uniformizada de acordo com o grau de agitação identificado. No âmbito da implementação deste protocolo sobressai a necessidade de monitorização adequada, vigilância de efeitos adversos dos fármacos administrados e devem ser garantidos os registos de enfermagem de forma clara e segura.

No âmbito das atividades formativas realizadas percebemos uma necessidade de investir na continuidade da formação, especificamente no contexto das técnicas de descalada verbal e outras técnicas comportamentais, no sentido de preparar e dotar a equipa de competências para a atuação no doente agitado/agressivo.

FIGURA 3. FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PERANTE UM ADULTO EM ESTADO DE AGITAÇÃO/AGRESSIVIDADE



4.3. DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO

Como evidenciado ao longo do presente documento, para que a profissão de enfermagem evolua com vista à melhor prestação de cuidados, deve ser sustentada pela evidência científica sendo imperativo que a mesma possua uma base de conhecimento que assente na investigação rigorosa (Teixeira, 2021).

Também a OE (2006), salienta a importância da investigação, para que a Enfermagem possa evoluir como disciplina, onde o contínuo de produção e renovação de conhecimentos permite desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde.

Enquanto profissão e disciplina, o desenvolvimento e crescimento da enfermagem exigem um corpo de conhecimentos próprio para que a intervenção se sustente num sólido suporte de conhecimentos científicos tendo como referência a prestação de cuidados de enfermagem (Nunes, 2019).

A investigação científica é utilizada como um meio de adquirir conhecimentos através da procura de respostas a questões da prática e da observação de factos, com vista à sua compreensão, sendo a validação de conhecimentos um processo sistemático de aquisição e produção de novos conhecimentos com influência direta sobre a prática (Fortin, 2009).

A área da investigação em enfermagem tem como objetivo primordial desenvolver uma prática baseada na evidência no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados para obter ganhos em saúde (Spies et al., 2018). Neste domínio da investigação, o EE deve desenvolver uma prática baseada na evidência, sustentada na investigação mais recente com o objetivo de prestar cuidados de forma adequada garantindo a segurança dos cuidados tendo em vista os ganhos em saúde (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Motivados pelas dificuldades sentidas em resultado dos problemas da prática clínica diária, em contexto de TIHDC, desenvolvemos um estudo para contribuir, modificar e melhorar a prática clínica de enfermagem.

No cerne do problema a investigar esteve a inexistência no SU onde se realizou o estudo, de uma prova documental, no término do TIHDC, que registe as alterações do estado clínico do doente e as intervenções de enfermagem realizadas durante o mesmo. Este facto comprova, um período de tempo entre instituições hospitalares onde existe um desconhecimento da atuação do enfermeiro bem como da condição clínica do doente. Este desconhecimento compromete a possibilidade de auditoria aos cuidados prestados durante o transporte e podem suscitar questões do foro ético e legal.

Face ao exposto pretendeu-se desenvolver um modelo de documentação padronizado, simplificado e facilitador do registo de enfermagem que documente a atuação do enfermeiro na avaliação e intervenção durante o TIHDC.

CAPÍTULO II. PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO: TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO

Este capítulo evidencia o percurso de investigação desenvolvido no decurso do ENP e representa a construção e desenvolvimento de um estudo que visa dar resposta a um problema da prática clínica no SU.

Na primeira parte, contextualizamos o tema do TIHDC identificando o problema, o objetivo e a questão de investigação. Na segunda parte, expomos as escolhas metodológicas que envolveram o construto desta investigação e são apresentados e discutidos os resultados, finalizando com as conclusões do presente estudo.

1. ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO

Segundo Fortin (2009), o quadro teórico enquadra o estudo num contexto no sentido de compreender o fenómeno.

O transporte do doente crítico consiste na deslocação de um doente de um espaço físico para outro, o qual poderá ser dentro da mesma unidade de saúde (transporte intra-hospitalar) ou para outra unidade de saúde (transporte inter-hospitalar), e esta deslocação, ocorre tanto pela necessidade de facultar um nível assistencial superior dada a necessidade de realizar exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica não existentes no serviço onde o doente se encontra, como pela necessidade de um transporte para um serviço mais especializado de referência ou centralizado (Bhagya et al., 2021; Ordem dos Médicos {OM} & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos {SPCI}, 2023).

Numa perspetiva cronológica dos documentos publicados em Portugal relativos ao transporte do doente crítico, em 1992 é publicado o Decreto-Lei n.º 38/92, relativo ao enquadramento legal do transporte de doentes, e mais tarde em 2001, a Administração Regional de Saúde do Norte, em parceria com o GTSU publicaram as Normas de Transporte Secundário de Doentes (Graça et al., 2017).

Em 2008, a OM e SPCI, emitem um documento de Recomendações para o Transporte do Doente Crítico e, em 2014 foi publicado o Despacho n.º 10319/2014 (2014), que surgiu para definir a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica, ao nível hospitalar e pré-hospitalar, indicando os níveis de responsabilidade dos SU e os seus padrões mínimos relativos à estrutura, recursos humanos, formação, indicadores de qualidade, processos de monitorização e avaliação. Segundo o mesmo despacho os SU assumem a responsabilidade de realizar o transporte de um doente, se o mesmo não tiver capacidade para o tratamento adequado, devendo este ocorrer de forma atempada e organizada

garantindo a segurança do doente e da equipa que efetua o transporte para um SU de um nível superior (Ibidem). Em julho de 2023, a OM & SPCI emitem uma revisão das recomendações de 2008 do Transporte do Doente Crítico.

O TIHDC é um procedimento frequente pela impossibilidade de realização de uma intervenção diagnóstica ou com fins terapêuticos no hospital de origem ou pela necessidade de um nível de assistência superior (Brunsveld-Reinders et al., 2015; Eiding et al., 2019), onde a requalificação dos SU e das Redes de Referência, nomeadamente a cardiovascular assim como as vias verdes instituídas, favoreceram um aumento significativo dos TIHDC (OM & SPCI, 2023).

A OM e SPCI (2023), consideram que o TIHDC se encontra dividido em três fases: decisão, planeamento e efetivação. Estas fases surgem com intuito de garantir um transporte seguro com o objetivo de minimizar os riscos e/ou eventos adversos do mesmo. De acordo com este documento as fases do transporte são: i) a primeira fase, Decisão, é da competência exclusiva do médico responsável pelo doente, e/ou do chefe de equipa, e/ou diretor de serviço e nesta etapa já devem ser equacionados os potenciais riscos para o transporte; ii) Planeamento, enquanto segunda fase, é da competência e responsabilidade da equipa médica e da equipa de enfermagem. Antes do transporte, o doente ou o seu representante legal deve ser informado e esclarecido quanto à necessidade do mesmo e qual o hospital de destino e sempre que possível obter consentimento expresso. A escolha do meio de transporte deve ser determinado consoante a condição clínica do doente, as intervenções que possam ser necessárias realizar durante o mesmo, a disponibilidade dos recursos humanos e materiais e a duração, salvaguardando sempre a segurança do doente e da equipa que o realiza. Posteriormente à decisão de realizar o transporte, a equipa médica responsável pelo doente deve contactar o hospital de destino e confirmar que o mesmo dispõe dos recursos para o tratamento adequado. Nesta fase, deve-se ainda proceder à escolha da equipa que vai realizar o transporte, aos meios de monitorização, equipamentos e terapêutica e prever possíveis complicações; iii) Efetivação, terceira e última fase, é exclusivamente da responsabilidade da equipa que realiza o transporte, terminando apenas quando o doente é entregue à unidade respetiva e efetuado o “*handover*” da informação ou quando o doente regressa ao serviço de origem, se o transporte ocorreu pelo motivo de realização de meios complementares de diagnóstico.

Os transportes inter-hospitalares são descritos como potencialmente inseguros para doentes e profissionais, sendo caracterizados por uma grande incerteza e vulnerabilidade envolvendo riscos potenciais de eventos adversos que podem agravar o estado clínico ou mesmo provocar a morte do doente pelos riscos associados (Bhagya et al., 2021; Brunsveld-Reinders et al., 2015).

A incidência de eventos adversos durante os transportes inter-hospitalares é um dado incerto variando entre 1,7% e 76%, influenciado pela diversidade metodológica dos estudos, considerando populações muito heterogêneas, bem como, pela falta de uniformização na definição de evento adverso (Jia et al., 2015). Alguns estudos apontam uma incidência 6,5% de eventos adversos no transporte inter-hospitalar (Singh et al., 2014), e na mesma linha de investigação, Bhagya et al. (2021), encontraram uma incidência de 64,5% de eventos adversos durante o TIHDC.

Não encontramos qualquer referência a estatísticas no nosso país, o que merece alguma reflexão e motivação para documentar, estudar e prevenir estes eventos. Esta situação foi identificada por alguns autores ao referirem a importância da criação de uma base de dados para o registo de problemas ocorridos durante o transporte inter-hospitalar, por forma a que esses dados sejam mensurados e interpretados (Bérubé et al., 2013; Eiding et al., 2019).

Parece-nos importante referir que a inconsistência relativa aos dados referentes à incidência de eventos adversos deve-se, em parte, à pouca uniformização na definição dos mesmos aliado ao défice de dados de registo relativos aos transportes inter-hospitalares.

O conceito de “evento adverso” parece difícil de uniformizar entre os estudos, contudo, consideramos que a definição que melhor se enquadra neste estudo foi apontada por Bérubé et al. (2013), contemplando as complicações relacionadas com deterioração clínica do doente, problemas técnicos e problemas relacionados com a mobilização do doente.

Pela imprevisibilidade das situações de saúde e a complexidade de intervenções inerentes à atuação do enfermeiro integrante do TIHDC, este deve estar dotado de competências específicas para prestar cuidados qualificados como resposta às necessidades identificadas, por forma a manter a monitorização e o nível de cuidados adequados. Assim, para que o transporte inter-hospitalar seja operacionalizado em segurança, é recomendado que o enfermeiro que integra a equipa detenha formação especializada para o efeito, por forma a assegurar a qualidade e segurança durante o mesmo (Fernandes, 2019).

A formação direcionada especificamente para a abordagem ao doente crítico é fundamental para a segurança dos cuidados durante o transporte. Todos os profissionais de saúde que realizam os transportes ou as equipas já implementadas devem estar sujeitas a formação específica e treino regular para garantirem uma qualificação adequada para assegurar o transporte (Droogh et al., 2015; OM & SPCI, 2023).

Neste sentido, o transporte do doente crítico deverá ser assegurado pelo EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica e os enfermeiros sem especialidade devem ser detentores do

curso Suporte Avançado de Vida como requisito mínimo para realizar o transporte (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

Um tema relevante neste contexto relaciona-se com o uso de listas de verificação bem como de programas de formação especializada que promovem um incremento no nível de competência e segurança para o doente, sendo imperativo padronizar os transportes inter-hospitalares ao nível nacional, com base num consenso de todos os líderes das equipas de transporte (Eiding et al., 2019).

Relativamente aos registos de enfermagem, estes constituem-se numa fonte de informação sobre os cuidados de enfermagem prestados, visando garantir a segurança do doente e a adequação das intervenções realizadas, contribuindo para uma comunicação segura entre os profissionais de saúde.

Também a OE (2012), preconiza a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorporem sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados.

Registar os cuidados de enfermagem reveste-se de real importância pelo suporte a questões de natureza ética e legal da atuação do enfermeiro, bem como na melhoria da qualidade de informação clínica partilhada, visando o processo de continuidade de cuidados (Portugal, 2017a).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, no pilar da comunicação, valoriza o desenvolvimento e implementação de ferramentas para uma transferência segura na prestação de cuidados entre os profissionais de saúde nos diferentes níveis de cuidados de saúde (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

A importância da documentação é reconhecida e indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados, validam a metodologia do trabalho em enfermagem e refletem o processo direto de cuidados ao doente (Groot et al., 2022).

São vários os modelos de documentação publicados no sentido de registar todo o processo de monitorização e intervenção durante o TIHDC (Bérubé et al., 2013; OM & SPCI, 2023). Contudo, existem barreiras à utilização e implementação destes modelos documentais onde a sua complexidade e morosidade bem como as evidentes faltas de consenso nos parâmetros a registar desencorajam a sua operacionalização (Bhagya et al., 2021).

Assim, para que haja adesão à implementação de um modelo documental é importante que este seja fácil de aplicar, não duplique o trabalho do enfermeiro e que seja adaptado ao modelo organizacional do serviço (Comeau & Woodby, 2015).

Os registos a documentar devem ser realizados de forma clara e completa, de fácil interpretação e utilização por parte de todos os profissionais, representando um suporte legal para o enfermeiro, expressando a qualidade dos cuidados prestados (Eiding et al., 2019), e neste contexto, Shustrov et al. (2020), referem que os profissionais que efetuam transportes inter-hospitalares não se consideram legalmente protegidos em caso de eventos adversos durante o transporte. Os mesmos autores apontam que a falta de documentação representa um risco para o transporte e transmissão de informação segura colocando em causa a qualidade de cuidados (Ibidem).

As orientações da norma n.º 001/2017 (2017), da Direção Geral de Saúde, referentes à transição de cuidados, salientam a importância de uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados contribuindo para segurança do doente (Portugal, 2017a).

Também a Entidade Reguladora da Saúde no documento relativo às transferências de utentes entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, prevê que neste processo, o estabelecimento de origem deva remeter toda a informação dos tratamentos efetuados e demais informações essenciais ao caso clínico (Regulamento n.º 964/2020, 2020).

Para Bhagya et al. (2021), o uso de um registo das intercorrências durante o transporte inter-hospitalar é decisivo para a prevenção de eventos adversos na continuidade dos cuidados prestados após o transporte.

No suporte de uma prática de enfermagem baseada na evidência científica deve estar uma sólida componente de investigação que se debruce e responda aos problemas da prática clínica de cuidados.

Neste sentido, a investigação em Enfermagem assume um papel fundamental no desenvolvimento profissional contínuo, sustentado num desempenho competente, com enfoque na melhoria contínua, assente na formação, na autonomia e na tomada de decisão baseada melhor na evidência.

Para isso, a investigação rigorosa, sistemática e a sua divulgação, através de publicações científicas na área de enfermagem, constituem uma garantia de investimento na resolução

dos problemas da prática clínica, sendo o alicerce de uma melhoria de qualidade nos cuidados prestados.

1.1. PROBLEMA E JUSTIFICAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

Na formulação do problema de investigação explica-se a importância do tema, sugere-se uma solução e demonstra-se a utilidade do estudo para o avanço da disciplina (Fortin, 2009).

A inexistência no SU, de um hospital da região norte do país, de uma prova documental no término de TIHDC, que registre as alterações do estado clínico do doente e as intervenções de enfermagem realizadas durante o transporte, comprovam um período de tempo entre instituições hospitalares, onde existe um desconhecimento da atuação do enfermeiro de forma autónoma e/ou interdependente, bem como da condição clínica do doente. Este desconhecimento compromete a possibilidade de auditoria aos cuidados prestados durante o transporte e pode suscitar questões do foro ético e legal.

Neste seguimento, motivados pelas dificuldades sentidas em resultado do problema identificado na prática diária, em contexto de TIHDC, desenvolvemos um estudo para melhorar a prática clínica de enfermagem nesta área de atuação.

A concretização desta investigação poderá construir uma solução consensual na implementação de um registo documental dos cuidados de enfermagem no contexto do TIHDC, motivando a adesão na prática clínica diária.

1.2. QUESTÃO E OBJETIVO DE INVESTIGAÇÃO

A questão de investigação é uma interrogação precisa envolvendo os conceitos em estudo e indica a direção que se pretende (Fortin, 2009).

Na procura de orientar uma pesquisa clara e objetiva foi construída a seguinte questão de investigação: Qual o modelo de registo documental dos cuidados de enfermagem em contexto de TIHDC que deve ser implementado na perspetiva do Enfermeiro?

Após a formulação do problema e construídas as questões de investigação é importante definir o objetivo da investigação (Fortin, 2009).

Com a realização deste estudo pretende-se desenvolver um modelo de documentação padronizado, simplificado e facilitador do registo de enfermagem que documente a atuação do enfermeiro na avaliação e intervenção ao doente durante o TIHDC.

2. OPÇÕES METODOLÓGICAS

A metodologia de investigação pode ser definida como o conjunto das decisões a tomar para construir um modelo que permita explorar empiricamente a investigação e tem como principal objetivo orientar o investigador no planeamento do seu estudo de modo a conseguir atingir os objetivos definidos (Fortin, 2009).

Para a veracidade e integridade de uma investigação, esta deve ocorrer através de um percurso sistematizado com estratégias próprias e adequadas para garantir a fiabilidade e a credibilidade dos resultados e neste contexto, torna-se importante a descrição do quadro metodológico principalmente no que se refere à compreensão global do fenómeno em estudo e desta forma, o investigador define a sua conduta para obter respostas às questões de investigação ou hipóteses formuladas (Ibidem).

Uma vez definida a temática desta investigação, pretendemos ao longo deste sub-capítulo, apresentar as opções metodológicas assumidas como necessárias ao seu desenvolvimento.

2.1. TIPO DE ESTUDO

Desenvolvemos um estudo exploratório de carácter qualitativo, com recolha de dados através da técnica de “Focus Group” (FG), efetuado em suporte digital síncrono, via plataforma digital Zoom®, moderado pela investigadora.

Os estudos exploratórios são melhor adaptados em investigações com problemas pouco ou não estudados, sendo que a sua principal finalidade é aproximar o investigador de um determinado fenómeno para a obtenção de uma nova perceção e para a descoberta de novos ideais (Fortin, 2009).

2.2. SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Foram selecionados para integrar este estudo, oito enfermeiros de acordo com os seguintes critérios de inclusão: i) especialistas em enfermagem médico-cirúrgica; ii) competência

diferenciada na área extra-hospitalar; iii) mais de cinco anos de experiência em contexto de urgência, emergência e transporte do doente crítico.

Os convites para participação no estudo (apêndice 5) foram efetuados via telefone e o agendamento dos FG foi acordado através da plataforma de mensagens Whatsapp®, após autorização para esta via de comunicação. Neste estudo, a seleção foi baseada num processo intencional de peritos, escolhidos pela equipa de investigação, de acordo com os critérios de seleção definidos.

Os peritos devem ter um nível de qualificação profissional e experiência na temática em estudo, para que possam dar contributos válidos e que estejam dispostos a discutir os pressupostos iniciais para atingir consenso e, desta forma, a seleção do grupo de peritos é de extrema importância para a realização do FG e varia consoante o objetivo do estudo e os critérios de inclusão definidos pelo investigador (Krueger & Casey, 2014).

Os mesmos autores referem que na escolha para o painel de peritos é importante que exista equilíbrio entre a imparcialidade e o interesse do assunto, que seja variado em termos de experiência, áreas de especialidade e perspetivas em relação ao problema (Ibidem).

Benner (2005), enfatiza que os anos de experiência do enfermeiro são um fator importante para a qualidade dos cuidados, pela capacidade de conceção de planos de intervenção mais eficazes promovendo níveis de desempenho superiores. Autores como Eganã et al. (2014), acrescentam a necessidade de apresentarem pelo menos cinco anos de experiência.

Os FG baseiam-se em amostras intencionais, adequadas aos objetivos do estudo, sendo importante alguma homogeneidade no grupo, selecionando os participantes mais capazes para dinamizar a discussão e obter informações produtivas (Krueger & Casey, 2014). Existe consenso para o número que deve constituir cada grupo, devendo contemplar quatro a doze participantes, sendo que a recomendação é de que os grupos tenham entre seis e oito participantes (Ibidem).

Assim, o grupo é homogéneo no que concerne à experiência em transporte extra e inter-hospitalar, o que foi promotor de uma partilha de experiências focalizada, um discurso enquadrado e uniformizado centrado na avaliação e intervenção do enfermeiro em contexto de TIHDC.

2.3. INSTRUMENTO E TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados foi obtida com recurso à realização de dois FG recorrendo à gravação áudio e vídeo e posterior análise de conteúdo.

O FG é uma forma de investigação qualitativa na qual o entrevistador (também chamado moderador), questiona os participantes acerca de assuntos e temas em investigação, contudo, ao contrário das entrevistas, este acrescenta uma dimensão de interação entre os participantes e deve ser encorajada e incentivada pelo moderador, favorecendo o confronto de ideias, troca de experiências e exposição de diferentes pontos de vista (Krueger & Casey, 2014).

A realização de um FG comporta cinco fases: i) Planeamento; ii) Preparação; iii) Moderação; iv) Análise dos Dados; v) Divulgação dos Resultados e nesse sentido, para o construto deste estudo foi considerada como linha orientadora a estruturação dos FG, segundo as fases anteriormente descritas, sendo fundamental a sua contextualização onde o problema foi identificado (Ibidem).

A primeira fase, o Planeamento, sustentou-se nos objetivos definidos para a investigação, determinando-se a escolha dos participantes, a definição do guião de entrevista e o papel do moderador. A segunda fase, corresponde à Preparação e consistiu na seleção dos participantes e na logística da realização, nomeadamente, no que concerne à plataforma virtual de reunião. Os participantes foram informados acerca dos objetivos do estudo e as regras de participação, incluindo o tempo estimado de duração da sessão. A moderação, define a terceira fase, e caracterizou-se pela sessão de grupo propriamente dita, em que a intervenção, postura e dinâmica do moderador foi importante para o sucesso da mesma. A Análise dos Dados, corresponde à quarta fase e define-se pela análise de conteúdo da informação obtida no contexto das sessões. Esta análise deve ser sistemática e rigorosa e seguiu três componentes: a codificação/indexação, armazenamento/recuperação e interpretação. A quinta e última fase do FG é atribuída à Divulgação dos Resultados, que aconteceu sob a forma de relatório escrito.

Foram realizados dois FG (FG inicial e FG final) separados por uma distância cronológica de trinta dias, sendo que o primeiro FG realizou-se a 15 de fevereiro de 2023 e o segundo a 15 de março de 2023. Ambos os FG foram sustentados por um guião de entrevista (Apêndice 8) e objetivos próprios, no sentido de delimitar e convergir a discussão de uma perspetiva geral até ao foco particular do tema em estudo. O FG final foi precedido de um envio para os participantes de três casos clínicos (Apêndice 9) relativos ao TIHDC, para discussão orientada e centrada nos mesmos.

2.3.1. Focus group inicial

O FG inicial principiou com a apresentação da moderadora, o agradecimento pela participação, seguindo-se uma apresentação dos objetivos do estudo e solicitados os consentimentos para gravação áudio e imagem. Os participantes foram convidados para uma apresentação pessoal no sentido de criar um ambiente mais favorável à expressão verbal.

Foram delineados três objetivos para o FG inicial: i) Perceber a importância dos registos de enfermagem relativos ao TIHDC; ii) Identificar as razões pelas quais o registo de enfermagem no TIHDC não se constitui uma prática regular; iii) Definir o conteúdo essencial que deve constar no registo de enfermagem no TIHDC.

De referir que das interações existentes durante o FG inicial emergiram novos temas de discussão e algumas dúvidas específicas, nomeadamente: i) A situação de PCR poderá ser registada de forma particular uma vez que é um evento que tem uma atuação baseada num algoritmo próprio; ii) O sinal vital Dor pode ser registado em mais do que um item de avaliação na abordagem ABCDE e induzir alguma ambiguidade acerca deste registo.

A reflexão acerca destas dúvidas motivou a elaboração de três casos clínicos com condições concretas, enviados ao grupo de peritos, para a discussão e debate no FG final.

A construção dos casos clínicos simulam condições clínicas e situações não clínicas ocorridas durante o TIHDC. Desta forma, pretendeu-se uma interação dos participantes, focalizado num cenário concreto de vários transportes simulados, para perceber a melhor forma de organizar o registo de enfermagem e perceber qual a informação/contéudo indispensável ao mesmo.

2.3.2. Focus group final

O FG final foi iniciado com a apresentação dos resultados e dos consensos alcançados no FG inicial. Seguiu-se uma explicação acerca dos casos clínicos construídos após o FG inicial.

Foi apresentada uma mnemónica organizadora do registo de enfermagem no TIHDC, criada pela equipa de investigação, construída com base nos conteúdos do FG inicial e sustentada por outras metodologias que recorrem a este modelo de registo. A mesma consistia nas siglas E.A.R. (**E**ventos clínicos, **A**ções de enfermagem, **R**esposta clínica) (Apêndice 10).

Foram delineados três objetivos para este FG: i) Perceber a viabilidade de construir o registo de enfermagem do TIHDC, uniformizado numa mnemónica E.A.R. (**E**ventos clínicos, **A**ções de enfermagem e **R**esposta clínica), por forma a orientar e facilitar este registo; ii) Avaliar a possibilidade da organização do conteúdo do registo de enfermagem do TIHDC (E.A.R.), através da sistematização pela abordagem ABCDE, por forma a facilitar este registo; iii) Definir o conteúdo essencial que deve constar no registo de enfermagem no TIHDC.

2.4. POSTURA DO MODERADOR

A moderação do FG foi efetuada pela investigadora do estudo e auxiliada pelo orientador do mesmo. Foi utilizado um guião semi-estruturado onde os temas centrais eram projetados para discussão, sendo constantemente motivada a participação de todos e proporcionado o confronto de posições e opiniões no sentido de perceber as divisões e/ou consensos de opinião. Efetuou-se sempre uma síntese no fim de cada tema discutido, no sentido de clarificar a opinião geral do grupo e permitir uma reflexão final acerca do tema, dando oportunidade para perceber se ficou algo por esclarecer e acrescentar.

O FG é um método de investigação dirigido à recolha de dados, dependente da interação na discussão do grupo, sendo reconhecido o papel ativo e fundamental do investigador na dinamização da discussão do grupo no sentido da recolha de dados relevantes, bem como a focalização da discussão num determinado tema específico (Krueger & Casey, 2014).

2.5. ANÁLISE DE DADOS

Os dados de áudio (unidade de análise) foram reproduzidos várias vezes e transcritas as conversas, o que exigiu uma anotação fidedigna das declarações dos participantes procurando respeitar dentro dos limites possíveis, as características próprias do registo verbal, uniformizando o tratamento formal das conversas por forma a evitar desvirtuações do conteúdo original (Bardin, 2018; Young et al., 2020).

Da análise qualitativa do conteúdo evidenciaram-se dois temas centrais: i) O registo documental e ii) O conteúdo do registo. Para cada tema foram definidas categorias e subcategorias de acordo com os objetivos de cada FG, registadas as frases mais representativas das opiniões/posições dos participantes, bem como, a frequência relativa das mesmas (Young et al., 2020).

2.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Conselho de Ética para a Saúde do hospital onde decorreu o estudo, no dia 20 de Dezembro de 2022 - Parecer n.º 74/2022-CES (Apêndice 6). Nos FG foi garantida a confidencialidade e anonimato dos dados e imagens/áudio recolhidos, bem como a proteção e salvaguarda dos interesses dos intervenientes. Foi solicitado o consentimento verbal e escrito (Apêndice 7) para a gravação de imagens e áudio durante os FG. Da realização do estudo não resultou qualquer prejuízo ou dano físico, psicológico ou de outra natureza aos sujeitos participantes.

3. RESULTADOS

A fase de apresentação, tratamento e análise de dados é das mais cruciais do trabalho de pesquisa, permitindo uma significação dos dados obtidos com a aplicação do instrumento de colheita de dados (Fortin, 2009).

Esta parte do estudo refere-se à apresentação dos resultados à luz do objetivo delineado e das opções metodológicas, de acordo com os conteúdos obtidos através do instrumento de recolha de dados, que após análise, foram apresentados fazendo referência ao perito (P) correspondente.

3.1. RESULTADOS DO FOCUS GROUP INICIAL

Após a análise do conteúdo foram definidas três categorias e uma subcategoria relacionadas com o objetivo do estudo:

Categoria 1 - Importância do registo de enfermagem relativo ao TIHDC;

Categoria 2 - Motivo de não implementação do registo de enfermagem do TIHDC;

Categoria 3 - Conteúdo do registo de enfermagem do TIHDC;

Sub-Categoria 3a - Documentação dos eventos não clínicos;

Das interações e discussões no âmbito do FG inicial foi amplamente reconhecida a importância e relevância deste registo documental, onde se destacaram afirmações seguintes, representando as mesmas 100% das opiniões dos peritos:

“Esse registo é de vital importância...(P4)” ;“...é inquestionável que deve ser feito o registo...” (P2) ; “...se não está registado não foi avaliado...” (P5).

Foi constatado também que, apesar de relevante e importante, os peritos reconhecem a inexistência de um registo de enfermagem que documente a intervenção de enfermagem durante o TIHDC, onde se destacaram as afirmações seguintes representando 88% das opiniões:

“Não é obrigatório, não se faz...” (P1); “...porque já existe a transmissão de informação clínica entre hospitais.” (P7);“...este registo pode tornar-se vago e desperdiçar muito tempo do enfermeiro.” (P6)

Relativamente ao conteúdo do registo de enfermagem do TIHDC (categoria 3), registamos uma significativa interação e polarização de opiniões. De um lado, os peritos que defendem um registo integral e completo dos sinais vitais e todas as situações que potencialmente possam condicionar a segurança do TIHDC, e por outro lado, os peritos que defendem uma documentação com o foco nas alterações das condições clínicas além dos limites fisiológicos ou que motivem ações de enfermagem. Esta divergência ficou patente na análise das frequências relativas, onde 63% dos peritos se revêm na posição de defender um registo integral de todos os sinais vitais e outras situações que possam condicionar a segurança do doente durante TIHDC. As afirmações seguintes representam esta posição:

“...devemos registar todos os eventos e sinais vitais, mesmo que não haja alteração...” (P2); “...deve ser registada a monitorização do doente e medicação administrada bem como a reação das ações...” (P3); “...as respostas às intervenções de enfermagem devem também ser incluídas no registo do transporte...” (P8).

Resultou também deste FG inicial, uma validação de que o registo documental de enfermagem deve incluir eventos não clínicos ocorridos durante o TIHDC (sub-categoria 3a), destacando-se as seguintes expressões, representativas de 100% dos peritos:

“...sim devem ser contemplados, porque podem condicionar a avaliação e atuação à posteriori...” (P5); “...o atraso ocorrido provocado por questões técnicas pode ter repercussões de atuação e deve ser registado...” (P2)

Da análise da tabela 1, sobressai um consenso geral, com todos os peritos a reconhecerem a relevância deste registo para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem durante o TIHDC, estando 100% das opiniões enquadradas nas expressões representativas. Quanto ao motivo da não implementação do registo, percebemos um consenso substancial, sendo que, as expressões representativas enquadram 88% das opiniões, invocando razões

relacionadas com tempo despendido no registo e com a não obrigatoriedade da elaboração do mesmo. No que respeita ao conteúdo que deve constar no registo, ressalvamos que 63% das opiniões enquadravam-se nas afirmações mais representativas, ou seja, na defesa de um registo completo de todos os sinais vitais e eventos ocorridos durante o TIHDC. Constatamos ainda um consenso unânime na relevância do registo de eventos não clínicos durante o TIHDC, onde 100% das opiniões convergiram nas expressões mais representativas.

Tabela 1- Apresentação das afirmações representativas de cada categoria e frequências relativas decorrentes da análise de conteúdo do FG inicial.

Categoria codificada	Sub-Categoria	Expressões representativas da posição dos peritos	Frequência relativa
1-Importância do registo		<i>“Esse registo é de vital importância...(P4)” ;“...é inquestionável que deve ser feito o registo...” (P2) ; “...se não está registado não foi avaliado...” (P5).</i>	100%
2-Motivo da não implementação do registo		<i>“Não é obrigatório, não se faz...” (P1); “...porque já existe a transmissão de informação clínica entre hospitais.” (P7);“...este registo pode tornar-se vago e desperdiçar muito tempo do enfermeiro.” (P6)</i>	88%
3-Conteúdo do registo		<i>“...devemos registar todos os eventos e sinais vitais, mesmo que não haja alteração...” (P2);“...deve ser registada a monitorização do doente e medicação administrada bem como a reação das ações...” (P4); “... as respostas às intervenções de enfermagem devem também ser incluídas no registo do transporte...” (P8).</i>	63%
	3a- Documentação eventos não clínicos	<i>“...sim devem ser contemplados, porque podem condicionar a avaliação e atuação à posteriori...” (P5); “... o atraso ocorrido provocado por questões técnicas pode ter repercussões de atuação e deve ser registado...” (P2)</i>	100%

Nota: (P) Perito.

3.2. RESULTADOS DO FOCUS GROUP FINAL

Após a análise do conteúdo foram definidas três categorias e duas sub-categorias:

Categoria 1 - Organização do registo de enfermagem relativo ao TIHDC;

Categoria 2- Organização do conteúdo do registo de enfermagem do TIHDC.

Sub-categoria 2a- Organização do registo decorrente da PCR

Sub-categoria 2b- Registo do sinal Dor

Categoria 3 - Definição do conteúdo do registo de enfermagem do TIHDC.

Das interações e discussões decorridas neste FG foi possível alcançar um consenso no que respeita à organização do registo de enfermagem do TIHDC, com os participantes a reconhecerem a viabilidade da organização do registo numa mnemónica orientadora do mesmo, bem como na utilidade da mesma, e no seu carácter facilitador desta organização. Destacaram-se as afirmações seguintes como as mais representativas da categoria enquadrando 100% das opiniões dos peritos:

“...ajuda de facto na sistematização e uniformização do registo...” (P5); “...organizado na forma E.A.R. facilita, porque organiza o registo em campos específicos, uniformizados, que todos os enfermeiros devem seguir...” (P1)

No que respeita à organização do conteúdo do registo de enfermagem do TIHDC, o grupo de peritos reconheceu o carácter facilitador da organização pela abordagem ABCDE, para todas as siglas do E.A.R., independentemente das situações ocorridas durante o TIHDC. Foram constatadas afirmações representativas como:

“...parece-me muito facilitador organizar o conteúdo do registo em ABCDE para todos os transportes.” (P7); “...para além de facilitar, orienta o registo do enfermeiro numa metodologia já conhecida pelo enfermeiro...” (P3)

A análise do conteúdo relativo à organização do registo decorrente da PCR (sub-categoria 2a), evidencia um consenso, no que respeita à organização do registo relativo à PCR, patente num enquadramento de 100% das opiniões nas duas afirmações seguintes:

“...não vejo razões para retirar a PCR deste modelo e criar uma exceção...” (P6); A PCR é perfeitamente enquadrável na abordagem ABCDE...” (P8)

No que concerne ao registo do sinal Dor (sub-categoria 2b), na abordagem ABCDE, 100% dos peritos revêm-se nas seguintes expressões, demonstrando uma unanimidade no registo deste sinal.

“...parece mais adequado registar a Dor no item D da abordagem ABCDE...” (P4); “...estender a abordagem ABCDE com mais siglas só vai aumentar a complexidade...” (P8)

Na discussão que envolveu a definição do conteúdo relativo ao registo de enfermagem do TIHDC ressalva-se a unanimidade da opinião dos peritos, manifestando-se na necessidade de existir um registo de todos os sinais vitais e de todas as situações que motivem ações de enfermagem durante o transporte. As afirmações que corroboram esta consonância são:

“...os sinais vitais devem ser sempre registados, mesmo que não se modifiquem...” (P4); “...todas as ações de enfermagem devem ser registadas...” (P7)

Da análise da tabela 2, constatamos um consenso unânime, com todos os peritos a reconhecerem o papel facilitador do registo de enfermagem do TIHDC organizado em Eventos clínicos, Ações de enfermagem e Resposta clínica (E.A.R.), estando 100% das opiniões enquadradas nas expressões representativas. No que concerne à organização do conteúdo, verificamos também um consenso de unanimidade a favor da organização do conteúdo E.A.R. em função da abordagem ABCDE, estando 100% das opiniões concentradas nas expressões representativas. Na organização do conteúdo, a registar decorrente da PCR, verificamos um consenso unânime deste registo enquadrado na abordagem ABCDE. Da mesma forma, verificamos uma concordância no registo do sinal Dor na sigla D da abordagem ABCDE. Relativamente ao conteúdo do registo, observamos um consenso alargado, valorizando os sinais vitais e ações de enfermagem no registo de enfermagem do TIHDC. Nesta categoria 100% das opiniões estão patentes nas expressões representativas.

Tabela 2- Apresentação das afirmações representativas de cada categoria e frequências relativas decorrentes da análise de conteúdo do FG final

Categoria codificada	Sub-categoria codificada	Expressões representativas da posição dos peritos	Frequência relativa
1-Organização do Registo		“...ajuda de facto na sistematização e uniformização do registo...” (P5); “...organizado na forma E.A.R. facilita, porque organiza o registo em campos específicos, uniformizados, que todos os enfermeiros devem seguir...” (P1)	100%
2-Organização do Conteúdo		“...parece-me muito facilitador organizar o conteúdo do registo em ABCDE para todos os transportes.” (P7); “...para além de facilitar, orienta o registo do enfermeiro, numa metodologia já conhecida pelo enfermeiro...” (P3)	100%
	Sub-categoria 2a Organização do conteúdo da PCR	“...não vejo razões para retirar a PCR deste modelo e criar uma exceção...” (P6); A PCR é perfeitamente enquadrável na abordagem ABCDE...” (P8)	100%
	Sub-categoria 2b- Registo do sinal de Dor	“...parece mais adequado registar a Dor no item D da abordagem ABCDE...” (P4); “...estender a abordagem ABCDE com mais siglas só vai aumentar a complexidade...” (P8)	100%
3-Conteúdo do Registo		“...os sinais vitais devem ser sempre registados, mesmo que não se modifiquem...” (P4); “...todas as ações de enfermagem devem ser registadas...” (P7)	100%

Nota: (P) Perito.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No percurso da investigação que visou a construção de um modelo de documentação que evidencie a atuação do enfermeiro na avaliação e intervenção ao doente durante o TIHDC, definiu-se como objetivo criar uma ferramenta padronizada, simplificada e facilitadora de um registo uniformizado, entre as equipas de transporte, que minimize as barreiras de implementação das complexas e extensas formas de registo documental existentes.

A importância do registo de enfermagem relativo ao TIHDC ficou bem patente nas discussões emanadas no grupo de peritos com o reconhecimento de que este registo é fundamental para as boas práticas da profissão.

Contudo, percebemos através da consulta da base de dados do TIHDC, do SU onde foi realizado o estudo, que no ano de 2022 não foram efetuados registos dos cuidados de enfermagem durante os transportes inter-hospitalares. O grupo de peritos, quando confrontado com estes dados, entende que o tempo despendido, a redundância de informação e a não obrigatoriedade de elaboração do registo são as principais barreiras de implementação do registo de enfermagem no TIHDC.

Várias tabelas de registo de dados e “*checklists*” durante o TIHDC têm sido divulgadas e recomendadas na literatura (OM & SPCI, 2023). Nesta linha de pensamento, Williams et al. (2019), também defendem a utilização de “*checklists*”, contudo, apontam inúmeras barreiras à sua implementação relacionadas com aspetos operacionais e culturais.

O grupo de peritos reconheceu que o registo de enfermagem durante o TIHDC é importante mas pouco aplicável na prática clínica diária. Contudo, pela sua extensão, morosidade de preenchimento e pela redundância de informação com outros momentos de registo, nomeadamente na fase pré-transporte e também na fase de “*hand-over*”, podem condicionar a sua implementação na prática assistencial, prevalecendo um vazio documental no processo clínico do doente, dos eventos clínicos e não clínicos, assim como as ações implementadas durante o transporte. Autores como Comeau e Woodby (2015), reconhecem que a adesão na realização de um registo de enfermagem está dependente de um modelo fácil de aplicar e que não duplique o trabalho dos enfermeiros.

A procura do conteúdo adequado para o registo documental gerou muita discussão e divergência de opiniões. Por um lado, verificamos um polarização ideológica que defende um registo eficiente, com precisão e ênfase nos acontecimentos relevantes e nas ações de enfermagem com relevância clínica e, por outro lado, a valorização de um registo completo e integral de todos os sinais vitais, das ações de enfermagem na monitorização e

intervenção ao doente, bem como, de outros eventos que potencialmente possam condicionar a segurança do transporte.

Um dos conteúdos que mereceu discussão foi a documentação de eventos não clínicos, durante o TIHDC, com o grupo de peritos a reconhecer, de forma consensual, que os eventos não clínicos devem ser registados, desde que, potencialmente representem um fator condicionante da segurança do doente durante o transporte.

Apontamos que no FG inicial, não foi possível encontrar um consenso relativo à definição dos conteúdos e informações clínicas que deveriam contemplar o registo de enfermagem do TIHDC. Neste sentido, foi necessário recorrer a uma estratégia diferente para o FG final para orientar e centrar a discussão no cerne do objetivo do estudo e também para clarificar as dúvidas geradas no FG inicial. Esta estratégia consistiu na criação e discussão de casos clínicos concretos simulados no sentido de promover uma interação centrada na prática clínica real, contemplando condições clínicas específicas, nomeadamente a PCR e o sinal vital Dor.

Após a interação acerca dos três casos clínicos, apresentamos um modelo de registo protocolado e simplificado, com base na mnemónica E.A.R. e solicitamos a elaboração do registo de enfermagem, de cada caso clínico enquadrado nesse modelo.

O grupo de peritos reconheceu a viabilidade da organização do registo sob a mnemónica E.A.R. e, no mesmo sentido, foi reconhecida a utilidade e o aspeto facilitador de um registo uniformizado, sustentado numa mnemónica.

A utilização de ferramentas estruturadas e standardizadas para a transmissão de informação clínica tem sido encorajada pela comprovada melhoria na qualidade e transparência de informação evidenciando uma melhoria nos outcomes dos doentes (Burgess et al., 2020). Também a Norma n.º 001/2017 da Direção Geral da Saúde, salienta a metodologia ISBAR como ferramenta simplificadora e sintetizadora da informação fundamental a ser transmitida entre equipas prestadoras de cuidados (Portugal, 2017a).

A abordagem ABCDE é uma prática usual e amplamente validada na prática de enfermagem e dessa forma, foi proposta esta metodologia de avaliação em cada sigla da forma de registo E.A.R. Se por um lado, a mnemónica E.A.R., orienta a forma do registo de enfermagem, a abordagem ABCDE sistematiza os ítems a avaliar e registar. A aquisição de informação clínica, quando sustentada numa avaliação sistematizada como a abordagem ABCDE, permite avaliar com maior precisão a gravidade da condição clínica do doente, priorizar as intervenções e obter melhores resultados, o que reforça e releva os contributos

apresentados no que concerne à organização da recolha de informação (INEM, 2019; Kulshrestha & Singh, 2016).

O grupo de peritos foi consensual na validação desta forma de organizar o registo, contudo, na discussão acerca da organização do conteúdo surgiram duas dúvidas geradoras de discussão e reflexão. Uma questão encontrava-se relacionada com o registo de enfermagem decorrente da PCR em contexto de TIHDC. Por um lado, alguns peritos defendiam um registo específico, uma vez que a atuação na PCR obedece a um algoritmo próprio e, por outro lado, outros peritos manifestaram uma opinião diferente, no sentido da viabilidade do enquadramento do registo da PCR na abordagem ABCDE. No final da interação em torno do caso clínico da PCR prevaleceu a manifestação sustentada a favor de um registo da PCR na abordagem ABCDE, fortalecendo a sistematização e uniformização para todos os registos de enfermagem que documentem o TIHDC.

Outra das dúvidas importantes, emanadas do FG inicial, prendeu-se com a uniformização do enquadramento do sinal Dor, na abordagem ABCDE. Alguns peritos argumentaram a extensão até o item G (Gestão da Dor) da abordagem ABCDE, e contemplar o registo deste sinal vital neste último item. Um dos casos clínicos apresentava um sinal de Dor e o grupo de peritos, após a interação alargada, entendeu de forma inequívoca, que este sinal vital deve ser enquadrado no item D (Disfunção Neurológica), e que a decisão de enquadrar mais itens na abordagem ABCDE, apenas para o registo da dor, carregava complexidade desnecessária ao modelo apresentado.

O foco principal deste estudo idealizava um modelo de registo que, além de uniformizado e sistematizado fosse também simplificado, com caráter facilitador e motivador para a elaboração do registo de enfermagem durante o TIHDC, e que não representasse um acréscimo redundante de informação, desmotivando a sua implementação.

O grupo de peritos alcançou então, uma versão final do registo documental de enfermagem no TIHDC organizado em três campos: i) Eventos clínicos; ii) Ações de enfermagem; iii) Resposta clínica, sendo cada campo sistematizado na abordagem ABCDE.

Desta forma, a existência de eventos clínicos durante o transporte implica um registo no campo “Eventos clínicos”, no item correspondente da abordagem ABCDE. Se o evento clínico desencadear uma ação de enfermagem, a mesma será registada no campo “Ação de enfermagem”, no item correspondente da abordagem ABCDE. Neste seguimento, a resposta clínica à ação de enfermagem será documentada no campo “Resposta clínica” no item correspondente da abordagem ABCDE.

O grupo de peritos manifestou uma clarificação relevante, no sentido da importância de um registo dos sinais vitais avaliados durante o transporte e registados no campo “Ação de enfermagem”, sistematizados na abordagem ABCDE, mesmo nas situações onde não foram detetados eventos clínicos.

4.1. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A construção deste estudo deve ser enquadrada à luz das dificuldades inerentes a um estudo desta natureza.

Devemos referir que, pelo facto das sessões terem sido em suporte digital, não foi possível captar algumas expressões faciais e físicas dos participantes o que dificultou a captação de alguma informação não verbal, relevante neste método de recolha de dados.

Salientamos a inexperiência da investigadora na tarefa de moderar um Focus Group, o que em alguns momentos, não facilitou a manutenção do foco e a centralização da discussão.

Por último, apontamos que a escassez de estudos direccionados ao registo de enfermagem durante o TIHDC dificultou o enquadramento dos resultados à luz da evidência científica atual.

5. CONCLUSÕES DO ESTUDO

A análise e discussão dos resultados alcançados permitem delinear algumas conclusões, tendo em consideração as limitações inerentes às opções metodológicas, e evidenciam que a organização dos registos de enfermagem na mnemónica E.A.R., enquadrados na abordagem ABCDE são uma ferramenta facilitadora e uniformizadora da documentação de enfermagem do TIHDC.

Consideramos então, que as conclusões decorrentes desta investigação, sustentam o cumprimento do objetivo do estudo e impelem à valorização da importância dos registos de enfermagem no contexto do TIHDC, como uma mais valia para a qualidade dos cuidados prestados e podem tornar-se uma poderosa fonte de informação, possibilitando a maximização da intervenção do enfermeiro na garantia da continuidade de cuidados suportado por um quadro ético e legal.

Estudos futuros devem avaliar, melhorar e adaptar este modelo, no sentido de alcançar uma validação do mesmo na prática clínica no SU, de acordo com o modelo de organização institucional.

CONCLUSÃO

A complexidade da PSC determina uma prática profissional especializada com cuidados de enfermagem diferenciados que se refletem na necessidade de competências e conhecimentos cada vez mais aprofundados e sustentados na melhor evidência científica.

O perfil de conhecimentos e competências do EE na atuação perante a PSC deve responder de forma competente à frágil e complexa situação clínica, sendo o seu papel suportado por um quadro de competências diferenciadas enquadradas no respeito pelo Ser Humano e pelos seus direitos inalienáveis.

Este relatório pretende evidenciar os problemas encontrados e a forma como investimos no sentido da sua resolução, revelando-se um registo fundamental na documentação das atividades desenvolvidas, por forma a contribuir para dinamizar a construção e divulgação de conhecimentos em torno da profissão e também no processo de aprendizagem e enriquecimento pessoal.

A análise crítica e reflexiva permitiu-nos evidenciar, pensar e investir nos problemas encontrados na prática clínica diária com o intuito de melhorar a qualidade e eficiência dos cuidados prestados, numa ótica de desenvolvimento institucional, com base na sua missão, visão e valores.

Evidenciamos de todas as atividades desenvolvidas, o investimento resiliente na construção e implementação de um protocolo complexo no âmbito da prestação de cuidados em contexto de urgência, ao doente em estado de agitação/agressividade que visa mitigar um problema recorrente.

De referir também, a criação de um modelo de registo documental no âmbito do TIHDC que, de forma uniformizada e orientada por uma mnemónica simples, pretendeu resolver uma lacuna evidenciada pela inexistência de um registo da atuação do enfermeiro.

As atividades desenvolvidas no contexto deste ENP, que permitiram o desenvolvimento de competências técnicas, comunicacionais e de investigação e que possibilitaram a aquisição de competências comuns e específicas definidas para o EE, estão patentes neste relatório.

Em apreciação final, esta experiência foi difícil contudo motivadora e com um resultado final muito positivo por tudo o que foi alcançado, tanto a nível pessoal como profissional.

Este relatório não representa apenas o fim de um percurso, porque a nossa forma de viver a profissão, aliada à nossa determinação em melhorar diariamente a qualidade dos cuidados prestados, será certamente um impulso propulsor para continuar a investir na profissão de Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, A., Mannix, T. & Harrington, A. (2015). Nurses communication with families in the intensive care unit - a literature review. *British Association of Critical Care Nurses*, 1-11. doi:10.1111/nicc.12141.
- Baldaçara, L., Ismael, F., Leite, V., Pereira, L., Santos, R., Junior, V., Calfat, E., Diaz, A., Perico, C., Porto, D., Zacharias, C., Cordeira, Q., Silva, A. & Tung, T. (2019). Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation, part 1. Non-pharmacological approach. *Brasilian Journal of Psychiatry*, 41(2), 153-157.
- Bale, W., Buckman, R., Lenzi, R., Globber, G., Beale, E. & Kudelka, A. (2000). SPIKES - a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5, 302-311. doi:10.1634/theoncologist.5-4-302.
- Baran, C. & Sanders, J. (2019). Communication skills: Delivering bad news, conducting a goals of care family meeting, and advance care planning. *Primary Care Clinics Office Practice*, 46, 353-372. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2019.05.003>.
- Bardin, L. (2018). *Análise de conteúdo* (4^o ed.). edições 70.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a perito* (2^a ed.). Quarteto. ISBN 989-558-052-5.
- Bérubé, M., Bernard, F., Marion, H., Parent, J., Thibault, M., Williamson, D. & Albert, M. (2013). Impact of a preventive programme on the occurrence of incident during the transport of critically ill patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29, 9-19.
- Bhagya., S., Revivarman, K., Dhanasekaran, B., Gireeshkumar, K., Sreekrishnan, T. & Maria, M. (2021). Experiences and challenges faced during transportation of critically ill patients. *International Journal of Health Sciences and Research*, 11(7), 124-128.
- Blackburn, J., Ousey, K. & Goodwin, E. (2018). Information and communication in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.07.002>.
- Bratz, J. & Ramirez, M. (2018). Ethical competences for the development of nursing care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 1810-1814. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0539>.

- Brunsveld-Reinders, A., Arbous, M., Kuiper, S. & Jonge, E. (2015). A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intra-hospital transport of critically ill patients, *Critical Care*, 19(214), 1-10.
- Burgess, A., Diggele, C., Roberts, C. & Mellis, C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Medical Education*, 20(2), 1-8.
- Comeau, O., Armerdariz-Batiste, J. & Woodby, S. (2015). Safety first? using a checklist for intrafacility transport of adult intensive care patients. *Critical Care Nurse*, 35(5), 1-11.
- Costa, P. (2021). Abordagem sistematizada do doente crítico. In N. Coimbra (Coord.), *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 53-59). Lidel.
- Cunha, M., Marques, C., Gomes, J., Cardoso, C., Rego, A. & Cunha, R. (2015). *Manual de gestão de pessoas e do capital humano* (3º ed.). Silabo. ISBN 978-972-618-813-1.
- Decreto-Lei n.º 38/92. Diário da República. série 1-A, (1992-03-13).
- Despacho normativo n.º 11/2002. Diário da República I série B, n.º 55, de 2002-03-06.
- Despacho n.º 10319/2014. Diário da República 2º série, n.º 153 de 2014-08-11.
- Despacho n.º 9390/2021- Aprova o plano nacional para a segurança dos doentes 2021-2026. Diário da República 2º série, n.º 187 de 2021-09-24.
- Despacho n.º 2597/2021- Alterações ao ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em enfermagem médico-cirúrgica, ministrado na escola superior de saúde deste instituto. Diário da República 2º série, n.º 46 de 2021-08-03.
- Despacho n.º 10901/2022- Atualiza o programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos anti- microbianos (PPCIRA). Diário da República 2º série, n.º 174 de 2022-09-08.
- DeWitt, S., Chavez, S., Perkins, J., Long, B. & Koyfman, A. (2017). Evaluation of fever in the emergency department. *The American Journal of Emergency Medicine*, Advance online publication. doi:10.10/j.ajem.2017.08.030.
- Droogh, J., Smit, M., Absalom, A., Ligtenberg, J. & Zijlstra, J. (2015). Transferring the critically ill patient: are we there yet?. *Critical Care*, 19(62), 1-7.
- Eganã, M., Araya, S., Nunes, M. & Camus, M. (2014). Métodos ótimos para determinar validade de conteúdo. *Education Médica Superior*, 28(3), 547-558.

- Eiding, H., Kongsgaard, U. & Braarud, A. (2019). Interhospital transport of critically ill patients: Experience and challenges, a qualitative study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 27(27), 1-9.
- Esteves, L., Cunha, I., Bohomol, E. & Negri, E. (2018). O Estágio curricular supervisionado na graduação em enfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 1842–1853. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0340>.
- Fernandes, A. (2019). Transporte secundário da pessoa em situação crítica: Uniformização de procedimentos de enfermagem num serviço de urgência. {Dissertação de Mestrado}. Instituto Politécnico de Setúbal.
- Gottlieb, M., Long, B. & Koyfman, A. (2018). Approach to the agitated emergency department patient. *The Journal of Emergency Medicine*. Advanced online publication, 1-11.
- Graça, A., Silva, N., Correia, T. & Martins, M. (2017). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(15), 133-144.
- Groot, K., Veer, A., Munster, A., Francke, A. & Paans, W. (2022). Nursing documentation and its relationship with perceived nursing workload: a mixed-methods study among community nurses. *BMC Nursing*. 21(34), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00811-7>.
- Grupo Português de Triage. (2010). *Triage no serviço de urgência: Manual do formando*. (2º ed.).
- Grupo de Trabalho dos Serviços de Urgência. (2019). *Relatório do grupo trabalho dos serviços de urgência*. Ministério da Saúde.
- Hoffman, J., Pergijka, A., Konicek, C. & Reynolds, S. (2021). Pharmacologic management of acute agitation in youth in the emergency department. *Pediatric Emergency Care*, 37(8), 417-422.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). *Manual de suporte avançado de vida* (2ºed.).
- Instituto Politécnico de Viana do Castelo. (2022). *Estágio de natureza profissional: Protocolo 2º ano*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

- Jia, L., Wang, H., Gao, Y., Liu, H. & Yu, K. (2016). High incidence of adverse events during intra-hospital transport of critically ill patients and new related risk factors: a prospective, multicenter study in China. *Critical Care*, 20(12), 1-13.
- Kanabar., D. (2017). A clinical and safety review of paracetamol and ibuprofen in children. *Inflammopharmacology*, 25, 1-9.
- Karcioglu, O., Topacoglu, H. & Korkut, S. (2018). Approach to the febrile patient in the emergency setting: is there anything new?. *Journal of Emergency Medical Care*. 1(102), 1-6.
- Kiekkas, P., Aretha, D., Bakalis, N., Karpouhsti, I., Marneras, C. & Baltopoulos, G. (2013). Fever effects and treatment in critical care: literature review. *Aust Crit Care*, 26(3), 130-135. <https://doi.org/101111/jocn.12551>.
- Krueger, R. & Casey, M. (2014). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research* (5^oed.). Sage.
- Kulshrestha, A. & Singh, J. (2016). Inter-hospital and intra-hospital patient transfer: Recent concept. *Indian Journal of Anaesthesia*, 60, 451-457.
- Lei n.º 156/2015 - Estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República. I série, n.º 181 (2015-09-16), pp. 8059-8105.
- Ludwig, J. & McWhinnie, H. (2019). Antipyretic drugs in patients with fever and infection: Literature review. *British Journal of Nursing*, 28(10), 610-618.
- Marques, S., & Lino, P. (2021). Protocolo de triagem de manchester. In N. Coimbra (Coord.), *Enfermagem de urgência e emergência* (pp. 25-30). Lidel.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Norouzinia, R., Aghabarari, M., Shiri, M., Karimi, M. & Salami, E. (2016). Communication barriers perceived by nurses and patients. *Global Health Science*, 8(6), p. 65-74. ISSN 1916-9736.
- Nunes, L. (2019). Avaliação do impacto percebido da formação pós-graduada em enfermagem. *Revista Percursos*, 46, 1-36.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). Tomada de posição da Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos* (2ªed.).
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. ISBN: 978-989-8444-30-1.
- 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*.
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de doentes críticos: Recomendações 2008.
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). Transporte de doentes críticos: Recomendações 2023.
- Peixoto, T. & Peixoto, N. (2017). Pensamento crítico dos estudantes de enfermagem em ensino clínico: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(13), 125-138.
- Portugal. Ministério da Saúde. (2001). *Rede de referenciação hospitalar de urgência/emergência*. Direção Geral de Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. (2010). *Elaboração de um plano de emergência nas unidades de saúde*. Direção Geral de Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. (2011). Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. Orientação n.º 021/2011. Direção Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. (2012). *Relatório da comissão de reavaliação da rede nacional de emergência e urgência*. Direção Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. (2017a). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Norma n.º 001/2017. Direção Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. (2017b). *Programa nacional para a prevenção e controlo da dor*. Direção Geral de Saúde.
- Regulamento n.º 190/2015 Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. (2015). Diário da República n.º 79, 2ª série de 2015-04-23.

- Regulamento n.º 361/2015 Regulamentos dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. (2015). Diário da República n.º123, 2º série de 2015-06-26.
- Regulamento n.º 76/2018 Regulamento da competência acrescida avançada em gestão. (2018). Diário da República n.º 21, 2º série de 2018-01-30.
- Regulamento n.º 429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área da enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. (2018). Diário da República n.º 135, série II de 2018-07-16.
- Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. (2019). Diário da República n.º 26, série II de 2019-02-06.
- Regulamento n.º 743/2019 Regulamento da norma para calculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. (2019). Diário da República n.º 184, 2º série de 2019-09-25.
- Regulamento n.º 964/2020 Transferência de utentes entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde. Entidade Reguladora da Saúde. (2020). Diário da República n.º 214, 2º série de 2020-11-03.
- Salgado, P., Silva, L., Silva, P., Paiva, I., Macieira, T. & Chianca, T. (2015). Nursing care to patients with high body temperature: an integrative review. *Rev Min Enferm*, 19(1), 220-226.
- Shustrov, V., Shchegolev, A., Zabolotskikh, I., Kuzine, A., Gritsaj, A., Lakhin, R., Levshankov, A. & Skopets, A. (2022). Inter-hospital and intra-hospital transfer of critically ill patients: results of a questionnaire survey. *Annals of Critical Care*, 4, 127-133.
- Silva, A. (2009). *Triagem de prioridades: Triagem de manchester*. {Dissertação de Mestrado}. Universidade do Porto.
- Singh, J., MacDonald, R. & Ahghari, M. (2014). Critical events during land-based interfacility transport. *Annals of Emergency Medicine*, 64(1), 9-15.

- Spies, L., Bader, S., Opollo, J. & Gray J. (2018). Nurse-led interventions of hypertension: A scoping review with implications for evidence-based practice. *Worldviews on Evidence- Based Nursing*, 15(4), 247-256.
- Teixeira, A. (2021). Enfermagem baseada na evidência. In N. Coimbra (Coord.), *Enfermagem de urgência e emergência* (pp. 19-24). Lidel.
- Tsaganos, T., Tseti, K., Tziolos, N., Soumelas, G., Koupetori, M. Pырpasopoulou, A., Akinosoglou, K., Gogos, C., Tsokos, N., Karigiannis, A., Sympardi, S. & Giamrellos-Bourboulis, E. (2017). Randomized, controlled, multicenter clinical trial of the antipyretic effect of intravenous paracetamol in patients admitted to hospital with infection. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 83, 742-750.
- Unidade Local de Saúde do Alto Minho {ULSAM}. (2023). *Missão, atribuições e legislação*. <https://www.ulsam.min-saude.pt/category/institucional/missao/#>
- Veenema, T., Lavin, R., Griffin, A., Gable, A., Couig, M. & Dobalian, A. (2017). Call to action: The case for advancing disaster nursing education in the United States. *Journal Nursing Scholarship*, 49(6), 1-9. Doi: 10.1111/jnu.12338.
- Vieira, T., Sakamoto, V., Moraes, L., Blatt, C. & Caregnato, R. (2020). Métodos de validação de protocolos assistenciais: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), 1-10. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0050>.
- Vieta, E., Garriga, M., Cardete, L., Bernardo, M., Lombrana, M., Blanch, J., Catalan, R., Vazquez, M., Soler, V., Ortuno, N. & Martinez-Aran, A. (2017). Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC Psychiatry*, 17(328), 1-11.
- Williams, P., Karupiah, S., Greentree, K. & Darvall, J., (2019). A checklist for intrahospital transport of critically ill patients improves compliance with transportation safety guidelines. *Australian Critical Care*, 33(1),1-5.
- World Health Organization (2015). *First global report on antibiotic resistance*. WHO. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/amr-report/en/>.
- Young, B., Fogarty, A., Skelly, R., Shaw, D., Thurley, P., Sturrock, N., Norwood, M., Langley, T., Lewis, S. & Cranwell, J. (2020). Patients attitudes towards cost feedback to doctors to prevent unnecessary testing: a qualitative focus group study. *Public Health*, 185, 338-340.

- Young J. & Saxena M. (2014). Fever management in intensive care patients with infections. *Critical Care*, 18(206). 1-8.
- Zhang, Z. (2015). Antipyretic therapy in critically ill patient with established sepsis: a trial sequencial analysis. *PLoS One*, 10(2). 1-12.
- Zun, L. (2018). Evidence-based review of pharmacotherapy for acute agitation. part 1: onset of efficacy. *The Journal of Emergency Medicine*. Advanced online publication, 1-11.

APÊNDICE 1. PROTOCOLO: FEBRE NO ADULTO NA TRIAGEM DE MANCHESTER

A febre é um sinal frequente de recorrência aos serviços de urgência. É definida como uma temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ independente da sua causa e surge normalmente como resposta a uma reação fisiológica do organismo à inflamação/infecção. A febre é normalmente uma reação inespecífica cuja atuação na mesma não modifica a gravidade do estado clínico do doente nem condiciona a avaliação médica. Em associação com a febre está normalmente um desconforto corporal e uma sensação mau-estar presente nestes doentes.

Este protocolo visa uniformizar a atuação do enfermeiro perante o doente adulto com febre garantindo a segurança e a humanização nos cuidados prestados e surge com propósito de melhorar o conforto do doente enquanto aguarda por observação médica.

OBJETIVOS

- Orientar a atuação do enfermeiro perante o atendimento ao doente adulto com febre na Triagem de Manchester;
- Possibilitar ao enfermeiro a administração segura do antipirético enquanto aguarda por observação médica.

DEFINIÇÕES

Paracetamol - é um fármaco com propriedades analgésicas e antipiréticas com indicação de atuação na dor e na febre

- Efeitos secundários frequentes: sonolência ligeira, náuseas e vômitos

Ibuprofeno- é um fármaco com propriedades anti-inflamatórias não esteroídes com indicação de atuação na dor e na febre

- Efeitos secundários frequentes: náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia, obstipação, exacerbação de colite, dispepsia e hemorragia gastrointestinal

DESCRIÇÃO

Atuação do enfermeiro perante doente adulto com febre na Triagem de Manchester, com prioridade urgente (amarelo) e pouco urgente (verde).

1.1- Avaliar temperatura auricular

1.2 - Questionar a existência de alergias

1.3 - Medida Imediata - arrefecimento corporal

1.4- Se via oral disponível:

1.4.1 - Administrar paracetamol 1gr via oral

(excluir toma de paracetamol à menos de 6h)

1.4.2.-administrar Ibuprofeno 400mg via oral

(em caso da alergia ao paracetamol e excluir toma de ibuprofeno à menos de 6h)

1.5- Efetuar registo de Enfermagem:

- da administração do fármaco na Triagem de Manchester

- ou horário da última toma do fármaco no domicílio

1.6- Reportar ao médico responsável.

1.7- Se via oral indisponível: sem atuação

EXCLUSÃO A ATUAÇÃO

Grávidas e doentes com triados com a prioridade amarela com ativação de via verde sepsis.

RESPONSABILIDADES

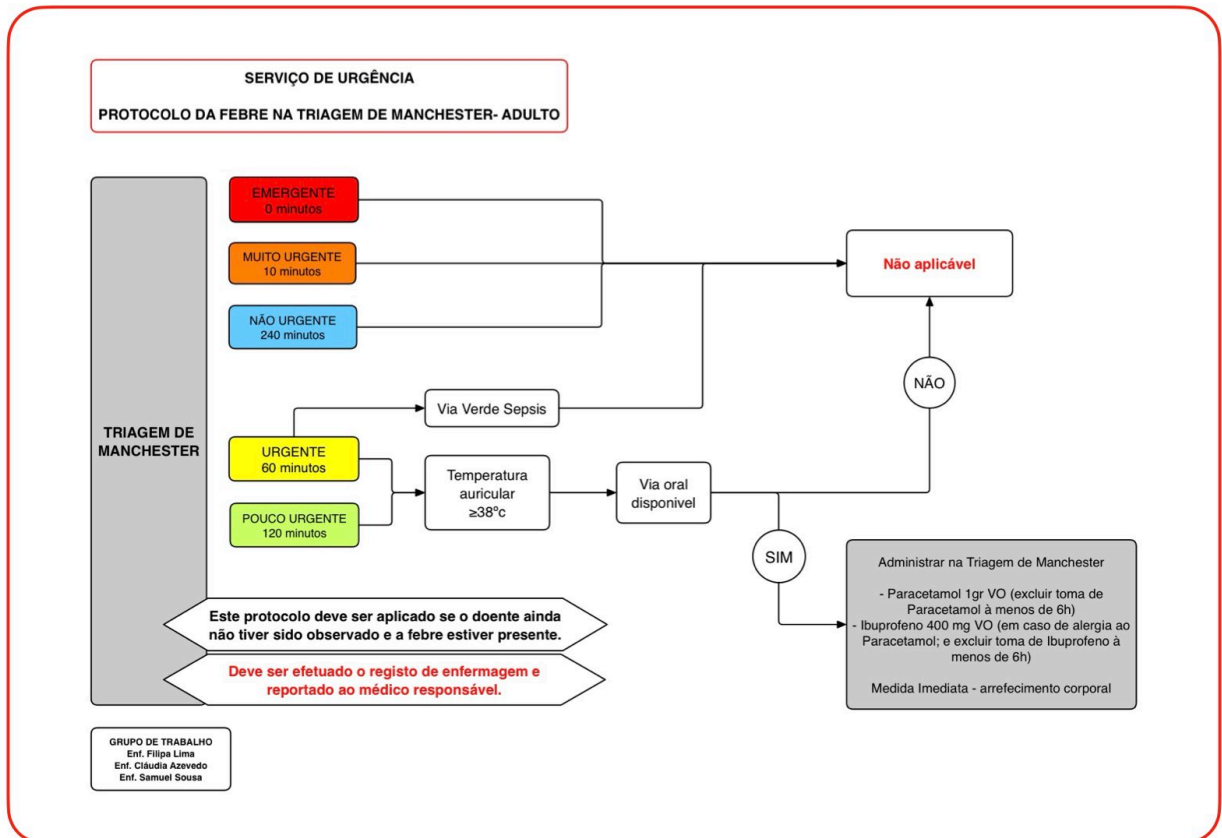
Enfermeiros e Médicos do Departamento de Medicina Crítica .

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-Ministério da Saúde (2019). Guia de Elaboração: protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

-Salgado, PO. Silva, LCR. Silva, PMA. Paiva, IRA. Macieira, TGR e Chianca, TCM. (2015) Cuidados de Enfermagem a pacientes com temperatura corporal elevada. Revisão Integrativa. Revista Mineira de Enfermagem.

Protocolo Febre na Triagem de Manchester - Adulto



APÊNDICE 2. FORMAÇÃO: FEBRE NO ADULTO NA TRIAGEM DE MANCHESTER

Serviço de Urgência

Protocolo da Febre na Triagem de Manchester - Adulto

Grupo de trabalho
 Enf. Cláudia Azevedo
 Enf. Filipa Lima
 Enf. Samuel Sousa

Serviço de urgência

Protocolo da Febre na Triagem de Manchester - Adulto



- Sinal **muito prevalente** de recorrência aos serviços de urgência, seja como motivo principal ou em associação com outra sintomatologia.
- Normalmente uma **reação inespecífica** cuja atuação na mesma não modifica a gravidade do estado clínico do doente nem condiciona a avaliação médica.
- **Desconforto** corporal e uma sensação **mau-estar** presente.
- É importante uniformizar a atuação do enfermeiro perante o doente adulto com febre na Triagem de Manchester, maximizando a segurança e a **humanização nos cuidados** prestados com o propósito de melhorar o conforto do doente enquanto aguardam por observação médica.

Serviço de urgência

Protocolo da Febre na Triagem de Manchester - Adulto

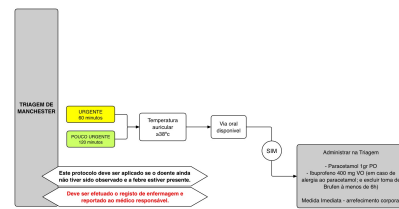
OBJETIVOS

Orientar a atuação do enfermeiro perante o atendimento ao doente adulto com febre na Triagem de Manchester;

Possibilitar ao enfermeiro a administração segura do antipirético enquanto aguarda por observação médica.

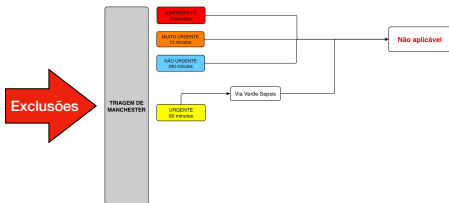
Serviço de urgência

Protocolo da Febre na Triagem de Manchester - Adulto



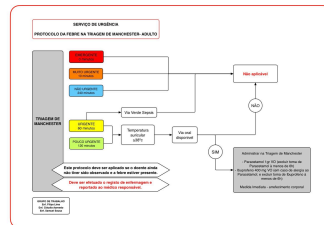
Serviço de urgência

Protocolo da Febre na Triagem de Manchester - Adulto



Serviço de urgência

Protocolo da Febre na Triagem de Manchester - Adulto



Serviço de urgência

Protocolo da Febre na Triagem de Manchester - Adulto

Referências Bibliográfica

- Ministério da Saúde (2019). Guia de Elaboração: protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.
- Salgado, PO, Silva, LCR, Silva, PMA, Paiva, IRA, Macieira, TGR e Chianca, TCM. (2015) Cuidados de Enfermagem a pacientes com temperatura corporal elevada. Revisão Integrativa. Revista Mineira de Enfermagem.

Serviço de urgência

Protocolo da Febre na Triagem de Manchester - Adulto

OBRIGADO PELA ATENÇÃO

**APÊNDICE 3. PROTOCOLO DE ATUAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PERANTE UM ADULTO EM
ESTADO DE AGITAÇÃO/AGRESSIVIDADE NA AUSÊNCIA DE MÉDICO PSQUIATRA**

A prestação de cuidados no âmbito do serviço de urgência é muitas vezes acompanhada por episódios de agitação/agressividade do doente que condicionam uma avaliação clínica segura com riscos para a integridade do próprio e/ou dos profissionais de saúde.

É de extrema importância que as equipas estejam preparadas para lidar com um adulto em estado de agitação/agressividade recorrendo a estratégias ambientais e comportamentais para garantir a qualidade dos cuidados prestados.

Na incapacidade de uma resposta adequada das estratégias ambientais e comportamentais, surge a necessidade de recorrer a uma intervenção farmacológica protocolada e validada, e que contemple uma escalada segura da terapêutica, na ausência de médico psiquiatra, de forma a minimizar os riscos para o doente e para equipa prestadora de cuidados e que permita uma avaliação clínica e monitorização adequada.

OBJETIVO GERAL

Uniformizar e orientar a atuação da equipa do serviço de urgência perante um adulto em estado de agitação/agressividade na ausência do médico psiquiatra.

DEFINIÇÕES:

Agitação: Síndrome comportamental caracterizada por um estado de excitação psíquica e aumento da atividade verbal e motora.

Comportamentos agressivos/violentos: comportamentos que pela sua intensidade e gravidade constituem sério perigo para a vida ou integridade do próprio (autoagressividade) ou dos outros (heteroagressividade).

Medidas de segurança ambiental:

- remoção de objetos potencialmente perigosos;
- afastamento de pessoas ou estímulos que potenciem a agitação/agressividade;
- nível de vigilância apropriado;

Medidas de segurança comportamental

- atitude empática;
- falar pausadamente mas firme;
- perguntas claras e diretas;
- descalada verbal;
- distância física.

Fármacos utilizados

Antipsicóticos típicos: Clorpromazina; Levomepromazina; Haloperidol

Antipsicóticos atípicos: Olanzapina;

Benzodiazepinas: Diazepam; Midazolam

Efeitos Secundários do fármacos utilizados

Efeitos secundários dos neurolépticos: reação adversa devido ao uso de medicação antipsicótica caracterizada por apatia, redução da iniciativa e das respostas emocionais e sedação. Pode ainda incluir sintomas extra piramidais como tremores, movimentos involuntários do corpo, rigidez dos membros e face.

Efeitos secundários das benzodiazepinas: reação adversa devido ao uso de benzodiazepinas caracterizada pela sonolência, capacidade de reação diminuída, confusão, fadiga, cefaleias, tonturas, ataxia e diplopia. Estes sintomas ocorrem predominantemente no início da administração da terapêutica.

DESCRIÇÃO:

Atuação da equipa do serviço de urgência perante um adulto em estado de agitação/agressividade, na ausência de médico psiquiatra.

- 1.1- Perceber o grau de agitação/agressividade do doente.
- 1.2 - Implementar medidas ambientais e comportamentais.
- 1.3 - Determinar grau de agitação/agressividade: ligeira, moderada ou grave.
- 1.4 - Avaliar sinais vitais (se a condição de agitação/agressividade do doente permitir).
- 1.5 - Administrar terapêutica segundo prescrição médica de acordo com o protocolo.
- 1.6 - Vigiar efeitos secundários da terapêutica.
- 1.7 - Implementar o nível de monitorização adequado ao estado clínico.
- 1.8 - Reavaliar o doente na periodicidade protocolada.
- 1.9 - Efetuar contenção mecânica (sos), de acordo com a norma da DGS 2011.
- 1.10 - Efetuar registos de enfermagem.
- 1.11 -Se o profissional de saúde for agredido fisicamente deve participar a ocorrência de acordo com as orientações internas.
- 1.12 - Em caso de auto-agressão com dano físico associado, este deve ser contemplado no registo de enfermagem e reportado ao médico assistente.

EXCLUSÃO A ATUAÇÃO

Grávidas; crianças e outras condições clínicas como causa primária da agitação.

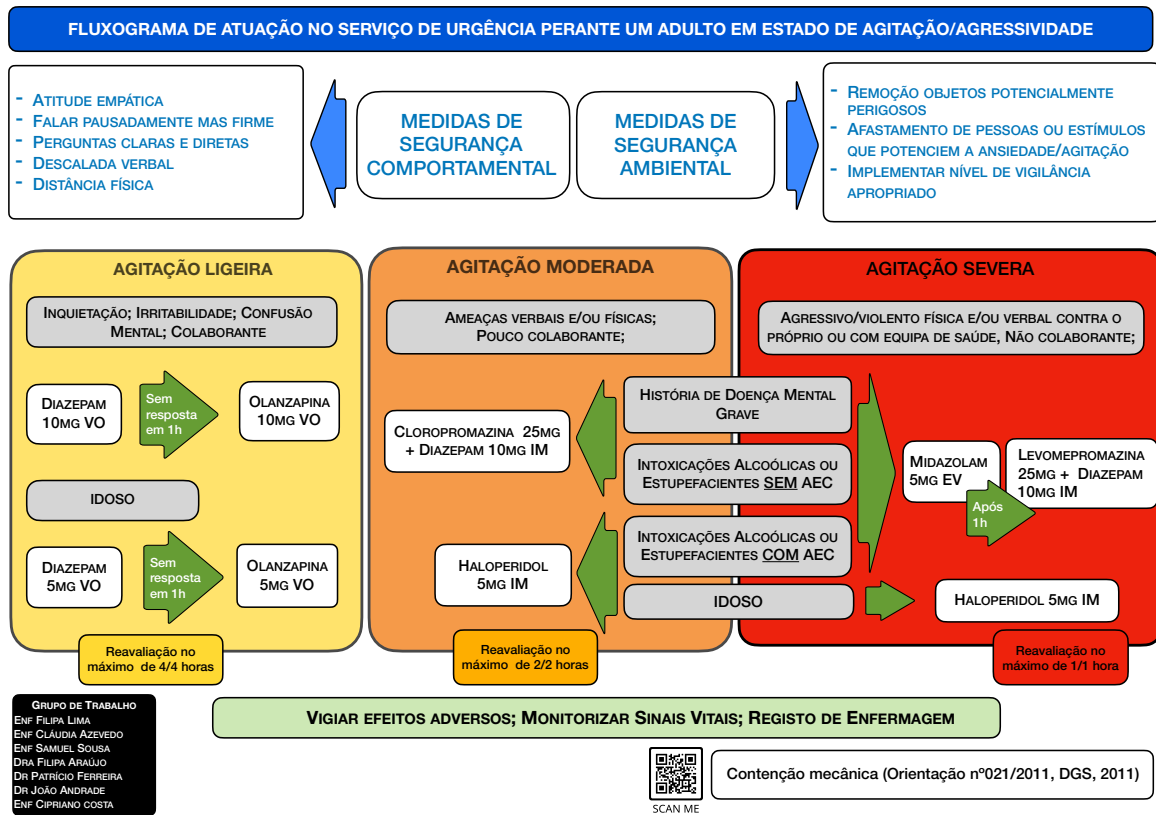
RESPONSABILIDADES

Enfermeiros e Médicos do Departamento de Medicina Crítica

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- *Infarmed* (s.d) *Folheto Informativo*: informação para o utilizador
- Ministério da Saúde (2019). *Guia de Elaboração: protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas*.
- Direção Geral de Saúde (2011) *Orientação n.º 021/2011: Prevenção de comportamentos dos doentes que põe em causa a sua segurança ou da sua envolvente*.

Fluxograma de atuação no serviço de urgência perante um adulto em estado de agitação/agressividade, na ausência de médico psiquiatra.



**APÊNDICE 4. FORMAÇÃO: ATUAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PERANTE UM ADULTO EM
ESTADO DE AGITAÇÃO/AGRESSIVIDADE NA AUSÊNCIA DE MÉDICO PSIQUIATRA**

SERVIÇO DE URGÊNCIA

PROTOCOLO DE ATUAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PERANTE UM ADULTO EM ESTADO DE AGITAÇÃO/AGRESSIVIDADE



MARÇO 2023

OBJETIVO GERAL

UNIFORMIZAR, ORIENTAR E FACILITAR A ATUAÇÃO DA EQUIPA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PERANTE UM ADULTO EM ESTADO DE AGITAÇÃO/AGRESSIVIDADE NA AUSÊNCIA DE MÉDICO PSIQUIATRA

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

PROMOVER A IMPLEMENTAÇÃO ADEQUADA DE **ESTRATÉGIAS COMPORTAMENTAIS E AMBIENTAIS**

RECONHECER E DIFERENCIAR OS **TIPOS DE AGITAÇÃO**: LEVE, MODERADA E SEVERA

GARANTIR UMA **AValiação CLÍNICA SEGURA**

PROMOVER UMA **INTERVENÇÃO FARMACOLÓGICA** PROTOCOLADA

PROMOVER UMA **ESCALADA SEGURA DA TERAPÉUTICA**

CONHECER OS **EFEITOS SECUNDÁRIOS** DA TERAPÉUTICA ADMINISTRADA

GARANTIR UMA **MONITORIZAÇÃO** ADEQUADA

FUNDAMENTAÇÃO

NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA É MUITAS VEZES NECESSÁRIA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE A DOENTES COM **EPISÓDIOS DE AGITAÇÃO/AGRESSIVIDADE**.

UM DOENTE AGITADO NECESSITA DE UMA **INTERVENÇÃO ADAPTADA** PARA GARANTIR UMA **AValiação SEGURA E ADEQUADA** COM SEGURANÇA PARA O PRÓPRIO E PARA A EQUIPA PRESTADORA DE CUIDADOS.

O DOENTE DEVE SER ENVOLVIDO NO SEU PROCESSO DE AVALIAÇÃO E TRATAMENTO, DEVENDO AS **ESTRATÉGIAS AMBIENTAIS E COMPORTAMENTAIS** SEREM A **INTERVENÇÃO DE PRIMEIRA LINHA**.

A UTILIZAÇÃO DA MEDICAÇÃO COMO MEDIDA RESTRITIVA DEVE SER **DESENCORAJADA**.

FUNDAMENTAÇÃO

QUANDO AS ESTRATÉGIAS COMPORTAMENTAIS E AMBIENTAIS **FALHAM** PARA ACALMAR O DOENTE, A TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA É NECESSÁRIA.

O **TEMPO PARA A ADMINISTRAÇÃO DA TERAPÉUTICA** PODE SER CRUCIAL PARA O RESULTADO DE UM TRATAMENTO BEM SUCEDIDO.

SE UM DOENTE AGITADO É **MEDICADO DE FORMA MUITO AGRESSIVA OU MUITO CEDO** PODE COMPROMETER A AVALIAÇÃO CLÍNICA.

SE UM DOENTE AGITADO FOR **MEDICADO DE FORMA INADEQUADA OU TARDIA** PODE COLOCAR O DOENTE E A EQUIPA PRESTADORA DE CUIDADOS EM RISCO, PORQUE O QUADRO DE AGITAÇÃO PODE TORNAR-SE MAIS PRONUNCIADO E DOSES MAIS ALTAS DE MEDICAÇÃO PODEM SER NECESSÁRIAS PARA DIMINUIR O ESTADO DE AGITAÇÃO.

FUNDAMENTAÇÃO

O OBJETIVO PRINCIPAL NA GESTÃO DA MEDICAÇÃO NO DOENTE AGITADO É **INDUZIR UM ESTADO DE CALMA** DE FORMA RÁPIDA **SEM SEDAR** QUE PERMITA UMA AVALIAÇÃO SEGURA.

O INÍCIO RÁPIDO DA AÇÃO DO MEDICAMENTO É FUNDAMENTAL PARA FACILITAR A AVALIAÇÃO DO DOENTE PERMITINDO UM DIAGNÓSTICO ADEQUADO E INSTITUIR UM AJUSTADO PROCESSO TERAPÉUTICO.

A MEDICAÇÃO ADMINISTRADA VIA ORAL DEVE SER SEMPRE PREFERENCIAL EM RELAÇÃO À IM OU EV DESDE QUE O DOENTE ESTEJA COLABORANTE E NÃO EXISTAM CONTRA-INDICAÇÕES PARA O MESMO.

DEPOIS DE ADMINISTRADA A TERAPÉUTICA DEVEM SER **VIGIADOS OS POTENCIAIS EFEITOS ADVERSOS**.

MEDICAÇÃO UTILIZADA

CLASSE	MEDICAÇÃO	VIGILÂNCIA/ MONITORIZAÇÃO
Antipsicóticos típicos	Clorpromazina	Efeitos anticolinérgicos, Efeitos Extra-piramidais Hipotensão Sedação
	Levompromazina	
	Haloperidol	
Antipsicóticos Atípicos	Olanzapina	
Benzodiazepinas	Diazepam	Risco de Depressão respiratória Hipertensão Sedação
	Midazolam	

CONTENÇÃO MECÂNICA

A UTILIZAÇÃO DA CONTENÇÃO MECÂNICA DEVE SER SEMPRE ENQUADRADA NA ORIENTAÇÃO DA DGS 021/2011 E DE ACORDO COM AS ESPECIFICIDADES DOS CUIDADOS A PRESTAR.

O USO DA **CONTENÇÃO MECÂNICA** DEVE ESTAR RESERVADA PARA DOENTES EM QUADRO DE AGITAÇÃO MODERADA OU SEVERA E DE ACORDO COM ORIENTAÇÃO DGS 021/2011.

O ENFERMEIRO DEVE **RESPONSABILIZAR-SE** PELO REGISTO ADEQUADO À SITUAÇÃO EM CAUSA.

CAUSAS DE AGITAÇÃO

Agitação pode resultar de causas diversas, incluindo doenças psiquiátricas, intoxicação/abstinência de drogas e álcool, problemas neurológicos (TCE ou doenças neurológicas) e outras condições médicas.

Se a causa da agitação é uma condição médica não relacionada com condição psiquiátrica, primeiro deve ser tratada a causa primária.

Causes	Associated conditions
Psychiatric	Psychosis, agitated depression, mania, severe anxiety, dementia, previous head injury, intellectual disability, autism, conduct disorder, lack of personality (antisocial, psychopathy and Machiavellianism), and other developmental disorders.
Psychological factors	High levels of impulsivity and antagonism, excessive reaction to rejection or insult, frustration, inner tolerance, and maladaptive coping skills.
Physical	Acute medical illness including various infections, human immunodeficiency virus associated neurologic deficit, epilepsy (pre-, intra-, and post-ictal), intracranial lesions, and head injury.
Substance misuse/intoxications	Common substances: alcohol, cannabis, methamphetamine, stimulants, cocaine, methamphetamine (MA), and methamphetamine (MD).
Metabolic/abnormalities	Thiamine deficiency, hypoglycaemia, hypercalcaemia
Hypoxia, hypercapnia	Pneumonia, deteriorating chronic obstructive disease
Gigit failure	Urter or kidney failure
Withdrawal syndrome	Alcohol (delirium tremens), benzodiazepines
or program system	Labour, electrolyte complications, trauma, organ failure, substances and mental disorders.

Source: Adapted from Fildes C, Patel P. Managing aggression and violent patients. Australian Prescriber. 2012;34(6):116-118. <http://dx.doi.org/10.18773/austprescriber.2012.002>. South African National Department of Health, South Africa. Essential Drugs Programme. Primary healthcare standard treatment guideline and essential medicine list. 7th ed. Pretoria, South Africa: South African National Department of Health; 2010.

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO DE PRIMEIRA LINHA

MEDIDAS DE SEGURANÇA AMBIENTAL

REMOÇÃO DE OBJETOS POTENCIALMENTE PERIGOSOS
AFASTAMENTO DE PESSOAS OU ESTÍMULOS QUE POTENCIEM A ANSIEDADE/ AGITAÇÃO
IMPLEMENTAR NÍVEL DE VIGILÂNCIA APROPRIADO

MEDIDAS DE SEGURANÇA COMPORTAMENTAL

ATTITUDE EMPÁTICA
FALAR PAUSADAMENTE MAS FIRME
PERGUNTAS CLARAS E DIRETAS
DESCALDA VERBAL
DISTÂNCIA FÍSICA

ATUAÇÃO FARMACOLÓGICA

AGITAÇÃO LIGEIRA

Intoxicação, Intemperança, Consumo Medic. Oculometria

Clonazepam 1mg VO → Clonazepam 1mg VO

IDOSO

Clonazepam 0,5mg VO → Clonazepam 0,5mg VO

Reavaliação no máximo de 45 minutos

ATUAÇÃO FARMACOLÓGICA

AGITAÇÃO MODERADA

Amescla venosa sítio físico; Pânico claustrofóbico

Clonazepam 1mg + Clonazepam 1mg IM

Reavaliação de 15 a 30 minutos

Intoxicação Aguda de Etanol, Intoxicação Aguda de Etanol + Clonazepam 2mg IM

IDOSO

Haloperidol 5mg IM

Reavaliação no máximo de 45 minutos

ATUAÇÃO FARMACOLÓGICA

AGITAÇÃO SEVERA

Assesão/Intoxicação física sítio físico, consumo de álcool, consumo de cocaína, consumo de crack, uso de drogas, uso de cocaína

Reavaliação de 15 a 30 minutos

Intoxicação Aguda de Etanol + Clonazepam 2mg IM

Intoxicação Aguda de Etanol + Clonazepam 2mg IM

IDOSO

Haloperidol 5mg IM

Reavaliação no máximo de 45 minutos

ULSAM - Serviço de Urgência

FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PERANTE UM ADULTO EM ESTADO DE AGITAÇÃO/AGRESSIVIDADE

Atuação ambiental: Falar pausadamente mas firme, estabelecer limites e limites, estabelecer limites, estabelecer limites.

Atuação comportamental: Atitude empática, falar pausadamente mas firme, perguntas claras e diretas, descalda verbal, distância física.

Atuação farmacológica: Agitação leve, agitação moderada, agitação severa.

Verificar sinais vitais, monitorar sinais vitais, reavaliado de 15 a 30 minutos.

CONTENÇÃO MECÂNICA (ORIENTAÇÃO Nº 021/2011, DGS 2011)

CASO CLÍNICO 1

Flagelan de Manchester
 Homem de 35 anos
 Antecedentes de esquizofrenia
 Consumo abusivo de álcool
 Seguido em consulta de Psiquiatria
 Consultado ao SU pelas autoridades por alteração de comportamento e agressividade na via pública
 Tido como prioridade LARANJA por alto risco de agressão a terceiros

À observação na área LARANJA
 Confusão mental
 Ameaças verbais e físicas
 Não colabora com a equipa
 Refere consumos de álcool
 Refere não cumprir medicação

Qual a conduta adequada para garantir um avaliação e um tratamento seguro ?

FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PERANTE UM ADULTO EM ESTADO DE AGITAÇÃO/AGRESSIVIDADE

Falha das Estratégias

AGITAÇÃO MODERADA

Amescla venosa sítio físico; Pânico claustrofóbico

Clonazepam 1mg + Clonazepam 1mg IM

Reavaliação de 15 a 30 minutos

Intoxicação Aguda de Etanol, Intoxicação Aguda de Etanol + Clonazepam 2mg IM

IDOSO

Haloperidol 5mg IM

Reavaliação no máximo de 45 minutos

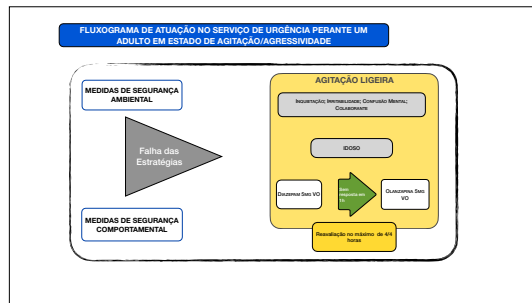
CONTENÇÃO MECÂNICA (ORIENTAÇÃO Nº 021/2011, DGS 2011)

CASO CLÍNICO 2

Tragem de Manchester
 Mulher de 70 anos
 Muito ansiosa
 Reflete confusão com o marido no domicílio
 Verbaliza ideias de morte
 Trada com prioridade **AMARELA** angústia marcada

À observação na Admissão
 Inquieta
 Ansiosa
 Verbaliza ideias de morte

Qual a conduta adequada para garantir um avaliação e um tratamento seguro ?



CONSIDERAÇÕES FINAIS

OS DOENTES AGITADOS QUE RECORREM AO SU TÊM O RISCO DE ESCALAR PARA COMPORTAMENTOS VIOLENTOS. ESTE TRABALHO PRETENDE ALERTAR PARA A CONSCIENTIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS IMPORTANTES PARA O CUIDADO A ESTES DOENTES.

AS PRIORIDADES NO APOIO A ESTES DOENTES INCLUEM ESTABELECE UM AMBIENTE SEGURO, PERMITINDO UMA AVALIAÇÃO ADEQUADA, SEM PERDIDA DO FOCO DA ETIOLOGIA E SEVERIDADE DA AGITAÇÃO, RECORRENDO A UTILIZAÇÃO EFICIENTE DAS ESTRATÉGIAS COMPORTAMENTAIS E AMBIENTAIS.

UMA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR COM FORMAÇÃO ESPECÍFICA, SUPORTADA NUMA ATUAÇÃO SUSTENTADA NA MELHOR EVIDÊNCIA CIENTÍFICA, CONTRIBUEM PARA MELHORAR A PRÁTICA CLÍNICA NO APOIO A ESTES DOENTES E REDUZIR OS ATOS VIOLENTOS NO SU.

O REGISTO CLÍNICO É UMA ETAPA FUNDAMENTAL NA GARANTIA DE SEGURANÇA DA INTERVENÇÃO E ASSUME, NESTES DOENTES, UM ENQUADRAMENTO DE PARTICULAR IMPORTÂNCIA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HOLLOMAN, GH., ZELLER, SL. OVERVIEW OF PROJECT BETA: BEST PRACTICES IN EVALUATION AND TREATMENT OF AGITATION. WEST J EMERG MED. 2012;13(1):1-2.

WILSON, MR, PEPPER, D., CURRIER, GW., HOLLOMAN, GH., FEIFEL, D. THE PSYCHOPHARMACOLOGY OF AGITATION: CONSENSUS STATEMENT OF THE AMERICAN ASSOCIATION FOR EMERGENCY PSYCHIATRY PROJECT BETA PSYCHOPHARMACOLOGY WORKGROUP. WEST J EMERG MED. 2012;13(1):26-34.

GOTTLIEB, M., LONG, B., KOYFMAN, A. APPROACH TO THE AGITATED EMERGENCY DEPARTMENT PATIENT. J EMERG MED. 2018;54(4):447-457.

ZUN, LS. EVIDENCE-BASED REVIEW OF PHARMACOTHERAPY FOR ACUTE AGITATION. PART 1: ONSET OF EFFICACY. J EMERG MED. 2018;54(3):364-374.

GRUPO DE TRABALHO
 Dr. Cláudio Adriano
 Dr. Cláudio Costa
 Dr. Flávio
 Dr. Gisele Costa
 Dr. Paulo Augusto
 Dr. André Mendes
 Dr. Priscila Pereira

OBRIGADO

APÊNDICE 5. CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

Filipa João Antunes da Costa Lima, enfermeira e enquanto investigadora principal, orientada pelo Mestre Samuel Sampaio Sousa e pela Mestre Cláudia Azevedo, vem por este meio convidá-lo/a a participar neste estudo no âmbito do transporte inter-hospitalar do doente crítico, pela sua competência e experiência neste domínio.

Título do Projeto:

- Documentação dos cuidados de enfermagem em contexto de transporte inter-hospitalar do doente crítico

Objetivo Principal

- Construir e validar um modelo de documentação padronizado dos cuidados de enfermagem em contexto de transporte do doente crítico.

Objetivos Complementares

- Identificar as intervenções de enfermagem que devem ser registadas durante o transporte inter-hospitalar do doente crítico.
- Construir e validar um modelo (baseado numa mnemónica) padronizado e uniformizado de registo que documente as intervenções de enfermagem durante o transporte.

Será garantida a confidencialidade e anonimato dados obtidos bem como protegidos e salvaguardados os interesses dos intervenientes.

A vossa participação será solicitada de forma virtual, em datas a agendar via grupo “*whatsapp*”, em metodologia de focus group, em que serão apresentados alguns casos clínicos em contexto de transporte inter-hospitalar do doente crítico.

Filipa João Lima

filipa.jacl@gmail.com

966530680

APÊNDICE 6. PARECER DA COMISSÃO ÉTICA PARA A SAÚDE

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº 74 de 22-11-2022.	Solicitado pelo Conselho de Administração
Assunto: Estudo de investigação, conducente ao Grau de Mestre, subordinado ao tema: "Documentação dos cuidados de enfermagem do doente crítico em contexto de transporte inter-hospitalar".	Em nome do(s) investigador(es): "Filipa João Antunes da Costa Lima, aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do IPVC."

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo com recurso à realização de *Focus Group* e validação pela técnica de Delphi.

Tem como objetivo geral, "construir e validar um modelo de documentação dos cuidados de enfermagem em contexto de transporte inter-hospitalar do doente crítico". A amostra consta de um grupo de enfermeiros e médicos peritos (informantes privilegiados) que cumulativamente apresentem: Pelo menos 5 anos de exercício profissional em contexto de urgência e tenham experiência em transporte do doente crítico. A recolha de dados será efetuada através de uma entrevista semiestruturada, com recurso à gravação áudio e posterior extração de dados para a técnica de consenso. Serão respeitadas todas as considerações éticas e obtido o consentimento prévio, necessário para a participação e gravação. Serão realizadas as rondas necessárias até à obtenção de consenso.

Pretendem, ainda, proceder à análise documental com recurso à consulta da base de dados administrativa do SUMC, relativo às transferências realizadas no ano 2021 e à consulta da documentação produzida, no mesmo ano, em processo clínico, dos doentes submetidos a transporte inter-hospitalar."

2. Fundamentação

"O transporte inter-hospitalar do doente crítico é um procedimento frequente pela impossibilidade de realização de uma intervenção diagnóstica ou com fins terapêuticos no hospital de origem ou pela necessidade de um nível de assistência superior (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). O período de transporte do doente crítico é caracterizado por uma grande incerteza e vulnerabilidade envolvendo riscos potenciais de eventos adversos que possam agravar o estado clínico ou mesmo provocar a morte do doente.

O enfermeiro, perante a necessidade de intervir deve registar não só as intercorrências, mas também o processo de tomada de decisão, garantindo a continuidade dos cuidados e independentemente da situação que origina o transporte, os benefícios devem ultrapassar os riscos. (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

Mod. Q756.1 Set/2017



São vários os modelos de documentação publicados no sentido de registar todo o processo de monitorização e intervenção durante o transporte inter-hospitalar do doente crítico. Contudo, existem barreiras à utilização destes modelos documentais pela sua complexidade e morosidade. Também dentro das barreiras operacionais à utilização destes modelos são evidentes as faltas de consenso nos parâmetros a registar (Hales, BM., & Pronovost, PJ, 2006).

A inexistência de uma prova documental no término do processo de transferência inter-hospitalar que registre as alterações ao estado clínico do doente e as intervenções realizadas durante o transporte podem condicionar situações de dúvida na responsabilização da prestação de cuidados bem como ações do foro legal/criminal.

Face ao exposto pretende-se desenvolver um modelo de documentação, simples e protocolado para registo informático de enfermagem em contexto de transporte inter-hospitalar do doente crítico, desenvolvido em concordância com o modelo organizacional do serviço de urgência que encerre o processo de transição de responsabilidade da prestação de cuidados."

3. Conclusão/parecer

O pedido de estudo apresentado cumpre os requisitos exigidos pela CES da ULSAM, no Mod. Q741, reiteramos, ainda, a obrigatoriedade de entrega do trabalho final e esta Comissão, conforme consta no compromisso dos investigadores plasmados no mesmo documento.

O tempo de autorização para a colheita de dados é da data desta autorização até ao dia 31 de março de 2023. Propomos, por isto, a emissão de um parecer favorável.

Nota: Referências bibliográficas:

Relator(es)	Rosa Olívia Mimoso
Ratificado em reunião do dia	20-12-2022
Enviado parecer:	/ /

20/12/2022

O Presidente da CES


DR. CARLOS RIBEIRO
Presidente da CES


Rosa Olívia Mimoso
Enfermeira
20/12/2022

Mod. Q756.1 Set/2017



APÊNDICE 7. CONSENTIMENTO INFORMADO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, deve assinar este documento.

Filipa João Antunes da Costa Lima, Enfermeira, a exercer funções no Serviço de Urgência Básico de Ponte de Lima - ULSAM, vem por este meio solicitar a sua colaboração na realização de um estudo de investigação no âmbito do desenvolvimento do Estágio de Natureza Profissional, integrado no Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Título do trabalho de Investigação

Documentação dos cuidados de Enfermagem em contexto de transporte inter-hospitalar do doente crítico.

Objetivo principal

Construir e validar um modelo de documentação dos cuidados de enfermagem em contexto de transporte inter-hospitalar do doente crítico.

Objetivos complementares

Identificar as intervenções de enfermagem realizadas durante o transporte inter-hospitalar;

Construir o modelo de documentação dessas intervenções;

Validar o modelo produzido;

A sua colaboração será solicitada para participar nos *Focus Group* entre enfermeiros do serviço de urgência. As informações recolhidas serão estritamente usadas para fins académicos. Será preservado o anonimato e a confidencialidade de qualquer dado recolhido e salvaguardados todos os seus direitos. A sua participação é voluntária. Tem toda a liberdade de o recusar, ou abandonar a qualquer momento, sem motivo e sem que isso lhe traga qualquer inconveniente, quer a nível pessoal, quer profissional.

Solicito então o seu consentimento livre e esclarecido, por escrito, em como aceita participar neste estudo.

Consentimento Informado

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como todas as informações que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer momento, recusar participar neste estudo. Desta forma, aceito participar neste estudo de forma livre e esclarecida e autorizo a utilização dos dados para efeitos da investigação.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ___/___/___

APÊNDICE 8. GUIÃO DA ENTREVISTA

FOCUS GROUP INICIAL

1.^a parte: Boas Vindas; Apresentação dos intervenientes; Apresentação dos objetivos; Obtenção do consentimento.

2.^a parte: Discussão

Questões:

- 1) Que importância atribui à existência de registos, no processo do doente, que documentem os cuidados prestados durante o transporte inter-hospitalar do doente crítico?
- 2) Com que frequência efetua o registo documental, relativo ao transporte inter-hospitalar, no processo do doente?
- 3) Quais as informações que considera mais relevantes e que considera importante verter no padrão de documentação?
- 4) Relativamente à construção do padrão de documentação, considera importante a uniformização da informação a registar?

3.^a parte: Conclusão do “*Focus Group*”

Permitir a apresentação de dúvidas e de considerações finais;

Solicitar a disponibilidade para devolução dos dados e realização de novas rondas até obtenção do consenso;

Agradecer a colaboração.

FOCUS GROUP FINAL

1.^a parte: Boas Vindas; Apresentação dos resultados e consensos alcançados no Focus Group inicial; Apresentação dos objetivos; Obtenção do consentimento.

2.^a parte: Discussão

Questão:

1) Considere o(s) seguinte(s) caso(s) clínico(s) (em construção) e indique que aspetos, de relevo, elencaria na documentação dos cuidados prestados.

2) Construção de registo documental do TIHDC na mnemónica proposta.

3.^a parte: Conclusão do “*Focus Group*”

Permitir a apresentação de dúvidas e de considerações finais;

Agradecer a colaboração.

APÊNDICE 9. CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO 1	
AVALIAÇÃO PRÉVIA AO TRANSPORTE	AVALIAÇÃO/ATUAÇÃO DURANTE O TRANSPORTE
<p>HOMEM 65 A DIAGNÓSTICO- CHOQUE SEM CAUSA ATRIBUÍDA</p> <p>GCS 15 SINAIS VITAIS TA 85/60 MMHG FC 120BPM FR 30 CPM TEMP 36°C SAT 02 95% CN 4L DOR 0 (ESCALA NUMÉRICA) ACESSOS E MEDICAÇÃO LINHA ARTERIAL RADIAL D CATETER CENTRAL 3 VIAS D PERFUSÃO NORADRENALINA 16ML/H BICARBONATO SÓDIO 8,4% 100ML SF 1500ML</p>	<p>GCS 15 SINAIS VITAIS TA 74/45 MMHG FC 140BPM FR 35 CPM TEMP 36°C SAT 02 92% CN 4L DOR 0 (ESCALA NUMÉRICA)</p> <p>VIGILÂNCIA E MONITORIZAÇÃO INTERVENÇÃO O2 CN 4L - VM 60%; PARA SAT 95% NORADRENALINA 16ML/H- 18ML/H PARA TA 80/50MMHG</p>

CASO CLÍNICO 2	
AVALIAÇÃO PRÉVIA AO TRANSPORTE	AVALIAÇÃO/ATUAÇÃO DURANTE O TRANSPORTE
<p>FEMININO DE 80 ANOS DIAGNÓSTICO À SAÍDA : TRAUMA TORÁCICO COM FRATURA COSTAL 6-9 COSTELA COM DÚVIDA NA EXISTÊNCIA DE PNEUMOTÓRAX</p> <p>GCS 15 SINAIS VITAIS TA: 115/70MMHG; Fc 90 BAT/MIN; FR: 25 CICLOS/MIN ; TEMP 36°C DOR 4 (ESCALA NUMÉRICA)</p>	<p>GCS 15 SINAIS VITAIS TA 125/80MMHG FC 85BPM; FR 30 CPM; TEMP 35,5°C SAT 02 92% CN 4L DOR 8 (ESCALA NUMÉRICA)</p> <p>AVARIA NA AMBULÂNCIA MEDICAÇÃO DOR: TRAMADOL EV (100MG)- DOR 5</p> <p>CHAMADA DE OUTRA AMBULÂNCIA PARA ASSEGURAR O TRANSPORTE TEMPO DE ESPERA 40 MIN</p>

CASO CLÍNICO 3	
AVALIAÇÃO PRÉVIA AO TRANSPORTE	AVALIAÇÃO/ATUAÇÃO DURANTE O TRANSPORTE
<p>MASCULINO 70 ANOS DIAGNÓSTICO À SAÍDA: EAM</p> <p>GCS 10 SINAIS VITAIS TA 102/56MMHG FC 140 BPM FR 32 CPM TEMP 37°C SATO2 95% COM MAC DOR 4 ESCALA NUMÉRICA</p>	<p>GCS 3 EVOLUI PARA 12 SINAIS VITAIS TA 90/45MMHG FC(BPM) 140-90-40- SEM PULSO FR(CPM) 32-9-0 TEMP 37°C SAT O2 72%</p> <p>PCR MEDICAÇÃO: CONFORME ALGORITMO SAV RECUPERAÇÃO DA CIRCULAÇÃO ESPONTÂNEA</p>

**APÊNDICE 10. PROPOSTA DE MODELO DOCUMENTAL DO REGISTO DE ENFERMAGEM NO
TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO**

PROPOSTA DE MODELO DO REGISTO DE ENFERMAGEM NO TIHDC

REGISTO DE ENFERMAGEM TIHDC		
E Eventos Clínicos (ABCDE)	A	
	B	
	C	
	D	
	E	
A Ações de Enfermagem (ABCDE)	A	
	B	
	C	
	D	
	E	
R Resposta Clínica (ABCDE)	A	
	B	
	C	
	D	
	E	
Eventos Não Clínicos		