

POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

RELATÓRIO CRÍTICO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem na
Área da Pessoa em Situação Crítica:

Dificuldades Do Enfermeiro Em Situação De Paragem Cardiorrespiratória

Vera Mónica Vieira Frazão

Orientador: Professora Doutora Cristina Costeira

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório

Leiria, março 2023

POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

RELATÓRIO CRÍTICO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem na
Área da Pessoa em Situação Crítica:

Dificuldades Do Enfermeiro Em Situação De Paragem Cardiorrespiratória

Apresentado para obtenção do grau de Mestre
em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Vera Mónica Vieira Frazão nº 5200118

Orientador: Professora Doutora Cristina Costeira

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório

Leiria, março 2023

“Nada na vida deve ser temido, somente compreendido. Agora é hora de compreender mais para temer menos.”

Marie Curie

AGRADECIMENTO

Este relatório espelha um percurso longo de trabalho, aquisição de novos conhecimentos, competências, mas acima de tudo, de superação pessoal e profissional, apenas possível com a ajuda e apoio incondicional de quem esteve mais próximo e realizou este percurso comigo.

Começo por agradecer à Professora Orientadora, Cristina Costeira, pelo apoio e disponibilidade incondicional, que me ajudaram a superar este desafio, sendo um importante apoio, aconselhando e estimulando o desenvolvimento do trabalho, contribuindo para aumentar a clareza ao longo deste percurso.

Aos colegas de trabalho, que demonstraram apoio ao longo do percurso, incentivando a conclusão do mesmo. Pela sua participação de forma ativa nas fases do projeto de investigação, que sem eles não seria possível.

Aos meus pais e irmã, por compreenderem a importância deste trabalho, a necessidade de dedicação ao mesmo e a necessidade de mudar algumas prioridades nesta fase. Agradecer o apoio e compreensão, tão essenciais.

Aos amigos, pela compreensão e motivação que deram ao longo de todo o percurso.

A todos aos que de forma direta ou indireta contribuíram para a elaboração deste relatório.

A todos vós, o meu sincero obrigada!

RESUMO

Enquadramento: Relatório realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde, do Politécnico de Leiria, com vista à obtenção do título de Mestre.

Objetivos: Refletir sobre o desenvolvimento de competências comuns e específicas; analisar sinteticamente as atividades realizadas, experiências e vivências marcantes que contribuíram para a futura prática, enquanto enfermeira especialista; identificar situações que promoveram ou dificultaram o processo de aprendizagem ao longo dos Ensinos Clínicos; descrever um projeto de melhoria contínua da qualidade implementado em contexto de prática clínica.

Métodos: Na primeira parte será utilizada uma metodologia crítico-reflexiva, sobre o desenvolvimento de competências comuns e específicas, desenvolvidas nos ensinos clínicos. Na segunda parte, deste relatório, será descrito o estudo de investigação-ação inserido no projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, realizado no contexto de trabalho da estudante, sobre a temática “Perceção das Dificuldades sentidas pelos Enfermeiros em Situação de Paragem Cardiorrespiratória”.

Resultados: Da análise realizada é possível depreender que, os ensinos clínicos, como estratégias formativas de desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, permitiram um desenvolvimento sustentado e crítico-reflexivo de aprendizagens. No que diz respeito ao estudo de investigação-ação, este veio contribuir para o desenvolvimento de competências de investigação e de implementação de processos de melhoria contínua da qualidade, em contexto clínico.

Conclusão: Os ensinos clínicos são excelentes ferramentas de aprendizagem e treino de competências comuns e específicas exigidas aos enfermeiros especialistas. Por sua vez, a elaboração de projetos de melhoria contínua da qualidade, evidencia a importância de aliar a investigação e a implementação da evidência mais recente, aos contextos clínicos, melhorando a qualidade dos cuidados prestados.

Palavras-chave: Enfermeiro, Especialista, Competências Comuns e Específicas, Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade, Reanimação.

ABSTRACT

Background: Report conducted within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing - Specialization Area in Critical Care Nursing, of the High School of Health, Polytechnic Institute of Leiria, in order to obtain a Master's degree.

Objectives: To reflect on the development of common and specific skills; to synthetically analyse the activities carried out and significant experiences that contributed for the future practice as a Nurse Specialist; to identify situations that promoted or hindered the learning process throughout clinical training; to describe the continuous improvement project implemented in the context of clinical practice.

Methods: Firstly, a critical-reflective methodology will be conducted to evaluate the development of common and specific skills developed in clinical training. The second part of this report will describe the action-research study included in the project for continuous improvement of the quality of nursing care, carried out in the student's work context, on the topic "Perception of the difficulties felt by nurses in Cardiopulmonary resuscitation situations".

Results: The analysis performed allows to conclude that clinical training can be used as a training strategy, for the development of common and specific skills of the nurse specialist in medical-surgical nursing. It allows a sustained and critical-reflective development of learning. The action-research study contributed to the development of researching skills and the implementation of continuous quality improvement processes in clinical settings.

Conclusion: Clinical trials are excellent tools to develop common and specific skills that are required of specialist nurses. Additionally, the report permitted to conclude that the development of continuous quality improvement projects highlights the importance of combining research and the implementation of the most recent evidence with clinical settings; it also improves the quality of care.

Keywords: Nurse, Specialist, Common and Specific Competencies, Continuous Quality Improvement Project, Resuscitation.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

% - Frequência relativa

ADR-SU - Área dedicada Doença Respiratória – Serviço Urgência

AHA - *American Heart Association*

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CAPIC - Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CH - Centro Hospitalar

CIPE® - Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

Covid-19 - Doença do Coronavírus 19

CRE - *Enterobacteriaceae* Resistente aos Carbapenemos

DGS - Direção-Geral da Saúde

DNR - Decisão de não reanimar

EC - Ensino Clínico

ECG – Eletrocardiograma

EE – Enfermeiro Especialista

EEEPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EEMI - Equipa de Emergência Médica Intra – Hospitalar

EPDAPI - Escala de Perceção de Dificuldades na Assistência à PCR Intra-Hospitalar

EPI- Equipamentos de Proteção Individual

ERC - *European Resuscitation Council*

FEFO – *First expire, first out*

HDVVVC - Hemodiafiltração venovenosa contínua

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR – *Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation*

iTEAMS® - INEM *Tool for Emergency Alert Medical System*®

JCI - *Joint Comission Internacional*

M – Média

MCEEMC - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Md - Mediana

Mg – Miligrama

mg/dl – miligrama por decilitro

MR- Médico Regulador

MRSA - *Staphylococcus Aureus* Resistente à Metilina

n - Frequência absoluta

NIHSS - *Nacional Institute oh Health Stroke Score*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PDCA - *Plan, Do, Check, Act/Adjust*

PH – Pré-hospitalar

PSC - Pessoa em Situação Crítica;

RASS - *Richmond Agitation Sedation 10 Scale*

RCP - Ressuscitação cardiopulmonar

RGPD - Regulamento Geral de Proteção de Dados

s - Desvio padrão

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

SE - Sala de Emergência

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SIRESP - Sistema Integrado de Redes de Emergência de Portugal

SIV - Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SPSS – *Statistical Package For Social Sciences*

START - *Simple Triage and Rapid Treatment*

SUG - Serviço De Urgência Geral

TAC – Tomografia Computorizada

TEPH - Técnico de Ambulância de Emergência Pré-hospitalar

UC - Unidade Curricular

UCAP - Unidade de Cuidados Agudos Polivalente

VMER - Viatura Médica De Emergência e Reanimação

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

VVAVC - Via Verde Acidente Vascular Cerebral

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS	xi
INTRODUÇÃO	12
PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS.....	16
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM.....	16
1.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL	17
1.2 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA.....	21
1.3 SERVIÇO PRÉ-HOSPITALAR – INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA	24
2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	29
2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	29
2.1.1 Responsabilidade profissional, ética e legal	30
2.1.2 Domínio da melhoria da qualidade	35
2.1.3 Domínio da Gestão de Cuidados.....	39
2.1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	43
2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	45
2.2.1 Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	47
2.2.2 Dinamizar a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	53
2.2.3 Maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta rápida e adequada	56
PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.....	61
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	61
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	68
2.1 TIPO DE ESTUDO.....	68
2.2 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	69

2.3 OBJETIVOS E DESENHO DO ESTUDO	69
2.4 HIPÓTESES	71
2.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	71
2.6. VARIÁVEIS.....	71
2.7 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	72
2.8 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	73
2.9 TRATAMENTO DE DADOS.....	74
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	75
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	79
5. CONCLUSÕES DO ESTUDO	85
CONCLUSÃO	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Poster Visita Hospitalar	
APÊNDICE II – Questionário / Instrumento de Colheita de Dados	
APÊNDICE III – Autorização para utilização da Escala EPDAPI pelos autores	
APÊNDICE IV - Autorização do Conselho de Administração e Conselho de Ética para realização do estudo de investigação	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra.....	76
Tabela 2: Estatística descritiva por <i>itens</i> da Escala EPDAPI de Catalão e Gaspar (2017)	77
Tabela 3: Estatística descritiva, valores mínimos e máximos de concordância	78
Tabela 4: Diferenças na escala EPDAPI entre A e B, pelo Teste de <i>Wilcoxon</i>	79

INTRODUÇÃO

A evolução dos cuidados de enfermagem e a enfermagem enquanto profissão têm vindo a sofrer evolução, detendo atualmente um corpo de conhecimento cada vez mais abrangente, enriquecido e de alta exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização dos enfermeiros uma realidade que acompanha a generalidade dos profissionais de saúde (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Atualmente, a Ordem dos enfermeiros (OE), reconhece seis áreas de especialidade diferentes, sendo uma delas a de enfermeiro especialista (EE) em enfermagem médico-cirúrgica. Este relatório será desenvolvido na perspetiva da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica na sua área de especialização à pessoa em situação crítica (PSC). Esta área de especialização dirige cuidados à PSC que é definida como sendo aquela, cuja vida se encontra ameaçada por eminência de falência, ou falência, de uma ou mais funções vitais, dependendo a sua sobrevivência de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados a esta devem ser de alta qualificação, prestados de forma continuada, possibilitando as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Assim, ao EE é esperado que detenha um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas, nos diferentes níveis de prevenção (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Para isso, o desenvolvimento de competências engloba não só um processo de conhecimento teórico de transformação de Saber (conhecimento) individual, mas também de Saber-Fazer (capacidades práticas), do Saber - Ser / Saber - Estar (atitudes e comportamentos) e de Saber-Aprender (permanente atualização de conhecimentos e evolução de situações), o que permitirá uma transformação e adaptação ao contexto de trabalho (Dias, 2004).

Na prática de enfermagem é essencial, e de certa forma, quase automático o uso do raciocínio clínico no processo de tomada de decisão que, segundo Ribeiro (2011), é um componente essencial para a autonomia profissional, devendo basear-se nos conhecimentos de enfermagem e não em práticas rotineiras.

Diariamente os enfermeiros são expostos a situações que lhes exigem autonomia profissional, o que implica um processo reflexivo e de pensamento crítico. A tomada de decisão deve considerar, não só a experiência, como conhecimentos e valores éticos inerentes à profissão. A autonomia trata-se da capacidade do enfermeiro, de forma autodeterminada, cumprir as suas funções considerando os aspetos ético-legais, avaliando as intervenções pertinentes para responder a um diagnóstico de enfermagem. É fundamental considerar as características

únicas da pessoa observando os sinais/sintomas em situações de incerteza e ambiguidade (Ribeiro, 2011).

Rabiais e Amendoeira (2013) defendem que, a “excelência dos cuidados”, tem por base a capacidade de reflexão, demonstrando autoconhecimento e autoconsciência, de forma a querer aprender e fazer cada vez melhor, o que justifica a necessidade de reflexão da prática, como uma estratégia de melhoria contínua na prestação de cuidados. A reflexão sobre a prática surge como uma atividade fundamental para a autoperceção das capacidades e competências, existentes previamente e obtidas após o percurso académico, seguindo assim como linha orientadora o modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner (Benner, 2005). Também a existência de meios técnico-científicos de excelência, cada vez mais desenvolvidos no cuidado à PSC, associados a uma prática profissional que respeite os pressupostos de segurança e qualidade, instigam os enfermeiros a promoverem formação avançada e especializada. Neste sentido, e por constatação prévia da necessidade pessoal de desenvolvimento de competências na área da PSC, foi iniciada a formação no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Na Área De Especialização Em Enfermagem à PSC, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, nos anos letivos 2020-2022.

Neste contexto, nomeadamente no âmbito da Unidade Curricular (UC) “Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório”, requisito final para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC) e título de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, é redigido este relatório. Este tem como objetivos: 1) refletir sobre o desenvolvimento de competências comuns e específicas desenvolvidas em três contextos clínicos: urgência, cuidados intensivos e opção, que neste caso se desenvolveu no âmbito pré-hospitalar (PH); 2) analisar sinteticamente as atividades realizadas, 3) analisar experiências e vivências marcantes e que contribuíram de forma preponderante para a futura prática enquanto EE; 4) identificar situações que promoveram ou dificultaram o processo de aprendizagem ao longo do Ensino Clínico (EC). Os locais escolhidos, para a realização dos EC, possibilitaram o desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa e família/cuidador em situação crítica, compreendendo os processos, vivências e cuidados específicos em cada uma das áreas de abrangência, garantido a aprendizagem não só no âmbito hospitalar, mas também no âmbito PH.

A teoria de enfermagem que sustentou a prática de cuidados ao longo dos EC foi a teoria do Conforto de Kolcaba, teoria de médio alcance, na qual o conforto é definido como um resultado holístico de intervenções por parte do enfermeiro. Esta teoria, já muito desenvolvida na área dos Cuidados Paliativos, não deve ser descurada pelas outras áreas de cuidados e pretende

através da satisfação das necessidades humanas básicas, encontrar o alívio, tranquilidade e transcendência, por parte não só da pessoa, mas também da família/cuidador. O conforto pode ser desta forma físico, psicoespiritual, ambiental e/ou social sendo contínuos e interdependentes, podendo haver ou não sobreposição entre os mesmos (Kolcaba, 1994). Trata-se de uma teoria humanística, holística e baseada na necessidade da pessoa, especificidades essenciais na prática de enfermagem.

Uma outra teoria considerada ao longo deste percurso, foi a Teoria de Transições de Afaf Meleis, teoria de médio alcance, uma vez que a PSC e família/cuidador vivenciam em situação de emergência e/ou catástrofe múltiplas e inesperadas transições. O enfermeiro é um importante elemento na gestão e amenização das consequências provocadas por essas transições, realizando um plano individualizado e específico de intervenções de enfermagem. As transições podem ser de saúde, doença, estruturais ou organizacionais. Os enfermeiros devem considerar, segundo Afaf Meleis (2010), todas as transições significativas para a pessoa e família/cuidador e não focarem apenas numa transição em específico. Esta abordagem na PSC, enquanto prática profissional, considera-se de extrema importância, assentando numa abordagem holística ao indivíduo, na sua globalidade, não esquecendo, sempre, o pilar essencial da família ou cuidadores (Meleis, 2010).

É ainda objetivo deste relatório: 5) descrever um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem desenvolvido em contexto de trabalho. Este foi concretizado, através de um estudo de investigação-ação, sobre a temática do uso eficiente do carro de emergência durante situações de Paragem Cardiorrespiratória (PCR), temática identificada pela equipa de enfermagem de um serviço de medicina interna, como um problema prioritário de ação. Para isso foi desenvolvido o estudo sobre “Dificuldades Do Enfermeiro Em Situação De Paragem Cardiorrespiratória”, com os objetivos de: a) analisar as principais dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem em situações de PCR e uso do carro de emergência; b) identificar estratégias que melhorem a assistência prestada pelo enfermeiro, no serviço de medicina interna, na utilização do carro de emergência de forma eficaz aquando de uma situação de PCR; c) implementar estratégias, de acordo com as necessidades/dificuldades encontradas e por fim, d) determinar o impacto das estratégias implementadas.

No sentido de facilitar a leitura deste documento, o mesmo foi dividido em duas partes. Na primeira parte será realizada uma reflexão sobre as competências do EE nos EC, realizando a descrição e contextualização dos contextos práticos durante os mesmos, assim como, a apresentação de uma autoanálise crítico-reflexiva das competências gerais do EE e específicas do EEPSC, baseadas nos regulamentos da OE. Na segunda parte, será apresentado o projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Por último, neste relatório é realizada uma reflexão final sobre o percurso desenvolvido ao longo do presente mestrado, com a identificação de dificuldades percecionadas e os principais ganhos enquanto futura EEPSC.

Como guias orientadores para a realização do relatório foram considerados o Regulamento das Competências Comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e o Regulamento do EEEMCPSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Este relatório foi desenvolvido de acordo com as normas definidas pela Escola Superior de Saúde de Leiria através do Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da ESSLei-IPL (2018).

PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS

A parte I deste relatório tem como objetivo analisar e refletir sobre a aquisição das competências do EE, incidindo nas atividades desenvolvidas e experiências vivenciadas, que contribuíram de forma mais preponderante para a futura prática enquanto EEPSC.

O exercício profissional de enfermagem, encontra-se clarificado no que remete para o espaço de intervenções dos enfermeiros, existindo um quadro de referência orientador do exercício profissional, assente em pilares enunciados no Regulamento Profissional Dos Enfermeiros, Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e Padrões de Qualidade Dos Cuidados De Enfermagem (Parecer n.º 10/2017, 2017).

O EE detém, assim, um conhecimento aprofundado num domínio de enfermagem específico, no que diz respeito às respostas necessárias durante os processos de vida da pessoa, bem como aos problemas de saúde, atuando segundo um nível elevado de julgamento clínico e um processo de tomada de decisão. As competências do EE decorrem do aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais, estando elas assentes em quatro domínios: o da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade dos cuidados; gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

O EC é um momento privilegiado que permite a aprendizagem, consolidação de conhecimentos adquiridos e a reflexão sobre a ação, possibilitando uma formação prática e não apenas centrada na teoria (Simões et al., 2008). A experiência clínica, aliada ao desenvolvimento de uma reflexão sobre a prática, tornou-se essencial para o desenvolvimento das competências, sendo os locais de EC uma fonte de experiências essenciais no desenvolvimento do EEPSC. Os EC foram realizados nas três áreas mais prováveis de prestação de cuidados à PSC, sendo elas a Urgência, Medicina Intensiva e Emergência PH, considerando ainda que a realização dos mesmos em contexto pandémico conferiu um desafio ainda mais exigente, como estudante.

De seguida, são inicialmente enumerados e caracterizados os contextos de prática onde foram desenvolvidos os EC, seguindo-se a análise e reflexão sobre as competências do EE, e posteriormente, a análise e reflexão das competências do EEPSC.

1.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

No âmbito da UC de EC I, do 2º semestre do 1º ano do 2º Curso de Mestrado supracitado, foi realizado EC curricular num Serviço de Urgência Geral (SUG), sendo o mesmo desenvolvido no período de 2 de junho a 20 de julho de 2021.

Tratou-se de uma experiência nova, enquanto enfermeira, possibilitando a mobilização de conhecimentos e o desenvolvimento de competências e conhecimentos, que até ao momento, não tinham sido experienciados em contexto de prestação de cuidados.

Importa salientar, que o facto de ser a instituição onde se desempenhavam funções como enfermeira, se tornou uma mais-valia no processo de adaptação ao contexto prático, uma vez que normas internas, protocolos específicos de abordagem à pessoa, missão e valores do hospital eram já conhecidos. Para além disso, já existia um conhecimento e prática prévia com os sistemas informáticos utilizados (apesar de existirem algumas especificidades no SUG), materiais (como bombas perfusoras, equipamentos de ventilação), conhecimento da localização de serviços de apoio, serviços de internamento e serviços de realização de meios complementares de diagnóstico. A experiência no SUG permitiu a tomada de conhecimento do percurso da pessoa, desde a sua entrada na unidade de saúde até ao seu encaminhamento, se necessário, para um serviço de internamento.

O Centro Hospitalar (CH), onde se insere o SUG onde foi desenvolvido o EC, era composto por três unidades hospitalares localizadas no mesmo distrito. Tinha como missão prestar cuidados de saúde diferenciados, articulando com os cuidados de saúde primários e restantes hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde, e colaborar na prevenção e promoção da saúde da sua comunidade, garantindo condições de investigação e formação dos seus profissionais. Tinha como área de influência uma população de cerca de 400.000 habitantes, abrangendo cerca de 12 concelhos na sua totalidade e parte de dois concelhos no limite de distrito.

De acordo com o Despacho n.º 10319/2014 (2014) a rede de SU integra três níveis de resposta, sendo eles os Serviços de Urgência Básica, Serviço de Urgência Médico-cirúrgica e Serviço de Urgência Polivalente, estando estes apresentados de acordo com o grau de complexidade de menor para maior. O Serviço de Urgência Médico-cirúrgica, de acordo com o despacho acima citado, deve possuir obrigatoriamente as valências de Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Imuno-Hemoterapia, Bloco Operatório (em permanência), Imagiologia (devendo assegurar em permanência radiologia convencional, ecografia simples, TAC), Patologia Clínica (devendo assegurar em permanência todos os exames básicos, incluindo análises de gases do sangue e lactatos), o que se verifica.

Destacava-se ainda a existência de uma Viatura Médica De Emergência e Reanimação (VMER), situação que também cumpria o preconizado pelo Despacho n.º 10319/2014 (2014).

O SUG tinha como missão prestar cuidados de saúde técnicos e humanos assegurando o suporte das funções vitais, cuja falência ameaça a curto prazo a vida da pessoa, proporcionando intervenções contínuas a pessoas em estado crítico, assegurando cuidados de saúde específicos, prevenindo a morte (de causa evitável), acompanhando a manutenção das funções vitais e estabelecendo medidas para a sua manutenção de forma artificial, caso seja pertinente.

Neste serviço existiam nove áreas de trabalho sendo elas, a área de ortotrauma, área verde, área verde 2, área amarela, área laranja, área vermelha/sala de emergência (SE), Área dedicada Doença Respiratória (ADR-SU), gabinete de informações e dois gabinetes de triagem. Todas estas áreas funcionavam em formato *open space*, exceto o gabinete de informações, que permitia garantir a privacidade e confidencialidade, bem como os dois postos de triagem. Importa salientar que exteriormente a estas áreas existia sinalética no chão que permitia à pessoa admitida, com capacidade de mobilização, se deslocar pelo SUG. Existiam ainda áreas com bancos para que esta pudesse aguardar a observação médica ou de enfermagem, fora das áreas específicas.

A área verde tinha apoio de dois gabinetes médicos, espaço para cadeirões e macas. A área verde 2 funcionava de acordo com uma instrução de trabalho própria, não tendo funcionado, em nenhum dos turnos realizados, destinando-se a situações particulares de casos de catástrofe ou situações de um aumento de necessidade de resposta rápida a pessoas com prioridade branca de acordo com a Triagem de Manchester, por exemplo.

A área amarela, foi das áreas onde foram realizados a maioria dos turnos, sendo a área com maior taxa de ocupação. Permitia a alocação de macas e cadeirões, possuía dois gabinetes médicos, tinha porta de acesso à área verde, serviço administrativo e outra porta junto à área de ortotrauma. Nesta área destacava-se a existência de uma sala de realização de procedimentos, que garantia a privacidade da pessoa na realização dos mesmos e ainda um quarto, onde usualmente se encontravam situações a serem acompanhadas pela equipa de psiquiatria.

Na zona de ortotrauma foi realizado um turno durante o EC. Esta zona era composta por unidades de cuidados que eram definidas por área cirúrgica (2) ou área ortopédica (2) e funcionavam com o apoio de apenas um enfermeiro.

A SE, permitia a permanência de cinco pessoas em simultâneo, sendo dotada de equipamentos vários e de *kits* de procedimentos, o que facilitava a abordagem da pessoa em

situação de emergência de uma forma mais breve. Encontrava-se localizada em área de fácil acesso tanto a nível exterior, entrada praticamente direta do exterior do hospital para a mesma, como interior para as áreas amarela e laranja. Apesar de não se localizar próxima dos serviços de realização de meios complementares de diagnóstico, encontrava-se no mesmo piso (Piso 01), o que facilitava o transporte da pessoa em situação de necessidade urgente para a realização dos mesmos.

Salientava-se ainda a existência de uma área junto à área verde 2, que permitia a entrada de pessoas admitidas por risco de contaminação nuclear, radiológica, biológica e química, equipada com sistema tecnológico, que permitia a entrada da pessoa para uma sala isolada, onde era possível realizar triagem por método de videoconferência.

Relativamente ao processo de triagem no SUG referido, a mesma era realizada pelo enfermeiro, de acordo com a Norma n.º 002/2018 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata da Direção-Geral da Saúde (2018). Esta norma refere que a triagem pode ser realizada por enfermeiros ou médicos e deve ser realizada considerando a possibilidade de reavaliação/retriagem da pessoa, o que se considera ser algo que deva sofrer um processo de melhoria neste SU, uma vez que era realizada uma triagem única inicial à pessoa. A triagem era realizada segundo o sistema de Triagem de Manchester, de acordo com a norma supracitada e, considerava-se a existência de uma triagem alternativa quando ativado o plano de Catástrofe Hospitalar. Ainda durante o processo de triagem, existiam algoritmos de encaminhamento interno de acordo com discriminadores como “dor no peito”, que permitia analisar a possibilidade de encaminhamento interno da pessoa, de acordo com as especialidades médicas. Esta situação encontra-se referida na Norma n.º 002/2018 (2018), sendo o diretor clínico o responsável pela aprovação e atualização dos algoritmos existentes. Após a escolha do discriminador e avaliação da pessoa pelo algoritmo, era atribuída uma prioridade, identificando-se a pessoa com uma pulseira no pulso direito de cor, laranja, amarela, verde, azul ou branca, de acordo com o grau de prioridade e gravidade de maior para menor, sendo após a triagem encaminhada para uma das áreas. No encaminhamento para as áreas era considerada a especialidade médica, pela qual a pessoa deveria ser observada, situação esta, também abrangida pelos fluxogramas. Neste encaminhamento consideravam-se exceção as situações graves com prioridade vermelha, emergentes, que eram encaminhadas diretamente para a SE ou as situações de observação por parte de ortopedia, que apesar do discriminador, eram encaminhadas para a zona de ortotrauma.

A realização da triagem segundo este esquema de fluxograma, permitia a uniformização da tomada de decisão do enfermeiro “triador”, sendo a mesma suportada em algoritmos clínicos

permitindo uma atuação centrada em prioridade e o encaminhamento da pessoa o mais precocemente possível em caso de gravidade, ajustando assim a oferta de cuidados às necessidades, garantindo a qualidade e segurança considerando o fluxo elevado de procura de cuidados, pelas pessoas nos serviços de urgência (Norma n.º 002/2018, 2018).

Um outro sistema paralelo à triagem importante de focar, é a existência da Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (VVAVC) e Via Verde da Sépsis no Adulto, o que se encontrava de acordo com o protocolado na alínea quatro da Norma n.º 002/2018 (2018). Mais se acrescenta que esta norma preconiza a existência de uma circular normativa própria, que determina a organização dos cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado, o que ainda não se encontrava implementado neste SUG. A abordagem à pessoa, através das Vias Verdes, permitia a otimização dos recursos e diminuição do tempo de assistência na abordagem inicial, o que determinava importantes ganhos para a pessoa a longo prazo.

No que diz respeito a área ARD-SU esta encontrava-se no piso 02, tendo sido criada no contexto da pandemia de Covid-19. Era constituída por uma área de aduana, para equipamento dos profissionais com material de proteção individual, (com sistema de abertura de portas por deteção manual, o que por vezes dificultava a necessidade de abertura de porta para entrada ou saída numa situação emergente); uma área com zona de sala de tratamentos, gabinete de observação médica, farmácia, sala de observação (quando existia maior afluência de pessoas esta área servia como sala de enfermagem, sendo que em todos os turnos realizados houve a necessidade de abrir esta área de apoio), Sala de enfermagem, SE e três quartos individuais, onde usualmente se alojavam as situações de pessoas com teste positivo para Doença do Coronavírus 19 (Covid-19). Existia ainda uma sala onde se encontravam materiais de apoio, como ventiladores e seringas perfusoras.

A área ADR-SU tinha entrada própria e admissão de pessoas em regime independente da área do SUG, o que se tornava uma mais-valia, no sentido de existência de circuitos isolados no que diz respeito à pessoa com risco ou infeção por Covid-19.

A equipa de enfermagem do SUG era constituída por cerca de 120 enfermeiros, distribuídos por cinco equipas, existindo em cada uma delas elementos com competências e funções de coordenação atribuídas, cumprindo os pressupostos da OE sobre dotações seguras.

Salienta-se também que, em cada turno, se encontrava um elemento alocado à SE, elemento este que usualmente exercia funções na área amarela, caso a SE não se encontrasse em funcionamento. Em caso de entrada de uma pessoa em situação de emergência era acionada uma campainha, audível no SU, permitindo assim a deslocação da equipa escalada de

emergência para a mesma sala, equipa esta constituída por enfermeiro, médico e assistente operacional.

O enfermeiro escalado para a SE devia ainda assegurar, em caso de necessidade o transporte inter ou intra-hospitalar da PSC. A pessoa alocada a outra área que não a sala de emergência, usualmente era transportada pelo enfermeiro dessa mesma área, excetuando situações de alteração do estado clínico que necessitassem de maior suporte e vigilância, indo assim a acompanhar o enfermeiro da SE. A transferência da pessoa encontrava-se protocolada em procedimento interno e de acordo com o *score* da Ordem dos Médicos (OM) e da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) (OM & SPCI, 2008). Destaca-se que existia um documento interno para avaliação desse *Score* que determinava que profissionais deveriam acompanhar a pessoa, durante o transporte, sejam o assistente operacional, assistente operacional e enfermeiro ou enfermeiro e médico.

O método de trabalho utilizado por parte do enfermeiro neste SU era o método de trabalho de equipa e ocasionalmente, em algumas áreas de prestação de cuidados, o método de trabalho à tarefa, como no caso da área de triagem. Na metodologia de trabalho em equipa utilizada no SU, os enfermeiros eram divididos por grupos de trabalho, existindo um líder com função de coordenador que garantia a rentabilização das capacidades do grupo durante o turno de trabalho. Por outro lado, no caso da área de triagem, podia assumir-se o método de trabalho funcional, baseado na distribuição de tarefas padronizadas aos enfermeiros ao longo do turno, sendo o alvo de ação a tarefa a realizar (Ventura-Silva et al., 2021). Ao longo do turno de trabalho era consultada informaticamente, na plataforma SClínico[®], a lista de pessoas admitidas que ficavam sublinhadas a cor. Esta sinalização ocorria sempre que era realizada uma nova prescrição médica para a pessoa, ou sempre que a mesma tenha sido admitida e não tenha sido observada pela equipa de enfermagem, para além do momento de triagem. Neste tipo de abordagem, realizava-se uma intervenção maioritariamente à tarefa, não se realizando uma abordagem à pessoa de forma continuada e holística, como nos serviços de internamento. Numa abordagem holística de enfermagem, espera-se que o enfermeiro considere o físico, emocional, espiritual, social e cultural como estando interligados (McEvoy e Duffy, 2008), o que é difícil de gerir num SU, principalmente quando o mesmo tem uma significativa lotação. Contudo, os enfermeiros ao longo do seu exercício, devem expandir a sua prática tornando-se cada vez mais eficientes.

1.2 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

O EC desenvolvido no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) decorreu no período de 20 de setembro a 26 de novembro de 2021.

Os SMI tratam-se de unidades diferenciadas a nível das ciências médicas, que têm como missão a prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas numa fase de doença aguda, potencialmente reversível, em situações de falência de uma ou mais funções vitais. Faz parte da responsabilidade destes serviços, assegurar a responsabilidade pelas decisões tomadas em relação às pessoas, desde os critérios para a sua admissão, planificação e hierarquização dos tratamentos, bem como a delimitação a nível ético das intervenções executadas, nunca esquecendo a participação da pessoa e família/cuidador na definição e balizamento das estratégias terapêuticas a serem realizadas (Paiva et al., 2017). A família/cuidador assume assim um papel preponderante nos cuidados e nas tomadas de decisão de cuidados à pessoa internada no SMI, sendo o elo para com a equipa multidisciplinar.

Enquanto enfermeira a exercer funções num serviço do mesmo CH, a realização do EC no SMI permitiu compreender o acompanhamento realizado à PSC internada em SMI, que por vezes, após estabilização era transferida para o serviço de internamento, onde são desempenhadas funções a nível profissional. Numa outra perspetiva tornou-se interessante perceber os cuidados específicos realizados, nesta unidade, bem como a adaptação dos protocolos internos considerando as especificidades da PSC, bem como a utilização de um aplicativo informático diferente do SClínico®, como é o caso do B-Simple®.

No SMI descrito considera-se a existência de camas de nível III, segundo as indicações da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação. A existência de um SMI com camas de nível III no CH é necessária, uma vez que as mesmas diretrizes definem a existência de SMI em todos os hospitais com serviço de urgência, serviço médico e cirúrgico e com atividades cirúrgicas polivalentes nas quais, no pós-operatório, seja recomendado cuidados intensivos (Paiva et al., 2017).

O SMI encontrava-se localizado no quinto piso (e último), sendo um serviço com lotação de dez camas, quatro destas alocadas individualmente em quartos de pressão negativa, estando na fase pandémica priorizadas para receber pessoas positivas para Covid-19, sendo as restantes seis camas alocadas em área *open space*. Este permitia uma vigilância constante da pessoa, estando o serviço equipado com monitores para visualização da monitorização dos parâmetros vitais das pessoas, tanto na área de trabalho, como na zona de refeições, o que permitia, uma vigilância mais detalhada da pessoa. Nestas áreas, cada unidade dispunha de meios individualizados para a prestação de cuidados à pessoa, com materiais diversos para a prestação de cuidados de higiene, tratamento de feridas, monitorização, torre de seringas e bombas infusoras, ventilador e materiais de monitorização e manutenção de via aérea, sendo uma mais-valia na prestação de cuidados imediatos às pessoas e na prevenção de infeção cruzada.

À semelhança do que ocorre no SU, também no SMI existiam *kits* de procedimentos previamente preparados, por forma a facilitar a rapidez de procedimentos como a cateterização venosa central, linha arterial, entre outros. Este serviço tinha ainda equipamento próprio de gasometria, o que permitia obter resultados de forma rápida e segura. Contudo, pelo facto de se encontrar no quinto piso, a realização de exames como TAC, ecografias ou ressonâncias magnéticas, encontrava-se mais dificultada.

Para além da prestação de cuidados nesta área, a equipa do SMI tinha ainda uma unidade de neurocríticos com três camas, sendo apenas gerida a sua abertura de acordo com a necessidade de alocação de pessoas.

Pontualmente, foi ainda necessária a prestação de cuidados dos profissionais no piso -1 na Unidade de Cuidados Agudos Polivalente (UCAP), nos cuidados a pessoas ventiladas de forma invasiva com Covid-19, quando não existiam vagas nos quartos de pressão negativa.

Relativamente aos meios humanos, a equipa do SMI era constituída por 7 médicos, 34 enfermeiros, 11 assistentes operacionais e uma assistente técnica. O número de enfermeiros por turno variava de acordo com o número de pessoas internadas, bem como o seu grau de complexidade, existindo por turno um enfermeiro responsável pela função de coordenação. Durante a semana estava também presente a enfermeira em funções de gestão realizando apoio, gestão e coordenação da equipa e necessidades do serviço, no período do turno da manhã.

Por turno, os enfermeiros encontravam-se distribuídos com um rácio de 1:2 pessoas, mediante o nível de complexidade de cuidados necessário. Isto encontra-se de acordo com as indicações da Rede de Referência de Medicina Intensiva, que afirma que o rácio enfermeiro/pessoa deve ser flexível de acordo com os níveis de cuidados necessários a prestar as pessoas, e de acordo com perfil, missão e carteira assistencial (Paiva et al., 2017), mais se acrescenta, que segundo o Regulamento n.º 533/2014 (2014), relativo à Norma Para o Cálculo de Dotações Seguras Dos Cuidados de Enfermagem, recomenda-se os rácios enfermeiro/pessoa, mínimos de 1:1,6 em cama de nível II e de 1:1 em camas de nível III. Por outro lado, verificou-se a existência de poucos elementos com o título de EEPSC, o que se torna um critério merecedor de análise e melhoria no serviço, considerando o grau de exigência na prestação de cuidados, o que não cumpre o Parecer n.º 15/2018 (2018), que define a existência de pelo menos 50% dos profissionais de enfermagem com especialidade em MC.

Apesar da existência atual de escalas como a *Nursing Activities Score*, foi verificado que esta gestão de enfermeiro/pessoa era realizada pela enfermeira gestora, mas sem avaliação desta

escala ou similar. Este método de trabalho, enfermeiro por pessoa, permite a prestação de cuidados de qualidade e personalizados à pessoa e família/cuidador, tratando-se de um método de enfermeiro de referência, o que promove a qualidade dos serviços prestados, pois proporciona apoio, respeito, empatia e confiança na relação entre o enfermeiro, pessoa e família/cuidador. Neste método de trabalho a distribuição das pessoas pelos enfermeiros é realizada de acordo com a disponibilidade dos profissionais, considerando as características e necessidades de cuidados no momento (Rego & Coelho, 2016). Desta forma, o enfermeiro planeava e prestava cuidados individualizados, de acordo com as necessidades, avaliando sistematicamente os resultados das suas intervenções, contudo, era notória a importância dada ao trabalho de equipa entre os vários profissionais na unidade, funcionando como uma equipa dinâmica.

Importa salientar que o trabalho da equipa do SMI não se restringia aos espaços mencionados anteriormente, participando ativamente, quando necessário no apoio ou consultadoria, em qualquer serviço do hospital, permitindo prevenir a doença crítica ou o acompanhamento precoce da PSC, através da Equipa de Emergência Médica Intra – Hospitalar (EEMI). Para a sua operacionalidade era necessária a existência de dois médicos no SMI, estando um deles escalado para a EEMI, assim como, um enfermeiro com formação específica (usualmente o especialista). A ativação desta equipa por qualquer serviço do hospital, segundo norma hospitalar interna, podia ser realizada sempre que se verificava uma das seguintes condições: Paragem respiratória; Saturação de oxigénio < 90% com aporte de Oxigénio suplementar (Máscara *Venturi* com Fração de Oxigénio Inspirado de 60%); PCR, Pressão arterial sistólica de instalação súbita < 90 milímetros de mercúrio, perda súbita de consciência ou crise convulsiva prolongada e repetida.

1.3 SERVIÇO PRÉ-HOSPITALAR – INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA

O EC de opção foi desenvolvido no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), numa viatura de Suporte Imediato de Vida (SIV) e numa VMER. O estágio foi desenvolvido no período de 29 de novembro a 10 de março de 2022, com uma carga horária de 180 horas.

A abordagem a PSC no âmbito PH, tornou-se um desafio pessoal, pela necessidade de gestão dos meios envolventes, bem como dos meios disponíveis para essa abordagem, englobando uma versatilidade de situações mais abrangente, bem como faixas etárias diferenciadas, sendo possivelmente uma oportunidade única a nível profissional pelas especificidades inerentes a estes meios de prestação de cuidados.

Uma situação de emergência carece de uma resposta rápida e eficiente, surgindo em Portugal o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), constituído por um conjunto de entidades,

cuja finalidade é prestar assistência a vítimas de acidente ou doença súbita. Entre essas entidades temos por exemplo a Polícia de Segurança Pública, Guarda Nacional Republicana, Bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa, o INEM, Hospitais e os Centros de Saúde. O objetivo do SIEM passa por desenvolver um conjunto de ações com o objetivo de garantir à vítima uma prestação de cuidados em situação de emergência eficaz, assegurando para o local o envio dos meios mais adequados (Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), 2013a).

A coordenação do SIEM foi, pelo Ministério da Saúde, atribuída ao INEM, que opera de forma a garantir o acesso a prestação de cuidados de forma mais célere e correta, mobilizando os recursos que asseguram a assistência em situações fora de uma instituição de saúde, a estabilização da vítima e o seu transporte para a unidade hospitalar (INEM, 2013a).

O INEM encontra-se organizado por áreas de atuação, por meio de delegações regionais, sendo elas a delegação regional do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve, existindo em cada uma delas um Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Quando é realizada uma chamada para o Número Europeu de Emergência, o 112, existe uma triagem da situação, sendo encaminhadas para o CODU as situações relacionadas com problemas de saúde, por profissionais (que podem ser médicos, enfermeiros, técnicos ou operadores) com formação específica. Aqui é realizada uma triagem, aconselhamento e é selecionado um meio de socorro para envio para o local de ocorrência. A decisão do meio selecionado ocorre com base em critérios clínicos, geográficos e nos recursos existentes na unidade de saúde de destino.

Os recursos existentes no INEM que englobam o CODU são: a VMER, SIV, o Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico, Ambulâncias de Emergência Médica, Motociclos de Emergência Médica, Serviço de Helicóptero de Emergência Médica, Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência, Viatura de Intervenção em Catástrofe e Hospital de Campanha, Ambulâncias de Socorro de Entidade de Proteção Civil e, mais recentemente, uma viatura de apoio que permite a realização de testes Covid-19 (INEM, 2020a). Para além destes meios destacam-se também a existência do CODU – Mar, o Centro de Informação Antivenenos e o Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC) (INEM, 2013a).

Os meios onde foram realizadas os EC, ambulância SIV e VMER, pertencem à Delegação Centro, com coordenação do CODU da delegação regional de Coimbra.

A VMER apresenta-se como uma viatura de intervenção PH tripulada por um médico e um enfermeiro com formação em emergência médica. Este meio dispõe de recursos de Suporte Avançado de Vida (SAV) e permite uma deslocação rápida até ao local de ocorrência, tendo como objetivo a estabilização PH da vítima e acompanhamento diferenciado durante o

transporte da mesma (INEM, 2018). A VMER, onde foi realizado o EC, funcionava 24 horas por dia, abrangendo a área de atuação de influência do CH a que corresponde, contudo pode ser ativada para zonas circundantes pelo CODU, de acordo com a gestão do mesmo, em relação aos meios disponíveis para as necessidades.

A abordagem à vítima, pelos profissionais que integram a VMER, era realizada no local de ocorrência da situação, contudo pedia ser acionada para assistência a um outro meio de socorro, aquando do transporte da vítima para o hospital, situação que foi testemunhada em EC várias vezes, nomeadamente no apoio diferenciado a equipas de bombeiros, ou em situações de óbito, onde se encontrava já um meio SIV. Esta situação é denominada de “rendez-vous” e consiste no encontro com a vítima já a ser transportada para a unidade hospitalar, após uma estabilização primária, o que permite uma redução do tempo até à chegada do apoio avançado (INEM, 2013b). Na VMER onde foi realizado o EC, tanto enfermeiros como médicos encontravam-se em regime de trabalho parcial, sendo que a equipa de enfermagem era constituída por enfermeiros a executar funções a tempo inteiro no CH em serviços como a Urgência, Bloco Operatório, Unidade de Cardiologia e SMI.

A ambulância SIV onde foi realizado o EC encontrava-se integrada num serviço de urgência básica da região centro, estando habilitada para a estabilização da PSC por uma equipa constituída por um enfermeiro e um Técnico de Ambulância de Emergência Pré-hospitalar (TEPH). Esta permitia a realização de Suporte Básico de Vida (SBV), administração de fármacos e procedimentos invasivos de acordo com protocolos existentes desenvolvidos pelo INEM, sob supervisão e execução do enfermeiro e/ou TEPH, mas sempre validados por equipa médica (INEM,2013b). Dos enfermeiros deste meio, dois encontravam-se em regime de trabalho a tempo total com o INEM e detinham formação em SIV, os restantes desempenhavam funções na SIV e no SU onde esta se alocava. Os TEPH detinham formação em técnicas básicas de emergência e desfibrilhação automática externa. A ambulância SIV permite o transporte diferenciado de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência, permitindo a estabilização PH (Despacho n.º 10319/2014, 2014). Para além desta estabilização esta ambulância é ainda ativada para o transporte da PSC a nível inter-hospitalar, nomeadamente do Serviço de Urgência Básica para Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica (INEM, 2018).

A ativação de ambos os meios SIV e VMER pelo CODU é percebida pela existência de um sinal sonoro e de um alerta visual em computador através da aplicação INEM *Tool for Emergency Alert Medical System*® (ITEAMS®). Nesta aplicação é possível visualizar o número do evento CODU, o número de vítimas (com descrição do sexo, idade e género), motivo da ativação (urgência médica, trauma, PCR), localização da ocorrência com existência

de um mapa e possível abertura do mesmo, com navegador para chegada à ocorrência. Para além deste sinal é enviada, por vezes, uma mensagem escrita para o telemóvel do meio e realizado um contacto telefónico, por parte do CODU, com transmissão de mais informações, o que acontece mais frequentemente nos meios VMER. É ainda possível o envio de uma mensagem rádio, através da rede Sistema Integrado de Redes de Emergência de Portugal (SIRESP) em canal aberto, o que foi possível acompanhar de forma mais pormenorizada, durante um turno de EC em que as redes móveis e de internet não estavam a funcionar de forma correta, sendo a ativação da equipa realizada pelo rádio em canal aberto, seguindo-se da transmissão e passagem de dados em canal fechado para o CODU (INEM, 2013b).

À chegada ao local, em ambos os meios há metodologias de trabalho semelhantes, garantindo-se sempre as condições de segurança antes da abordagem à vítima, após essas condições estarem asseguradas realiza-se a avaliação primária da vítima ou vítimas (INEM, 2012a). O modelo de atuação em Portugal atualmente centra-se no modelo “*play and run*” o que permite a estabilização da vítima através de meios específicos indicados e medicalizados, nunca atrasando o encaminhamento da vítima para a unidade hospitalar, considerando o conceito da “*Golden Hour*” (Mateus, 2007). Em ambos os meios o protocolo de abordagem à vítima é realizado utilizando a metodologia ABCDE (via aérea, ventilação, circulação, disfunção neurológica, exposição). De seguida procede-se a estabilização da vítima, sendo que no meio SIV a atuação deve ser realizada de acordo com os protocolos existentes no meio, como por exemplo o protocolo da dispneia, dor torácica, dor abdominal, cefaleias, realizando procedimentos técnicos específicos, também eles padronizados pelo INEM®, o que permite uma prática com alto rigor técnico e teórico, aumentando a segurança dos cuidados prestados pelos profissionais (INEM, 2013b).

Após a estabilização é transmitida a informação recolhida ao Médico Regulador (MR) do CODU, via telefone ou rádio que, em conjunto com a equipa, valida a medicação a administrar, os protocolos de atuação (no caso do meio SIV), e decide a necessidade de ativação de outros meios diferenciados, bem como o transporte para as unidades de saúde. Esta transmissão de informação, à semelhança do realizado no SU onde foi realizado o EC, bem como o serviço de prestação de cuidados a nível profissional, era realizada pela metodologia ISBAR, cujo significado corresponde a: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações), garantindo assim uma uniformização no que remete para a transmissão de informação, bem como uma linha cronológica e orientadora do tipo e qualidade de informação a ser transmitida (Norma n.º 001/2017, 2017). Concomitantemente, pela plataforma iTEAMS®, é possível realizar o envio de Eletrocardiograma (ECG) por exemplo, o que permitia uma avaliação mais

pormenorizada pelo MR do CODU. Era também preenchida a avaliação da vítima que era enviada para o CODU e unidade de destino hospitalar. Nas situações de encaminhamento a unidade hospitalar era ainda realizada a transmissão da informação de forma presencial (mesmo tendo sido enviada pela plataforma iTEAMS®).

Durante todo este processo ambos os meios, através do rádio e do sistema SIRESP, notificavam o CODU sobre a sua situação, o que era possível com a marcação de um código numérico, sendo que cada número simboliza o *status* atual da viatura, como a chegada ao local, chegada à vítima e *status* disponível, por exemplo.

Após a disponibilidade do meio e chegada à base é responsabilidade do enfermeiro, em ambos os meios, a reposição do material consumido na assistência, bem como assegurar a manutenção da viatura (combustível, pneus, limpeza, desinfeção de materiais) sendo que algumas das tarefas podem ser delegadas pelo enfermeiro ao TEPH, no meio SIV.

2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Este capítulo do relatório pretende analisar as competências desenvolvidas, sendo ele subdividido em dois pontos, o primeiro onde serão abordadas as competências comuns do EE, e um segundo, com análise das competências específicas do EEEPSC. A presente análise será fundamentada com conteúdo teórico e análise de experiências vividas, considerando que a competência em enfermagem reflete, não só o conhecimento como a sua compreensão, julgamento, aquisição de habilidade cognitiva, técnica, psicomotora e interpessoal (World Health Organization [WHO] and Internacional Council of Nurses [ICN], 2009). Trata-se, assim, de um processo transformativo da identidade pessoal, de aprendizagem abrangente, multidimensional, multifuncional, baseado na cognição e transferibilidade de conhecimentos não só adquiridos na escola, como ao longo da prática profissional.

2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Enquanto estudante, planeia-se a prestação de cuidados de qualidade e segurança na procura do desenvolvimento das competências específicas, relacionadas com o EEEPSC, mas também, competências comuns do EE, nomeadamente nos domínios éticos, legais, melhoria contínua, gestão de cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Os cuidados prestados implicaram a tomada de decisão de acordo com informações relevantes, prevendo as consequências de cada alternativa e recursos usados na sua intervenção, quer fosse ela realizada em contexto extra-hospitalar ou hospitalar (Parecer n.º 10/2017, 2017).

Para a reflexão do desenvolvimento de competências foi importante, como enfermeira, conhecer a estrutura física, organizacional e funcional dos locais de EC, já descrita anteriormente, percebendo detalhadamente o papel e possibilidades de atuação em cada um dos serviços. Em todos os EC, procedeu-se a uma contextualização prévia do serviço com os enfermeiros gestores e coordenadores, conhecendo assim a equipa multidisciplinar, protocolos de atuação e normas de cada local. Segundo o Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes 2015-2020, a inadequada gestão de protocolos pode colocar a vida da pessoa em risco, tendo repercussões graves para o próprio, família/cuidador ou profissionais de saúde, bem como a instituição e a sua conseqüente reputação económica e de saúde, daí a importância do conhecimento prévio dos mesmos (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

Importa ainda salientar, que em todos os EC, a supervisão e acompanhamento foi realizado por um EE na área de especialização à PSC, o que permitiu aprendizagens por espelhamento e desenvolver competências críticas nas abordagens à PSC.

O processo superviso trata-se de uma atividade que se caracteriza por um acompanhamento e monitorização que tende para a qualidade, desenvolvimento e transformação (Alarcão & Canha, 2013). Para tal, é indispensável a existência de um processo relacional entre o enfermeiro supervisionado e o enfermeiro supervisor. Esta relação deve permitir o estabelecimento, manutenção e melhoria de padrões, bem como, promover a inovação da prática clínica, o que só acontece com um forte envolvimento dos atores intervenientes no processo, constituindo-se um desafio e oportunidade (Rocha et al., 2015). Este processo deve assentar numa relação de horizontalidade discursiva, com base na confiança mútua, refletida e compreendida entre os elementos com suporte e compromisso para o crescimento (Alarcão & Tavares 2003), o que aconteceu em todos os EC realizados, o que se tornou relevante na obtenção de conhecimentos e competências acrescidas.

Santos & Fernandes (2004) referem que a reflexão sobre a prática tem como objetivo obter conhecimentos adicionais, partindo da análise de experiências na prática, aumentando a confiança como profissional no desempenho diário, abordando a enfermagem de uma forma crítica, melhorando a aptidão e intervenção “numa próxima vez”, o “fazer certo à primeira”, englobando a possibilidade de mudança quer a nível dos conhecimentos ou crenças, quer a nível pessoal. Assim, foram adquiridos conhecimentos que me permitirão no futuro realizar uma melhor função enquanto EE.

De seguida, são analisados os quatro domínios das competências comuns enunciadas anteriormente.

2.1.1 Responsabilidade profissional, ética e legal

Com o desenvolvimento desta competência comum, espera-se que o EE desenvolva a sua prática profissional de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a sua deontologia profissional, garantindo cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. O EE demonstra uma prática segura, profissional e ética, usando os códigos de ética e da deontologia como fundamentos para a sua tomada de decisão. Assim, o mesmo deve analisar e interpretar situações específicas de cuidados especializados que possam ser potencialmente comprometedoras para a pessoa, respeitando os direitos humanos (Regulamento n.º 140/2019, 2019), centrando os seus cuidados na dignidade da pessoa humana.

Uma das experiências mais marcantes ao longo do EC, que se integra nas competências éticas e deontológicas, está relacionada com a privacidade. No SUG, por exemplo, existiram situações em que foi sentida a necessidade de mobilizar a pessoa, para áreas resguardadas, de forma a garantir a dignidade e minimizar a exposição corporal da mesma, durante a prestação de cuidados. O trabalho em *open space*, torna-se limitante neste aspeto pois,

devido à sobrelotação constante do serviço, nem sempre é possível alocar as pessoas em unidades protegidas por cortinas, o que vem de encontro ao mencionado por Pupulim e Sawada (2002), que afirmam que durante o internamento a pessoa encara a hospitalização como um momento de despersonalização pela dificuldade em manter a identidade, intimidade e privacidade. Também no SMI, não existiam cortinas que resguardassem a parte frontal da unidade, existindo apenas cortinas laterais, ficando assim a pessoa exposta para a área de trabalho dos profissionais. Contudo, eram realizadas tentativas de contornar esta situação, através da utilização de biombos para garantir o direito à privacidade na prestação de todo e qualquer cuidado, garantindo o respeito ao pudor da pessoa na sua intimidade, tal como afirma a Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2004), na Carta dos Direitos do Doente Internado.

O EC em que esta competência foi mais desenvolvida, refletida e onde foram encontradas mais barreiras para a sua garantia foi no contexto PH. Este contexto traz dificuldades acrescidas na questão da privacidade da pessoa, uma vez que falamos da atuação em ambientes diversos, como domicílios, locais de trabalho, ou mesmo a via pública, não existindo uma estrutura física delimitada. Apesar da existência da ambulância no meio SIV, muitas vezes é necessária uma estabilização prévia da PSC e só depois é possível a sua transferência para a unidade móvel. Uma situação concreta vivenciada, de um acidente com elevada gravidade e grande deformação do veículo em que seguia a pessoa, após embate com um camião, sentiu-se a necessidade de analisar criticamente as questões da privacidade. Esta situação possibilitou refletir sobre a necessidade de manter a privacidade e o respeito pela dignidade da pessoa, enquanto cadáver. Na situação concreta denotou-se um cuidado generalizado pelos elementos, tanto da SIV, como bombeiros e Guarda Nacional Republicana para a criação de uma “barreira” humana, aquando da extração da vítima da viatura, pois a mesma encontrava-se com deformação acentuada do crânio, sem compatibilidade possível com a vida. Neste momento foi extremamente desagradável observar a necessidade de as pessoas circundantes ao acidente tentarem visualizar a situação e o estado da vítima, apesar da zona se encontrar vedada por fitas.

Numa outra situação de acidente de viação com quatro viaturas envolvidas, foi detetada a necessidade de manter a privacidade das pessoas envolvidas no acidente, pedindo a mobilização de populares para outro local, tendo-se criado novamente uma “barreira” humana aquando da extração de uma das vítimas encarcerada na viatura. Apesar das dificuldades resultantes do local e ambiente de atuação do enfermeiro, é responsabilidade do mesmo garantir a privacidade da pessoa de acordo com o CDE, não esquecendo, nesta área específica a atuação de acordo com o Código de Ética dos Profissionais do INEM, tendo por

base os Princípios de Atuação do Serviço e as Normais Gerais e Específicas de Conduta (INEM, 2017).

A privacidade, na prática profissional não remete apenas para a condição física, mas também para a componente relacionada com a privacidade e confidencialidade de informações sobre a pessoa. No contexto pandémico em que se desenvolveu o EC no contexto de urgência, a presença de acompanhante, geralmente um familiar ou cuidador responsável é permitida apenas, num breve momento, durante a realização da triagem, garantindo o direito da pessoa em permanecer com familiar ou pessoa significativa suspenso (Lei n.º 15/2014, 2014).

A existência de um gabinete de informação no SUG permitia, de forma presencial ou telefónica, garantir resposta a questões, esclarecimento de dúvidas e garantir a ligação entre a pessoa com necessidade de cuidados e os seus cuidadores/familiares. O enfermeiro tornava-se assim um elo de ligação importante entre meio hospitalar e meio extra-hospitalar. No contexto pandémico estas funções desempenhadas pelo enfermeiro adquiriram ainda mais importância, pelo medo do desconhecido relacionado com a Covid-19.

No gabinete de informações foi notória a ansiedade e persuasão dos familiares/cuidadores para obterem um diagnóstico médico, apesar de explicado que seriam fornecidas informações gerais no âmbito da prática de cuidados de enfermagem. As técnicas de validação de conhecimento prévio em relação à condição de saúde da pessoa foram essenciais nestes momentos, permitindo validar as informações já adquiridas.

Os familiares/cuidadores sentiam a necessidade de encontrarem um interlocutor compreensivo e disponível para prestar apoio, sendo necessário fornecer explicações sobre o estado, a confirmação de que estava a receber cuidados de qualidade, tentando perceber que informação o familiar/cuidador realmente pretendia saber e se tinha capacidades para a receber e descodificar (Lopes, 2015). Por sua vez, no gabinete de informações eram consultados os processos clínicos, não existindo contacto prévio com a pessoa, aos quais estes diziam respeito. Neste contexto, era necessário realizar uma observação breve dos registos e gerir a informação fornecida, de forma a garantir que não era violado o direito da confidencialidade. Conforme a Lei De Bases da Saúde, o acesso ao processo é permitido enquanto profissional de saúde, mas deve ser garantida a confidencialidade dos registos, como descrito na alínea a), do ponto 1, da Base II, da Lei n.º 95/2019 (2019), que refere que todas as pessoas têm direito ao respeito pelos princípios de confidencialidade e privacidade. No SMI a transmissão de informações, apesar de mais controlada, era muitas vezes realizada via telefone, existindo assim a necessidade de validação de informações. Relativamente à PSC no SMI as informações prestadas podem ter uma carga emocional acentuada no familiar/cuidador, considerando a instabilidade inerente à pessoa internada. Em relação a este

aspecto, a prática profissional de enfermagem em contexto de cuidados paliativos, trouxe uma mais-valia na gestão da comunicação de más notícias, bem como a gestão da componente emocional do familiar/cuidador.

Uma outra questão importante trabalhada neste EC remete para o consentimento informado livre e esclarecido, tal como o disposto no artigo 105º da Deontologia Profissional (OE, 2015) e Base II da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, 2019), que remetem para a importância de antes de qualquer procedimento se realizar a explicação do mesmo, esclarecendo a pessoa sobre o procedimento garantindo o seu consentimento. Numa abordagem à pessoa pela VVAVC, no SUG, procedeu-se ao encaminhamento para realização de TAC de acordo com o protocolado, tendo-lhe sido explicado que iria realizar o exame com administração de contraste. Explicado o procedimento e os motivos da sua realização, a pessoa informou ser alérgica a esse produto. Esta situação alertou para a necessidade imperativa de informar sempre a pessoa, sobre os procedimentos a serem realizados, pela necessidade de obtenção do consentimento informado, solicitando desta forma, sempre que possível, a sua autorização. Por outro lado, a prestação de informação à pessoa sobre os procedimentos a serem realizados vem de encontro ao respeito pelo princípio da autonomia, valorizando-se a sua capacidade de decisão. Relativamente ao consentimento informado, em situações de vítimas críticas, com alteração de estado de consciência ou no caso de a pessoa se encontrar sedada, atuou-se com base no consentimento presumido, considerando que a não realização da intervenção poderia acarretar danos ou riscos comprovados para a pessoa, tal como o que é descrito nos artigos 39.º e 156.º do Código Penal (Decreto-lei n.º 48/95, 1995). Trata-se, assim, de um real desafio ético-legal, pela impossibilidade da pessoa poder dar o seu consentimento, ou por o tempo para atuação ser curto e não ser possível contactar os familiares ou representantes legais, prevalecendo assim o Princípio da Beneficência. Segundo o CDE no artigo 84º é dever do enfermeiro: “a) Informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem; b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (OE, 2015, p.73), promovendo dessa forma o Princípio da autonomia.

No SMI, a tomada de decisão nas situações mencionadas acima, relativas à pessoa que se encontrava sedada ou com alterações do estado de consciência, a mesma era tomada em equipa, valorizando-se as opiniões médicas e de enfermagem, sendo tomada uma decisão baseada em valores universais, normas e princípios éticos, deontológicos e legais, como os Princípios da Beneficência e da Não-Maleficência, valorizando-se não só o bem-estar e benefício da pessoa, como a posição da família/cuidador.

Relativamente à responsabilidade profissional, o uso de protocolos nos diferentes contextos de EC permitiu uma prática assente em pressupostos teóricos atualizados e fundamentados, contudo o enfermeiro tem a obrigação de analisar cada situação em específico, determinando as particularidades de cada situação e estabelecendo as intervenções mais adequadas para cada uma delas (Abreu, 2007).

No contexto PH a autonomia da tomada de decisão do enfermeiro era constante, o que diferia do meio hospitalar onde frequentemente a responsabilidade da tomada de decisão era partilhada com outros profissionais de saúde. Neste contexto, em especial no meio SIV, o enfermeiro era o profissional mais capacitado, responsável pela supervisão da equipa e execução das prescrições médicas, prestando assistência à vítima grave, com necessidade de tomada de decisões e controlo da qualidade da assistência prestada (Martins et al., 2012). A prática pelo enfermeiro no PH respeitava o enquadramento legal na estabilização da vítima, garantindo o seu acompanhamento e vigilância, durante o transporte até à unidade hospitalar, bem como garantindo a transmissão de informação correta, permitindo a continuidade dos cuidados e garantindo a informação à família/cuidador presentes no local de ocorrência (Parecer n.º 64/2017, 2017).

Por fim, torna-se pertinente refletir sobre a questão da dignidade da vida humana, pois existindo experiência prévia na prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa, ocorreu uma situação que se considera marcante e alvo de reflexão no que concerne ao artigo n.º 87 do CDE (OE, 2015), referente ao respeito pelo doente terminal.

Numa situação de PCR, a nível legal a suspensão de manobras de SBV na prática em contexto de atuação da SIV, apenas é possível em situações de morte evidente, como decapitação, hemicorporectomia, carbonização e corpo em putrefação. Em situações de rigidez cadavérica ou abordagem a uma pessoa a necessitar de intervenções paliativas devem ser iniciadas manobras de SBV, com realização de pelo menos três ciclos, sendo que a sua suspensão, apenas pode ser realizada após indicação de um médico da VMER ou médico na unidade hospitalar de destino, ou caso não existam condições de segurança para manter as manobras. No caso concreto, tratava-se de uma pessoa com antecedentes de neoplasia, acompanhada em consultas de cuidados paliativos, em estado de caquexia, com feridas tumorais peri traqueostomia e cavidade oral, que tinha estado em contacto com familiares pela última vez há mais de 12 horas.

A realização de SBV nesta situação foi algo complexo, pois ia em oposição à formação em cuidados paliativos na abordagem à pessoa com decisão de não reanimar (DNR), no que diz respeito à dignidade e respeito pela vida humana. Considerando que é dever do enfermeiro respeitar o direito a uma morte digna, sem uso de tratamentos ou terapias inúteis, nos casos

em que a cura não é possível, havendo assim o direito da pessoa morrer com dignidade (OE, 2015) tornou-se um desafio profissional, tendo em ponderação os protocolos de atuação no meio em que se prestavam os cuidados.

Assim, considera-se que os EC realizados foram momentos de desenvolvimento profissional, permitindo a reflexão sobre a responsabilidade enquanto EE, agindo de acordo com a responsabilidade profissional, ética e a deontologia profissional, não descurando a componente legal.

2.1.2 Domínio da melhoria da qualidade

Com o domínio desta competência é exetável que o EE seja capaz de garantir um ambiente terapêutico e seguro, desenvolvendo práticas de qualidade, colaborando em programas de melhoria contínua, assumindo um papel dinamizador no desenvolvimento ou suporte de iniciativas na área da governação clínica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

As associações profissionais da área da saúde têm o dever de definir padrões de qualidade em cada domínio específico, sendo exemplos a Satisfação do doente, Promoção da Saúde, Prevenção de Complicações, Bem-estar e Autocuidado, Organização dos Serviços de Saúde e Reabilitação Funcional. De acordo com a alínea f) do art.º 37º, sendo que compete ao Conselho de Enfermagem definir os padrões de qualidade de cuidados de enfermagem (OE, 2012).

As instituições e entidades prestadoras de cuidados devem procurar a sua acreditação, investindo na melhoria da qualidade clínica e organizacional, de acordo com a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde (Despacho n.º 5613/2015, 2015). Assim, a existência de protocolos, normas, documentos de consulta e auditorias internas e externas, assumem-se como estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Uma das entidades de acreditação na área da saúde é a *Joint Comission Internacional* (JCI) que, tal como a Organização Mundial de Saúde (OMS) , recomenda metas para a Segurança da pessoa a nível internacional, sendo elas: 1) Identificação correta da pessoa com necessidade de cuidados; 2) A comunicação efetiva; 3) Melhoria da segurança dos medicamentos de alta vigilância; 4) Cirurgia segura; 5) Diminuição dos riscos associados a Infecção associada aos cuidados de saúde (IACS) e 6) prevenção de danos associados à queda (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2020).

No SUG e SMI os EC desenvolveram-se num Hospital Central acreditado pela JCI, existindo um conjunto de procedimentos internos que visavam a qualidade dos serviços prestados. A existência de normas e protocolos específicos para cada serviço pretendia uniformizar a

prática profissional garantindo cuidados de qualidade à PSC, como resposta às necessidades afetadas, permitindo uma atuação rápida, segura e uniformizada a nível dos cuidados. Entre os protocolos utilizados destacam-se a escala de *Richmond Agitation Sedation 10 Scale* (RASS), escala *Behavioral Pain Scale* (BPS), *Escala de Braden*, *Protocolo de Yale* (avaliação e administração de insulina em perfusão) e Protocolo de Reposição de Potássio. O uso desses protocolos permitiu uma atuação rápida, segura e uniformizada a nível dos cuidados.

Nos três contextos de EC foi possível perceber que os protocolos eram desenvolvidos com a colaboração de enfermeiros e médicos do serviço, segundo normas de prestação de cuidados, sendo aprovados pela Comissão de Qualidade e Segurança do Doente e posteriormente divulgados a nível interno.

Em específico no EC no SUG destacou-se a existência de uma equipa relativamente jovem, com grupos de trabalhos definidos em diversas áreas de prestação de cuidados, responsáveis pelas atualizações de normas, diretrizes e formação dos pares, o que motiva a formação em busca de conhecimentos atualizados e a prática baseada em conhecimentos científicos e técnicos atualizados, o que se encontra de acordo com o preconizado na alínea 14 da Norma n.º 002/2018 (2018), que remete para a responsabilidade dos serviços de urgências em assegurar a formação em equipa. Por outro lado, a mesma norma na sua alínea 12, remete para a necessidade da dotação dos enfermeiros, bem como o seu perfil a nível de competências ser responsável do enfermeiro em funções de chefia e enfermeiro diretor. Denotava-se um incentivo por parte do enfermeiro gestor do serviço no que concerne à formação, organizando a equipa em grupos de trabalho, de uma forma facilitadora à formação. Durante o EC foi possível assistir a uma formação de Abordagem ao Doente Vítima de Trauma, realizada por um grupo específico dessa temática. Nessa formação foi notório o envolvimento da equipa na globalidade, com forte afluência da mesma à formação, sendo que os enfermeiros formadores detinham conhecimento específico e atualizado na área.

No processo de melhoria da qualidade, considerando o EC no meio hospitalar, destaca-se a identificação correta da pessoa com necessidades de cuidados (pelo método de colocação de pulseira com dados de identificação e validação dos mesmos com a pessoa antes da realização de procedimentos), e a melhoria da comunicação efetiva, nomeadamente na transição de cuidados utilizando o método ISBAR, já mencionado anteriormente. Como profissional do CH onde foram realizados os dois primeiros EC, existia já a prática refletida para com estas situações, bem como para a correta identificação da medicação de alto risco, aquando da sua administração, melhorando a segurança de administração do medicamento.

Salienta-se na correta identificação da pessoa, a dificuldade acrescida no meio PH. Em várias situações existia uma informação na plataforma informática, fornecida por exemplo no

momento de contactado da pessoa para o 112 e, na chegada ao local, a equipa deparava-se com uma pessoa de idade ou sintomatologia diferente. Em algumas situações de abordagem à PSC, esta encontrava-se inconsciente e sem pertences, sendo difícil validar a correta identificação da mesma. Uma situação vivenciada esteve relacionada com a abordagem a uma pessoa por alteração de estado de consciência, em que a sua identificação foi fornecida pelos cuidadores no domicílio, mas, à chegada ao hospital, não foi possível introduzir os dados da PSC no sistema informático hospitalar, uma vez que se encontrava identificada como falecida há cerca de cinco anos. A solução foi a sua identificação, como masculino não identificado, o que aumenta em muito os riscos associados à prestação de cuidados.

A identificação de oportunidades de melhoria de prestação de cuidados foi fundamental, pois espera-se que o EE identifique e estabeleça prioridade de atuação, selecionando estratégias que visem a melhoria contínua orientada para uma boa prática. Assim, nos EC foram identificadas oportunidades formativas, como estratégia para o processo de melhoria contínua direcionada à área de formação de especialização à PSC. Considerou-se pertinente participar como formanda, numa formação no SUG relacionada com a “Abordagem à vítima de trauma no SUG”, colaborando com a equipa num programa de melhoria contínua de qualidade. Esta tomada de decisão veio de encontro ao preconizado pela OE que considera que na “procura permanente de excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (OE, 2012, p.18), o que justifica a necessidade de uma política de formação contínua, promotora do desenvolvimento de competências profissionais e da qualidade dos cuidados prestados, utilizando metodologias de organização dos cuidados.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, das Competências Comuns do EE, a melhoria da qualidade envolve análise e revisão da prática em relação aos seus resultados, partindo desses mesmos resultados, para implementar programas de melhoria contínua, o que se verificou com a existência frequente de formações e atualizações de protocolos, para a prestação de cuidados nos locais de EC. O mesmo aconteceu com o desenvolvimento do projeto de investigação-ação com vista a um processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados no serviço de prática profissional, que será abordado na parte II deste relatório.

A utilização de sistemas informáticos, na abordagem à PSC e na realização dos registos, foram também oportunidades de desenvolvimento desta competência. Os sistemas de informação ao permitirem uma uniformização do processo clínico, com a utilização de sistemas informáticos como o SClínico®, plataforma iTeams® e B-Simple® permitem a possibilidade de garantir práticas de cuidados seguros e de qualidade. O uso da informática e das suas potencialidades na enfermagem oferece melhorias na assistência prestada,

aumento da produtividade e diminuição do tempo despendido com burocracias e consequentemente diminuição dos custos (Queiroz, Schulz e Barbosa, 2017). A existência de uma plataforma na intranet hospitalar permitiu também a consulta dos protocolos, garantindo a prática de cuidados de forma específica e fundamentada. Salienta-se ainda a existência no CH da plataforma de registo de incidentes NOTIFICA®, o que permite o estabelecimento de estratégias de melhoria aos eventos adversos/ incidentes notificados pelos enfermeiros.

No contexto PH o sistema iTEAMS® surgiu como uma importante ferramenta para assegurar a transmissão de informação, relativa à pessoa, bem como aos procedimentos e técnicas realizadas, sendo possível transmitir essa informação ao CODU e ao hospital de destino, antes da chegada da pessoa, dando espaço para a preparação de recursos necessários à sua abordagem. Esta plataforma não descarta a utilização de comunicação eficaz, pela utilização da técnica ISBAR para a transmissão da informação no local.

O INEM tem implementado um Sistema de Gestão de Qualidade com início em 2009, tendo como objetivo a implementação de ferramentas e metodologias de trabalho que visam a melhoria contínua das atividades desenvolvidas, potenciando a formação, como uma competência de aprendizagem e o desenvolvimento dos profissionais no que concerne as suas qualificações, obtendo em 2010 a certificação na área de formação em Emergência Médica (INEM, 2020b).

Por último, ainda no domínio da melhoria da qualidade, denotou-se uma franca abertura dos vários profissionais para o debate de situações e das decisões terapêuticas inerentes. Na VMER, por exemplo, foi possível em conjunto com equipa médica e enfermeiro a discussão sobre as alterações da abordagem à vítima numa situação de taquicardia em doente estável, cujo protocolo de administração de adenosina foi alterado recentemente, passando a uma administração de bolús inicial de 6mg, seguido de 12 mg e por último 18 mg (American Heart Association (AHA), 2020). Este debate permitiu entre equipa realizar uma análise do documento da *European Resuscitation Council (ERC) Guidelines 2021* (Olasveengen et al., 2021) o que vem de encontro à necessidade de os profissionais manterem uma política de aprofundamento e revalidação de conhecimentos, sustentando a sua atividade profissional em bases teóricas científicas atualizadas.

Ainda relacionado com a questão da comunicação efetiva, segundo Meleis, o enfermeiro é o elemento que se encontra mais próximo da pessoa e/ou família/cuidador, acompanhando os mesmos no processo de transição que experienciam, ajudando-os na criação de estratégias para ultrapassar as transições vividas, respeitando sempre os seus valores éticos, culturais e religiosos (Meleis, 2010). Salienta-se o importante foco para a família/cuidador, por parte da equipa clínica, durante o internamento da pessoa, existindo momentos de gestão de

expetativas em relação à situação clínica da pessoa internada. Estas situações foram determinantes na mobilização dos conhecimentos relacionados com técnicas de comunicação apreendidas durante as aulas teóricas do curso, bem como os conhecimentos prévios no que concerne a gestão de expectativas e fases do luto para com a família/cuidador, no que diz respeito à experiência profissional prévia.

2.1.3 Domínio da Gestão de Cuidados

A prática de enfermagem abrange o planeamento, execução e a avaliação dos cuidados de enfermagem baseados no saber, participação ativa na produção e no desenvolvimento pessoal e profissional. Os cuidados são avaliados pelos ganhos em saúde para a pessoa e pelos recursos utilizados para os alcançar (OE, 2012).

A adaptação a um novo contexto prático, permitiu o desenvolvimento do domínio de gestão dos cuidados. Em enfermaria de medicina interna, contexto prático profissional, a gestão de cuidados é gerida, com um número máximo de pessoas atribuídas por turno, existindo uma abordagem de cuidados centrada no modelo holístico. Pensamos assim na pessoa como um todo. O que vem de acordo, com o defendido por Macedo (2000), em que a atuação segundo o modelo holístico permite uma visão integral da pessoa, atendendo aos aspetos subjacentes da sua situação, dando apoio emocional, valorizando os seus sentimentos e os efeitos do tratamento realizado, sendo assim um modelo de cuidados centrado na pessoa. A ideia explanada anteriormente vem de encontro ao que se realizava no SMI, numa ótica direcionada também ela para a família/cuidador, sendo o foco da preocupação e do apoio emocional dos enfermeiros. Isto contrasta com o que foi realizado na gestão de cuidados no SUG, onde era permitida uma abrangência prática de um outro modelo de prestação de cuidados, centrado numa abordagem mais funcional ou à tarefa, já referida anteriormente.

A gestão surge, como um processo de coordenação de recursos, uma importante ferramenta para atingir os objetivos da organização, de uma forma eficiente e eficaz. Esta considera não só os recursos humanos e materiais, como o tempo, conhecimento e riscos associados, sendo fundamental na articulação dos recursos internos da organização, considerar os colaboradores, como parte responsável da cultura organizacional (Lourenço et al., 2017). Para a consolidação destes conhecimentos a realização de turnos com enfermeiros coordenadores, durante os EC foi fundamental. Salienta-se que, no caso específico do SUG, a EE orientadora encontrava-se num processo inicial de desempenho de funções de coordenação, o que se tornou um momento importante de partilha de opiniões, de conhecimentos e de tomada de decisões. Foi ainda importante, pois nesta fase de adaptação existiam dúvidas colocadas pela mesma, a colegas mais experientes, de situações que

pudessem vir a acontecer, o que providenciou conhecimentos alargados em relação a cenários diversos e hipotéticos. Este processo de adaptação e integração em desempenho de funções de coordenação, assentou numa relação de horizontalidade discursiva com base na confiança mútua, refletida e compreendida entre os elementos com suporte e compromisso para o crescimento (Alarcão & Tavares, 2003).

Nos contextos a nível hospitalar, o cargo de coordenação é definido pelos gestores de enfermagem, sendo atribuído a enfermeiros com perfil e competências para o exercício da função, demonstrando saber liderar, gerir e comunicar com a equipa de uma forma eficaz, com o objetivo de atingir os melhores resultados possíveis, com os meios disponíveis, o que é o pretendido de acordo com o enunciado no Regulamento do Perfil de Competências do enfermeiro gestor (Regulamento n.º 101, 2015). O EE enquanto profissional é, à partida, o profissional com mais formação e competência para o desempenho destas funções, contudo o enfermeiro de cuidados gerais, pode também ele assumir estas funções, desde que se encontre comprovada a sua competência e habilidade para o exercício das mesmas (Parecer n.º 10/2017, 2017).

Os turnos de coordenação realizados no SUG permitiram desempenhar o acompanhamento nas funções de gestão das áreas de cuidados, mas também de gestão de cuidados a nível de SE. Em todos os turnos encontrava-se estipulado um elemento para executar funções de coordenação, sendo o responsável ao longo do turno por garantir a correta distribuição da equipa de acordo com as necessidades, organização e gestão de materiais necessários, gestão de *stock* de farmácia, gestão da necessidade de internamentos, bem como funções de liderança em relação à equipa de enfermagem.

Refletindo sobre o domínio de gestão de cuidados, durante um turno na ADR-SU, como o fluxo de pessoas nesta área aumentou de forma considerável, foi necessária a tomada de decisão de abertura da SO para alocar pessoas admitidas naquele serviço. Para além disso, houve necessidade de determinar um elemento para acompanhamento de pessoas a realizar TAC e transferência de uma pessoa para um serviço de internamento especializado. Isto reflete a necessidade de um ambiente favorável à prática de enfermagem, sendo precisa uma adequação dos recursos humanos e recursos materiais, sendo imperioso que os enfermeiros participem na governação da instituição, fundamentando a prática de enfermagem, para a qualidade dos cuidados, atuando a nível da gestão e liderança, segurança e suporte aos colegas tal como afirma Jesus, Roque e Amaral (2015).

Também no SMI, em todos os turnos era identificado um elemento de enfermagem como coordenador, tendo como função assumir responsabilidades no âmbito da manutenção, organização, dinâmica e funcionalidade do serviço nas áreas de gestão de recursos humanos,

cuidados de saúde e de materiais e equipamentos, o que se torna ainda mais importante considerando a oscilação do número de pessoas internadas no serviço. Nos casos de alterações do número de pessoas internadas, o enfermeiro coordenador realizava uma gestão do número de enfermeiros distribuídos, verificando-se por vezes um menor número de pessoas internadas e, com isso, a possibilidade de dispensa de algum enfermeiro para o turno seguinte, realizando de forma eficiente uma gestão dos rácios enfermeiro/doente, bem como da gestão de horas acumuladas pelos enfermeiros. Esta decisão competia à enfermeira gestora, ou sempre que a mesma não estivesse presente, ao enfermeiro coordenador, que era assim responsável pelos recursos humanos e materiais no seu turno, tendo uma visão antecipatória da possibilidade de ocorrências previstas para o turno seguinte. Esta situação de gestão de recursos humanos foi uma experiência nova, uma vez que no serviço de internamento de medicina interna tal não acontece, existindo um número de elementos fixos. Assim, quando necessário dispensar elementos, o enfermeiro responsável dispensava o elemento em turno com maior número de horas de trabalho acumuladas em horário, ou com o maior número de feriados por gozar. Em relação a esta mesma situação é importante refletir sobre os rácios enfermeiro/doente, uma vez que a dotação adequada de enfermeiros se torna preponderante para atingir os níveis de qualidade em cuidados de saúde, devendo para isso, ser utilizadas metodologias e critérios de forma a adequar os recursos humanos às reais necessidades de assistência (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

O SMI foi um EC onde foi sentida uma maior necessidade de gestão de cuidados, mas ao mesmo tempo uma sensação de realização pessoal a nível do domínio dessa mesma gestão. A adaptação a um contexto de cuidados com uma equipa mais restrita e limitada permitiu o aprofundamento das capacidades de gestão, tanto a nível individual como gestão em grupo, quer na abordagem à pessoa individualmente, como à família/cuidador.

No contexto PH apesar de a gestão de cuidados se encontrar controlado pelo conhecimento teórico, através do uso de protocolos instituídos, a imprevisibilidade das situações e contextos de prática, levou a um trabalho de gestão acrescido. Por exemplo, no caminho para as ocorrências era consultado um guia impresso existente na ambulância SIV, procurando os protocolos mais pertinentes para atuação de acordo com a informação obtida pela plataforma iTEAMS®. Numa situação específica em que se sabia da existência de uma pessoa do sexo feminino, grávida, com presença de hemorragia, considerando que na prática profissional não existe a oportunidade de prestar cuidados a grávidas, a consulta do protocolo de abordagem à grávida foi bastante importante, para no local de abordagem à vítima estar desperta para determinados sinais e sintomas. Com o passar do EC e de situações variadas, os protocolos foram estando mais assimilados e compreendidos o que aumentou a confiança na prestação

e gestão dos cuidados. No contexto PH, foram também desenvolvidas competências na área específica de gestão de recursos materiais, uma vez que neste contexto se limitava o uso do material essencial e indispensável para a atuação do enfermeiro, bem como competências na gestão do risco, particularmente em situações de acidentes, onde esta foi bastante desenvolvida.

O papel desempenhado pelo enfermeiro na VMER e na ambulância SIV era distinto no que diz respeito à liderança, tendo diretamente uma relação com o desenvolvimento da capacidade de gestão de cuidados. Na VMER a liderança era assumida pelo médico, enquanto na ambulância SIV quem assumia esse papel era o enfermeiro, por ser o profissional mais diferenciado. A este era atribuída a função de gerir o meio, os recursos humanos e materiais e antecipar possíveis situações de imprevisibilidade, tendo de assumir uma forte capacidade de tomada de decisão.

Como referido anteriormente, no PH a gestão dos materiais assume uma importância acrescida. A mesma era da responsabilidade do enfermeiro distribuído no turno, sendo que no momento de saída das viaturas, estas dever-se-iam encontrar devidamente repostas, garantindo a existência da totalidade dos materiais. A imprevisibilidade de atuação da equipa é acrescida, estando condicionada ao material disponível em duas malas, uma com componente mais direcionada para fármacos e outra para material necessário na abordagem à pessoa e execução de técnicas. No meio SIV existia uma *check list* na plataforma MOVE a ser preenchida, cujo objetivo era averiguar as condições da viatura, nomeadamente *stock* de garrafas de oxigénio medicinal, com verificação de equipamentos, temperaturas de frigorífico e aquecedor. Na VMER existia uma distribuição semanal, realizada pelo enfermeiro coordenador, com dias específicos para o pedido de material, higienização da viatura, verificação de *stocks* entre outros. A colaboração na gestão de *stocks* nos meios SIV e VMER, permitiu identificar a existência de diferenças nos recursos, nomeadamente medicação disponível apenas na VMER, bem como meios materiais, como exemplo existia o Labetalol® e o LUCAS® (meio auxiliar de compressões), utilizados apenas na VMER.

A abordagem à pessoa, de acordo com protocolos e normas hospitalares, a realização de turnos de coordenação, dando resposta à gestão de meios humanos e materiais, a abordagem à pessoa e família/cuidador em diferentes contextos com necessidade de gestão do risco, otimizando os recursos e garantido a prestação de cuidados de qualidade por parte da equipa, permitiu desta forma a obtenção de competências acrescidas na área de gestão dos cuidados.

Relativamente à componente de gestão relacionada com pessoas, a gestão de horários, férias, turnos de trabalho, distribuição da equipa, supervisão, gestão de conflitos e gestão de assistentes operacionais, permitiu uma melhoria significativa na área de gestão.

Na componente relacionada com a gestão de material, a gestão dos stocks, pedidos de medicação e material com gestão dos custos, gestão de validades e armazenagens considerando a técnica FEFO (*first expire, first out*) levou a validação e gerenciamento dos *stocks* de forma controlada, permitindo também a mobilização de *software* de controlo de *stocks* existentes nos contextos de EC, sendo que em todos eles o método de controlo de material, validação de *stocks* e pedido de material, era realizado de igual forma.

2.1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O enfermeiro, ao longo do seu percurso profissional, pretende a excelência do exercício, assumindo o dever de manter uma atualização contínua dos seus conhecimentos empregando de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada, o que se encontra de acordo com o artigo 88º do CDE da excelência do serviço (OE, 2015).

Dentro da vivência de processos complexos na PSC encontra-se a pessoa com sinais e sintomas de AVC, tendo sido uma área específica em que foi pretendido desenvolver conhecimentos e aprendizagens profissionais. Para alcançar esta competência foi necessário desenvolver a gestão e domínio de conhecimentos, na abordagem da pessoa admitida no SUG pela VVAVC. Tal situação exigiu a revisão de fundamentação teórica e validação dos protocolos existentes na instituição onde decorreu o EC, bem como a gestão dos cuidados a estas pessoas em SE. Esta atuação permitiu uma reflexão de cuidados explanada num trabalho com terminologia segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).

Ao longo dos EC foi adotada uma postura de iniciativa e procura de novas experiências de aprendizagem, novas abordagens facilitadoras de desenvolver novos conhecimentos, através da pesquisa científica contínua e pertinente. A prática baseada na evidência é um conceito importante para a prática, pois facilita o processo de tomada de decisão clínica, integrando a experiência clínica, preferências das pessoas e a mais recente evidência científica, relacionando-se com resultados positivos e consequentes ganhos em saúde para as pessoas (Goot et al., 2018).

Neste domínio específico do desenvolvimento e das aprendizagens profissionais espera-se que o enfermeiro desenvolva o autoconhecimento de si enquanto profissional, sendo assertivo, baseando a prática de cuidados em evidência científica. O autoconhecimento e

assertividade têm uma relação direta com a autonomia pois, segundo Ribeiro (2011) a autonomia trata-se da capacidade do enfermeiro, de forma autodeterminada, cumprir as suas funções considerando os aspetos ético-legais, avaliando as intervenções pertinentes para responder a um diagnóstico de enfermagem. Para isso, é fundamental considerar as características únicas da pessoa, observando os sinais/sintomas em situações de incerteza e ambiguidade, sendo para isso necessária a evidência científica atualizada que permite uma intervenção assertiva, bem como o autoconhecimento do profissional em relação aos seus limites pessoais. Neste ponto, é auto percebido que a insegurança inicial nos EC se tornou limitante na realização de uma prática de cuidados que revelasse assertividade e autonomia na realização das intervenções. Contudo, com o evoluir dos EC, o autoconhecimento em relação aos meios de desenvolvimento das intervenções, bem como os conhecimentos científicos e técnicos necessários foram contribuindo para um sentimento de segurança, determinante para o desenvolvimento de uma prática autónoma, segura e confiante. Esta realidade foi sentida de forma mais evidente, no EC no SMI onde se sentiu uma maior dificuldade, talvez pela situação crítica das pessoas, instabilidade das mesmas e pelos meios tecnológicos serem mais complexos exigindo cuidados específicos e altamente diferenciados. Não existiu oportunidade de contacto prévio com alguns procedimentos e equipamentos, como é o caso de manutenção de linhas arteriais, aspiração das vias aéreas da pessoa ventilada de forma invasiva e até mesmo domínio do ventilador na ótica do enfermeiro. Para colmatar esta situação foi realizada uma pesquisa rigorosa de informação, bem como, uma procura de experiências de aprendizagem e da apropriação de diferentes abordagens facilitadoras de desenvolver novos conhecimentos. Para aumentar o sentimento de segurança, houve ainda necessidade de solicitar colaboração e/ou supervisão na execução de intervenções que suscitavam dificuldades ou dúvidas.

Reconhece-se que o EE, deve ainda, ser facilitador nos processos de aprendizagem e agente de investigação, responsabilizando-se por favorecer a aprendizagem, destreza nas intervenções e desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros, nomeadamente no seu contexto de trabalho (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Para isso, ao longo dos EC foi possível a participação, como formanda em formações, nomeadamente de SBV, que foi pertinente para o desenvolvimento do projeto de melhoria contínua final deste mestrado. Para além disso, permitiu tomar conhecimento de novos materiais e equipamentos, por parte de fornecedores, como o caso de um dispositivo de monitorização contínua de pressão do *cuff* do tubo orotraqueal. Por outro lado, o desenvolvimento do projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, no local de exercício profissional, permitiu identificar necessidades formativas na equipa, tendo sido realizada formação sobre o uso do carro de emergência, medicação e desfibrilhador, cumprindo assim um dos critérios de avaliação desta

competência que remete para a atuação do EE, como formador oportuno em contexto de trabalho.

Na abordagem à pessoa no ambiente PH o enfermeiro depara-se com uma complexidade de situações, desde a morte, gestão de condicionantes adversas no meio físico, necessidade de tomada de decisão rápida e pertinente, pelo que a gestão de emoções se torna preponderante e uma necessidade de aprendizagem profissional. Em situações de emergência, a capacidade de tomar decisões é fundamental, pelo que é importante o treino da inteligência e gestão emocional em equipa (Costa, 2009). Na primeira ocorrência, a uma pessoa vítima de um acidente de viação, tomou-se a perceção real dos riscos e condicionantes físicos em relação ao ambiente de prestação de cuidados, levando a auto questionar, se seria capaz de atuar junto da vítima, não perdendo o discernimento prático e conciso. Apesar do nervosismo inicial, a mobilização de competências previamente adquiridas permitiram lidar com a incerteza e imprevisibilidade da situação. Ao longo dos EC, foi realizada uma gestão das emoções perante situações de elevada pressão e impressibilidade, superando-se limites de atuação pessoais, permitindo a utilização de técnicas de gestão de emoções. O desenvolvimento de competências emocionais torna-se crucial para a gestão de situações intensas a nível emocional presentes na prática de enfermagem, influenciando a qualidade dos cuidados prestados tanto a nível individual, como entre a equipa (Carvalho & Matos, 2016).

2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A especialidade em enfermagem médico-cirúrgica possui uma vasta área de abrangência, o que se traduz em cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes, sendo por isso necessário especificar as competências de acordo com os destinatários dos cuidados e o contexto da sua intervenção, destacando-se assim áreas de atuação, como a área de enfermagem à PSC, à pessoa em situação paliativa, à pessoa em situação perioperatória e à pessoa em situação crónica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Em janeiro de 2018, após Assembleia Geral da OE foi aprovado o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica. O regulamento tem como objetivo definir as competências específicas do EE em Enfermagem Médico – Cirúrgica, de forma especializada e de acordo com o alvo e contexto de intervenção, visando a promoção de um enquadramento regulador para a certificação de competências, bem como, funcionar como um documento que permite transmitir aos cidadãos o que poderão esperar dos enfermeiros especialistas nesta área.

Os cuidados de enfermagem à PSC derivam de uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, que condicionam a vida da pessoa que se encontre numa situação de risco. Uma situação de emergência, resulta da agressão sofrida pela pessoa, por qualquer fator que leve à perda de saúde, de uma forma brusca ou violenta, com conseqüente prejuízo de um ou mais órgãos vitais, colocando a pessoa em risco de vida (Regulamento n.º 429/ 2018, 2018). A situação de exceção é definida, como sendo, uma situação na qual existe um desequilíbrio entre os recursos disponíveis para atuação e as necessidades, exigindo uma coordenação e gestão minuciosa dos recursos disponíveis, quer sejam eles técnicos ou humanos. Já catástrofe é entendida quando existe um acidente grave, ou um conjunto de acidentes graves que provoquem prejuízos elevados, o que inclui danos materiais ou vítimas, de tal forma que as condições de vida da área ou a totalidade do território nacional sejam afetadas por tal (Decreto-Lei n.º 27/2006, 2006).

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 (2018), deve ser realizada uma abordagem holística à PSC, considerando a complexidade das situações e estado de saúde, respostas necessárias tanto à PSC como à sua família e cuidadores, mobilizando-se assim conhecimentos e múltiplas habilidades. Tal vem de encontro ao modelo teórico do Conforto de Kolcaba e com o disposto no CDE no artigo 82º, alínea c) que indica o respeito pela integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa (OE, 2015). Por outro lado, Kolcaba (1991) considera que o processo para obtenção do conforto apenas é finalizado após a avaliação dos resultados, o que se encontra nos pressupostos das competências específicas do EE que visam a prestação de cuidados com a finalidade da melhoria da qualidade de vida da pessoa, exigindo um processo de conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Enfatiza-se ainda que na área de PSC, o meio envolvente, o ambiente inerente às situações de emergência, exceção e catástrofe são também eles determinantes na prestação de cuidados, o que está de acordo com a teoria do Conforto de Kolcaba (1991) na qual os contextos físico, sociocultural, psicoespiritual e o contexto ambiental, sendo considerados fatores como luz, barulho, equipamentos e elementos naturais ou artificiais do meio, os quais se encontram fortemente afetados nas três situações mencionadas.

Utilizando a capacidade de adaptar o comportamento a uma situação complexa, fazendo apelo aos conhecimentos, habilidades e atitudes de gestão dos recursos, o EE torna-se um profissional com capacidades de obtenção de competências específicas, o que foi pretendido nos EC, seguindo-se uma análise e reflexão dessas competências.

2.2.1 Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Ao longo dos três contextos de EC foi possível ter uma percepção completa no acompanhamento à PSC, ou seja, acompanhamento no ambiente PH, com a sua estabilização e transporte para a unidade hospitalar, acompanhamento da pessoa na entrada no SUG e sua permanência, e por último, em casos de necessidade, acompanhamento no internamento em SMI. Esta perspetiva abrangente permitiu a adaptação dos cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos em diferentes contextos, sendo que a família/cuidador se encontravam muitas das vezes presentes em todos eles.

Uma intervenção precoce, junto da pessoa com elevada possibilidade de deterioração do seu estado geral, diminui o risco de internamento em cuidados intensivos, assim como, as taxas de mortalidade e morbilidade (Smith & Bowden, 2017), sendo essencial a realização de uma abordagem sistematizada, desde a abordagem inicial da pessoa, o que foi conseguido no EC com o uso do Modelo ABCDE da abordagem à vítima, permitindo uma diminuição do tempo necessário nessa abordagem, que se realizava rapidamente, concomitantemente, com a realização de registos completos e sistematizados.

Na entrada do SUG, a pessoa deparava-se com um serviço multidisciplinar e multiprofissional, com o objetivo de serem prestados cuidados em situações de urgência e emergência médica, que segundo o Decreto-Lei n.º 34/2012 (2012), são situações de instalação súbita com risco, compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais. Nestes serviços são prestados cuidados emergentes a pessoas em estado complexo.

Relativamente ao SMI, de acordo com o Parecer n.º 15/2018 (2018), trata-se de um local qualificado e diferenciado a nível das ciências médicas, que permite uma abordagem específica a nível da prevenção, diagnóstico e tratamento de situações agudas/graves, sendo um pilar fundamental da estrutura, avaliação e tratamento da pessoa em estado agudo/grave. Assume assim, a responsabilidade pela pessoa com disfunções orgânicas, com necessidade de suporte, prevenindo e revertendo situações de falência com implicações vitais.

Neste sentido, poderá ser afirmado que os três contextos de EC permitiram o cuidado da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Por outro lado, apesar da existência de sensibilidade para uma abordagem holista, nem sempre esta foi possível no contexto PH, como foi o caso, numa abordagem num cenário multivítima, tendo sido priorizados os cuidados para manutenção das funções vitais.

No contexto específico do SUG, a maioria dos turnos foram realizado na área amarela, contudo a sensibilidade da equipa para alertar no caso de existência de abordagens à pessoa

em SE. Era também realizada a procura e acompanhamento da PSC nas áreas de prestação de cuidados, demonstrando interesse nessas situações. Na SE foram prestados cuidados em diversas situações complexas, como situação de PCR, abordagem à pessoa após intoxicação voluntária medicamentosa, pessoa admitida pela VVAVC, pessoa vítima de trauma, situação de queimadura extensa (por explosão de botija de gás), alterações súbitas de estado de consciência, situações de choque, compromisso de via aérea, entre outras. Considera-se ter sido uma experiência bastante enriquecedora, com a oportunidade de rever vários instrumentos e procedimentos com os quais nunca tinha existido contacto. Foi a primeira vez que foi realizada a abordagem a um grande queimado, bem como presenciada a abordagem diferenciada, com entubação endotraqueal, com uma prestação de cuidados mais ativa. A abordagem realizada veio de encontro ao Parecer n.º 14/2018 (2018), que afirma que os cuidados prestados em serviço de urgência são de clínica específica, com conhecimentos, competências e capacidades específicas, abordando uma vasta gama de patologias e situações clínicas (cirúrgicas, médicas ou traumáticas), com diversos níveis de gravidade realizando uma avaliação de problemas clínicos e usando metodologias de triagem, estabilização, avaliação e resolução de problemas.

Exemplo da mobilização de conhecimentos e competências na área da estabilização avaliação e resolução de problemas, correlaciona-se com o treino da assertividade e autonomia. Destaca-se uma situação ocorrida durante a realização de um turno de coordenação na ADR-SU, já referido anteriormente, onde houve a necessidade de agilização de elementos e abertura da SO. Durante este processo, houve necessidade de abordar duas pessoas na SE, uma por um quadro de dificuldade respiratória, com necessidade de colocação de um dreno torácico e outra com necessidade de intervenção rápida por crise convulsiva e posterior estado de agitação. Em simultâneo, era necessário o apoio de colaboradores de áreas diversas e agilização da transferência intra-hospitalar. Durante o processo de abordagem às pessoas em SE, foi possível desenvolver a autonomia e o trabalho colaborativo. Esta situação permitiu trabalhar a autoconfiança, autoconhecimento assertividade e tomada de decisão agindo assim de uma forma autodeterminada. Considerando os aspetos ético-legais, realizando intervenções de acordo com as especificidades da pessoa e de acordo com os recursos existentes., denotando-se evolução na abordagem à PSC, com alto sentido de responsabilidade, desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional, conseguindo uma prática baseada em evidencia, mobilizando os recursos existentes para a melhoria do trabalho em equipa, conseguindo garantir cuidados de qualidade à pessoa.

Em relação ao SMI destaca-se a realização do acompanhamento da pessoa com Covid-19, em estado avançado da doença e com necessidade de acompanhamento. Foi realizado um acompanhamento longitudinal, nas várias fases e estádios possíveis da doença.

Para além do acompanhamento destas situações, foi ainda possível acompanhar a PSC em situações de necessidade de técnica de hemodiafiltração venovenosa contínua (HDFVVC), situações de instabilidade após TCE, instabilidades de causas neurológicas, entre outras, o que permitiu mobilizar conhecimentos e competências específicas em aéreas ainda não abordadas até então, no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Nas situações de emergência PH, são disponibilizados recursos com a finalidade de assegurar a assistência em situações de risco de vida, fora de uma instituição de saúde, privilegiando-se a estabilização da pessoa no terreno e o seu transporte para o hospital (INEM, 2013b). Os cuidados prestados envolveram uma multiplicidade de patologias e uma diversidade de ambientes, o que contribuiu com que cada intervenção fosse dirigida às especificidades encontradas. O EE nestas situações tem um papel fundamental na atuação, dando resposta pronta e eficaz, apresentando raciocínio célere, crítico, assertivo, baseado nos princípios éticos, envolvendo a pessoa e família/cuidador, observando a pessoa, como um ser holístico e intervindo precocemente com a equipa numa abordagem multidisciplinar (Pinheiro, 2017). Neste contexto de EC são destacadas as intervenções e abordagens à pessoa grávida, situações de trauma, situações de PCR e abordagem à vítima pediátrica, como situações de maior grau de complexidade, em situações de doença crítica e/ou falência multiorgânica. No que diz respeito à abordagem à vítima pediátrica, destaca-se uma situação ocorrida que permitiu o desenvolvimento pessoal, na área complexa de abordagem à criança, pois, tratava-se de uma situação de possível asfixia, na qual a mesma se encontrava renitente aos cuidados, não sendo possível junto dela obter informações claras sobre o sucedido. A área da pediatria é uma área exigente no que concerne à gestão emocional complexa, sendo algo positivo para o desenvolvimento de conhecimentos específicos e autoconhecimento pessoal e profissional.

Em todos os contextos de EC, o foco inicial centrava-se na necessidade de compreensão e execução de técnicas, não conseguindo realizar uma reflexão sobre possíveis focos de instabilidade ou descompensação, nesse momento, contudo com o prolongar do EC e com a aquisição de segurança a nível técnico, foi possível analisar as situações e possíveis sinais de instabilidade, conseguindo assim antecipar situações.

A existência de protocolos permitiu a garantia de realização de procedimentos complexos de forma segura e informada, como por exemplo no caso da administração de Actilyse® para

realização de fibrinólise à pessoa admitida pela VVAVC e que cumpria os critérios de inclusão para este tratamento, após realização de TAC e avaliação de escala *Nacional Institute of Health Stroke Score* (NIHSS). Estes procedimentos são descritos pela norma n.º 015/2017 (2017) que refere a necessidade de uma correta avaliação da pessoa, identificação da circunstância e hora de início de sintomas, história médica, medicação habitual, exame objetivo geral e neurológico com avaliação da NIHSS, monitorização contínua, vigilância de perdas hemáticas e dor. A administração de Actilyse®, sendo um trombolítico, tem efeito hemorrágico acrescido, carecendo de vigilância acrescida pré, intra e pós administração (Powers et al., 2019).

Relativamente à execução de técnicas complexas no SMI são destacadas: a técnica dialítica, com recurso à máquina Prismaflex®; prestação de cuidados à pessoa com ventilação mecânica invasiva (VMI); realização e avaliação de gasometrias arteriais e venosas; avaliação e monitorização do nível bispectral e o protocolo de insulinoterapia na PSC.

A técnica de HDFVVC, utilizada no processo dialítico, gere grandes fluxos de sangue, mas de uma forma constante, tendo menos complicações que técnicas intermitentes, nas quais, segundo Almeida et al. (2017), o alto fluxo de soluto e a perda de fluidos são pior toleradas podendo conduzir a complicações frequentes, uma vez que esta técnica contrasta com as técnicas contínuas, nas quais o sangue circula de forma lenta e continuamente, por um circuito extracorporeal, sendo necessário uma atenção ao risco acrescido da hipotermia como complicação. Esta técnica era usualmente utilizada em situações de doença renal aguda, sepsis e intoxicações, tendo-se apresentado uma priorização no controlo da temperatura corporal da pessoa.

A utilização do protocolo de controlo de insulinoterapia na PSC, o protocolo *Yale*, assume uma importância acrescida, pois segundo Diener et al. (2006), a hiperglicémia na PSC, no SMI, pode levar a um agravamento/atraso na recuperação da mesma e consequente aumento da mortalidade. O objetivo terapêutico do protocolo de *Yale* é de manter valores de glicémia capilar entre 80 e 160 mg/dl, sendo este protocolo efetivo e seguro, quer em pessoas com necessidades médicas quer cirúrgicas. Trata-se de um protocolo bastante diferente do protocolo de administração de insulina rápida nos outros serviços de internamento, pelo que careceu, de uma maior, atenção para o seu entendimento e execução.

Apesar da existência de protocolos vários, destaca-se novamente a abordagem à pessoa com Covid-19, pois durante a realização do EC na abordagem à mesma, eram necessárias intervenções recentes, pouco exploradas e pouco conhecidas, sendo que os protocolos específicos de atuação em determinadas situações estavam ainda a ser otimizados. Como exemplo, temos o posicionamento em decúbito ventral havendo por esse motivo a

necessidade de analisar, refletir e aprofundar conhecimentos sobre a técnica por meio de um trabalho com terminologia CIPE®.

Uma das unidades de competência específica observada, relaciona-se com a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC. Para esta gestão existiu uma mobilização de conhecimentos prévios, sendo possível uma identificação precoce de sinais não verbais de desconforto por parte da PSC. Por outro lado, o uso de estratégias não farmacológicas, foram também importantes, tendo sido utilizado o momento do posicionamento para se promover o conforto sempre que possível, por exemplo através da massagem terapêutica. Estas estratégias não farmacológicas assumem elevada importância, pois tratam-se de estratégias de enfermagem autónomas não dependendo de prescrição médica, contudo devem ser utilizadas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica (OE, 2008).

Uma das dificuldades sentidas nesta área diz respeito à abordagem no SMI à pessoa sedada pois, os sinais de desconforto a nível facial, por exemplo, não eram tão notórios, sendo necessária complementaridade de outros parâmetros fisiológicos, como o índice bispectral, análise da frequência cardíaca e da pressão arterial média. Na PSC a dor está frequentemente presente e a sua manifestação relacionava-se não só com a patologia de base que motivou a prestação de cuidados, mas também pela realização de vários procedimentos invasivos ao qual a pessoa é sujeita. A experiência dolorosa por estas pessoas, estava ainda agravada por situações, como a dificuldade/inexistência de comunicação verbal, medo, ansiedade em relação à situação, o que se manifestava no estado geral, podendo levar a alterações de estado de consciência, no sono, circulatórias, endócrinas e metabólicas, gastrointestinais e psicológicas. A correta avaliação e tratamento pode levar à diminuição do risco de complicações (Teixeira & Durão, 2016). Para a realização de uma avaliação efetiva e eficaz de dor, nesta situação de pessoas não responsivas, foi utilizada a escala *BPS* que considera a expressão facial, tolerância à VMI e movimentos corporais, sendo uma escala amplamente usada na PSC, quando ventilada de forma invasiva (Morete, et al., 2014).

Uma gestão de dor que exigiu uma intervenção mais avançada foi realizada à pessoa com dor torácica associada a alteração de estado de consciência. Na maioria das abordagens realizadas à pessoa com dor torácica, era considerado o traçado do ECG, pois quando se verificadas alterações do traçado cardíaco, como por exemplo a identificação de taquicardias, era realizada intervenção de enfermagem baseada no preconizado pela Sociedade Europeia de Cardiologia (2019) que implicava uma administração de adenosina. Esse fármaco não era frequentemente utilizado levando à necessidade de aprofundamento de conhecimentos sobre os efeitos secundários, a sua utilização e riscos associados.

Por último, uma outra unidade de competência desenvolvida no EC foi o treino comunicacional, nomeadamente o treino da assertividade e de estratégias facilitadoras da comunicação num processo de comunicação alterada, salientando-se que a comunicação permite ao enfermeiro a identificação de necessidades, informar a pessoa sobre procedimentos, validando o consentimento para a realização dos mesmos, bem como o estabelecimento de relação terapêutica (Mourão et al., 2009). A comunicação verbal na PSC encontrava-se muitas vezes comprometida devido, por exemplo, à VMI ou alterações de estado de consciência. Esta situação de vulnerabilidade expunha as pessoas a sofrimento, uma vez que não conseguiam expressar as suas opiniões e desejos para com a família/cuidador e profissionais. Segundo Cavaco, José & Lourenço (2013), o ambiente vivido no SMI e o uso de técnicas como a VMI são geradores de ansiedade para as pessoas e profissionais. A impossibilidade de comunicar verbalmente, a existência de dificuldades em interagir ou expressar vontades e/ou sentimentos, levam à existência de altos níveis de *stress* e angústia. Neste tipo de situações, foi adotada uma postura de proximidade, através de dar a conhecer o nome pessoal e explicar os procedimentos a realizar, mesmo em casos, nos quais não era obtida qualquer resposta verbal/ não verbal, recorrendo ao toque como ferramenta de comunicação.

A comunicação com a família/cuidador, durante o período de internamento da PSC teve uma importância extrema, sendo necessário o estabelecimento de uma relação de confiança, se possível empática, com a pessoa/família/cuidador, de forma a poderem ser ajudados na fase de transição que atravessavam. O enfermeiro deve demonstrar ser assertivo, deve fornecer informações concretas, adequando a linguagem, esclarecer dúvidas e tranquilizar a pessoa/família/cuidador, o que é defendido por Sá, Botelho e Henriques (2015), que referem que no cuidado à família se deve fornecer informação, mostrar disponibilidade e construir uma relação terapêutica. Numa situação vivenciada no SMI, foi acompanhado o caso de uma pessoa internada com cerca de 30 anos que desenvolveu uma crise convulsiva no domicílio, presenciada, pelo filho de 11 anos, tendo sido encaminhada horas mais tarde para a urgência, pelo marido. Tratou-se de um episódio muito marcante para a criança, sendo que a enfermeira gestora do serviço assumiu funções ativas no acompanhamento desta situação, tendo contactado a rede de suporte familiar (uma vizinha e o pai da criança) para perceber como a mesma se encontrava. Sabendo-se que desde o episódio a criança se encontrava com alterações do comportamento, manifestado por agressividade, foi contactado psicólogo do CH, explicada a situação e realizado pedido de apoio para acompanhamento da criança. Nesse mesmo dia a criança foi consultada, tendo existido uma mobilização eficiente de todos os recursos disponíveis permitindo uma assistência nas perturbações emocionais decorrentes de uma situação crítica de doença.

Relativamente à comunicação foi ainda considerada a sua realização de forma eficaz e clara entre membros de equipa. Uma passagem de dados eficaz está diretamente relacionada com a diminuição de eventos adversos, uma vez que 70% desses eventos ocorrem por lacunas na comunicação entre os profissionais de saúde (Norma n.º 001/2017, 2017). A identificação inequívoca da pessoa foi um aspeto primordial e tido em conta.

As situações de maior dificuldade no que concerne à comunicação foram sentidas nos casos de PCR, principalmente na comunicação junto da família/cuidador, pois tratavam-se de situações marcantes e emocionalmente instáveis, sendo que a pergunta geralmente colocada pelas pessoas era “Já morreu?” A resposta a esta questão tornava-se difícil quando a abordagem era realizada pelo meio SIV, uma vez que, existindo a necessidade de se transportar a pessoa para a unidade hospitalar, só aí efetivamente era verificado e certificado o óbito. Tratava-se assim de uma situação com enorme necessidade de gestão de expectativas, por parte da família/cuidador, principalmente em situações em que a não reversão era evidente, mantendo-se uma postura profissional, empática e com comportamentos que demonstrem interesse genuíno, clarificando, sempre que necessário, sem hostilizar ou emitir juízos de valor de forma a respeitar a individualidade de cada um (INEM, 2012a).

2.2.2 Dinamizar a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Numa situação de emergência, exceção ou catástrofe o EE deve atuar concebendo, planeando e gerindo respostas, preservando vestígios ou indícios de prática de crime, devendo ainda realizar uma intervenção sistematizada permitindo uma atuação eficiente e eficaz (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A DGS (2010) recomenda a elaboração de um plano de emergência em todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde, ou caso já exista, a realização de análise periódica do mesmo, como ferramenta de resposta sistemática e integrada que reforça a avaliação dos meios de reação, face a uma situação de emergência multivítima ou catástrofe. Por sua vez, o EEEPSC deve dinamizar, desde a conceção até à ação, a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, garantindo a supressão das necessidades de saúde da população, aliando o conhecimento técnico-científico à atitude crítico-reflexiva da intervenção de enfermagem (Miranda, 2020). O CH onde foram realizados os dois primeiros EC tem instituído um plano de Emergência e Catástrofe que se encontra estruturado por níveis, englobando todos os serviços do hospital. No EC no SUG foi possível presenciar a realização de um simulacro, que permitiu, analisar e integrar o plano de emergência existente, avaliando os

recursos existentes, capacidade de resposta e realização de uma prática crítica e reflexiva para a melhoria dos cuidados, tal como o defendido por Miranda (2020).

Simultaneamente, decorria noutra sala um *tabletop* que permitia a reflexão sobre a ativação de recursos de acordo com as necessidades de prestação de cuidados e necessidade de meios a serem mobilizados para dar resposta à situação. Existia um plano interno estruturado, uma equipa/ grupo de trabalho nesta área, bem como instrumentos a serem utilizados nas diferentes áreas no SUG, na existência de uma situação de exceção/catástrofe.

O simulacro referido anteriormente foi realizado a nível distrital, mobilizando vários meios externos e internos do CH. No seu desenvolvimento foi possível acompanhar a entrada da PSC realizando-se a triagem START (*Simple Triage and Rapid Treatment*), executada por enfermeiros diferenciados e com competências acrescidas nesta área. No momento de triagem percebeu-se que a existência de apenas um assistente operacional para mobilização das pessoas com necessidades de cuidados e a realização dos espólios poderia ser insuficiente, identificando-se, assim neste caso uma necessidade de reformulação do plano existente, indo de encontro à vantagem da realização de simulacros, como meios diferenciadores para a determinação de possíveis necessidades de melhoria nos planos instituídos. O sistema de identificação de vítimas por método de pulseira (onde se colocava tira de cor de acordo com a atribuição definida pelo método triagem START) carecia também de melhoria, por não ser um sistema rápido de executar e ser de difícil visualização. A triagem de acordo com a metodologia START preconiza-se em situações de catástrofe ou multivítima de forma a realizar uma triagem rápida a um grande número de vítimas, sendo utilizados discriminadores simples que avaliam a capacidade da vítima andar, a existência de ferimentos, se a capacidade respiratória está mantida ou alterada e a frequência respiratória, sendo posteriormente atribuído 1 de 4 níveis de prioridade, sendo eles: Prioridade 1 (cor vermelha) / Vítima Emergente; Prioridade 2 (cor amarela) / Vítima Grave; Prioridade 3 (cor verde) / Vítima Não Grave e Morto (Cor Preto). Após a triagem primária é realizada a triagem secundária que permite a triagem mais precisa das vítimas, baseando-se na *Triage Revised Trauma Score*, na qual são avaliadas variáveis, como o estado de consciência, frequência respiratória e pressão arterial, permitindo a atribuição de uma pontuação variável entre 0 e 12 correspondentes a prioridade 1 de vítima emergente, prioridade 2 de vítima grave, prioridade 3 de vítima não grave ou morto (INEM, 2012b).

Salienta-se que na realização do simulacro, apenas foi realizada a observação do momento de Triagem START, permitindo assim a objetivação de que se trata efetivamente de um processo de tipificação rápido, com facilidade de encaminhamento das vítimas no momento de entrada no SU, tornando-se uma experiência enriquecedora a nível prático. Permitiu a

obtenção de competências na área, bem como a mobilização de conhecimentos teóricos para uma situação, mesmo que simulada, tendo indo de encontro ao preconizado pela OE no que concerne ao objetivo da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados à PSC, para a obtenção de uma resposta rápida, eficaz e eficiente a pessoa em situação de catástrofe ou emergência multivítima (OE, 2017).

Os planos de emergência devem ser dinâmicos e alvo de treino e avaliações constantes, com o objetivo de preparar profissionais e instituições para uma resposta adequada em caso de catástrofe ou emergência multivítima (Silva et al., 2015). Por último, destaca-se a importância da realização de sessão de *debriefing* no final do simulacro, sendo útil perante situações de acidentes ou desastres que impliquem múltiplos contatos, ao longo de várias horas e em condições inseguras e com convivência com pessoas traumatizadas (Canterbury & Yule, 1999). O recurso à estratégia de *debriefing* utilizada funcionou, também como estratégia de *brainstorming*, destacando os aspetos positivos e negativos do simulacro, alterações futuras e necessidade de adequação de estratégias.

Com a participação neste simulacro foi possível colaborar na articulação e nível estratégico do plano de catástrofe e emergência, observar e analisar o planeamento de resposta hospitalar numa situação de catástrofe e gerir a necessidade de cuidados.

Considerando o estágio realizado no meio PH existiram grandes expectativas a nível pessoal, considerando a existência de uma maior probabilidade de acompanhamento de situações de catástrofe. O conhecimento dos meios existentes no INEM, com possibilidade de ativação nestes casos, através da formação inicial já destacada anteriormente, permitiu perceber os limites de atuação do meio, onde foi realizado o EC, bem como as estruturas de apoio que poderiam ser ativadas. Tanto no meio SIV como VMER existia uma bolsa de triagem em local de fácil acesso, constituídas por cartões que permitiam a identificação de 20 vítimas de acordo com a triagem primária START (INEM, 2012b).

O INEM, no seu Manual de TAS – Situação exceção, define exceção como uma situação na qual se verifica de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis. Esta desigualdade vai condicionar a atuação das equipas de emergência médica, nomeadamente, através de uma criteriosa coordenação e gestão dos recursos humanos e técnicos disponíveis, bem como de toda a informação disponível, em cada momento. São exemplos destas situações com existência de multivítima os incêndios florestais, acidentes ferroviários e fenómenos naturais (INEM, 2012b). Considerando esta definição, durante o EC não foi possível presenciar uma situação de exceção. Por sua vez, a catástrofe é representada, como um acidente grave, ou a série de acidentes graves que provoquem elevados prejuízos materiais e/ou vítimas, afetando

intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional (Decreto-Lei n.º 27/2006, 2006).

Apesar de não ter sido experienciada nenhuma destas situações, existiu a oportunidade de participação em duas ocorrências de acidentes de viação, uma com a envolvimento de quatro viaturas e uma outra de elevada gravidade, com morte do condutor e condicionamento total da estrada onde decorreu o acidente. Nesta última, a abordagem foi em meio SIV, apesar de não se tratar de uma situação de exceção ou catástrofe, tratou-se de um acidente grave com mobilização de vários meios como bombeiros, Guarda Nacional Republicana, Polícia de Segurança Pública, Brigada de Trânsito, Proteção Civil e Polícia de Investigação Criminal. Esta situação tornou-se uma experiência bastante enriquecedora, permitindo perceber como todos os meios identificados se relacionam no local, desde as intervenções de cada equipa, à comunicação entre os elementos. Foi ainda possível observar a realização de recolha de provas por parte da polícia de investigação criminal, o que alertou para a necessidade de em situações futuras, como EE, ter atenção à integridade e manutenção de eventuais vestígios no local de ocorrências/ incidentes, assegurando a eficiência dos cuidados de enfermagem considerando a preservação de vestígios ou indícios de prática de crimes (cadeia de custódia).

Nestes cenários de acidente, para além dos riscos associados à prática de enfermagem, existiam riscos externos relacionados com o meio envolvente. Esta experiência em meio PH permitiu a consciencialização, para esses mesmos riscos, gerindo a prestação de cuidados, não só no sentido da autoproteção, mas também gerindo a proteção a eventuais riscos físicos das restantes pessoas ou familiares, considerando as estruturas físicas, risco de explosão de depósitos de combustível dos veículos, risco de lesão por parte dos profissionais e pessoas envolvidas no que remete para os estilhaços e componentes que se encontravam dispersos pela faixa de rodagem.

2.2.3 Maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta rápida e adequada

A prevenção e controlo de infeções e resistência a microbianos é uma preocupação pessoal, enquanto enfermeira que exerce funções diariamente em contexto de internamento, sendo um indicador de saúde, enunciado pelo Plano Nacional para a Segurança do Doente (Despacho n.º 9390/2021). As infeções constituem um problema considerável para a segurança da pessoa, podendo resultar em internamentos hospitalares prolongados, incapacidade a longo prazo, encargo financeiro adicional para o sistema de saúde, custos

para as pessoas e famílias/cuidadores e aumento da mortalidade (OMS, 2011). Estas infeções são na maioria evitáveis, tendo o EE um importante papel quer na prevenção, quer no controlo das mesmas, bem como na formação e supervisão de pares ou outros profissionais.

Ao longo dos EC, foram muitos os momentos em que fatores de risco, para o aumento de infeções foram presenciados, desde a sobrelotação de áreas no SU, condições ambientais e do meio envolvente à pessoa, favoráveis à infeção e contaminação cruzada. No contexto PH, a constante admissão de doentes no SUG que não permitia a higienização adequada das unidades, após a alta, são exemplos. Por outro lado, foi necessária uma adaptação prática, de acordo com os contextos de EC, considerando a prática profissional prévia e os conhecimentos desenvolvidos em contexto académico.

Durante o EC no SMI foram realizadas várias adaptações na prestação de cuidados, sendo esse serviço um exemplo nos cuidados à pessoa, considerando o controlo de infeção. A estrutura física do serviço, no qual cada unidade de cuidados possuía uma estrutura com todo o material necessário, para a prestação de cuidados, foi identificada, como uma estratégia facilitadora da diminuição do risco de infeção cruzada. Por outro lado, denotou-se um cuidado reforçado na utilização e gestão dos equipamentos de proteção individual (EPI), aspeto valorizado pelo contexto de Covid-19. Nesta situação específica foi interessante comparar os EPI's utilizados no SMI e os utilizados no contexto de trabalho pessoal, bem como analisar os circuitos de saída e entrada nas unidades, atendendo às zonas de "limpos" e "sujos" definidas. A existência de quartos de pressão negativa, sensores de abertura de portas, sensores de acionamento de torneiras e dispensador de sabão para higienização das mãos, são fatores que facilitam o controlo e disseminação de possíveis infeções. A existência de recursos mais específicos, comparando com outras unidades de internamento, torna-se relevante e de importante consideração no que concerne a uma prática baseada na gestão, uma vez que, a infeção nosocomial associada aos cuidados de saúde trata-se de uma das complicações mais frequentes na pessoa internada no SMI, levando a um aumento do risco de mortalidade e consequentemente ao aumento do tempo de internamento e custos hospitalares (Floros & Roussos, 2001). Este risco chega mesmo a ser cinco a dez vezes maior que em pessoas internadas em serviços de medicina interna ou cirurgia. Assim, ao longo deste EC, foram também mobilizados conhecimentos específicos na área da prevenção e controlo de infeção, na realização de ensinamentos à família/cuidador, culminando na realização de um poster para o serviço de fácil perceção para os visitantes, em relação a cuidados que devem manter durante a visita ao seu familiar ou pessoa significativa (Apêndice I).

Estas condições descritas anteriormente, num ambiente controlado, contrastam com o vivenciado no meio PH, uma vez que o ambiente de prestação de cuidados não é de todo

controlável, não possuindo as infraestruturas fixas, necessárias para a otimização dos cuidados, bem como instituição de estratégias facilitadoras no controle de infeção, semelhantes às existentes a nível hospitalar. Foi sentida uma grande dificuldade neste contexto, nomeadamente na higienização das mãos, pois a nível hospitalar é uma rotina incutida e de fácil execução entre os momentos de prestação de cuidados, com a existência de lavatórios e material disponível para a lavagem das mãos. Já no meio PH utilizava-se frequentemente o uso de solução antisséptica de base alcoólica, mas pelas especificidades, não existiam os lavatórios, para a lavagem das mãos com água e sabão de acordo com as recomendações da norma. O risco de contaminação acidental com fluídos orgânicos e o desconhecimento inicial de estados infecciosos prévios e/ou potencial sintomatologia sugestiva de Covid-19 são critérios a ser considerados no ambiente imprevisível de prestação de cuidados a nível do PH (Pereira et al., 2020).

Salienta-se ainda a dificuldade em relação ao armazenamento em local apropriado e à gestão do lixo produzido durante as ocorrências. Por exemplo, numa situação de PCR é realizada abordagem a via aérea com colocação de dispositivos, como a máscara laríngea, canalizado acesso venoso periférico, colocado sistema de soro em perfusão, sendo que, todos estes elementos se encontram protegidos por invólucros, sendo colocados muitas vezes próximos da vítima. Em relação aos objetos cortantes a mala de terapêutica da VMER/SIV possui um pequeno contentor de cortos perfurantes, contudo o lixo produzido com vestígios de sangue, por exemplo, deve ser recolhido pelo profissional, tendo uma postura de alerta na sua recolha. O profissional de saúde deve ainda adotar em todas as ocorrências as Precauções Básicas de Controlo de Infeção, para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados, precauções estas enunciadas no Manual de Prevenção de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde do INEM (INEM, 2020c).

Em todos os meios, foi notória a preocupação da equipa para a identificação de possíveis situações de Covid-19, no SUG no momento de entrada das pessoas pela triagem, existia um fluxograma de abordagem que permitia realizar a avaliação da existência de sintomas e mobilização para entrada no hospital pela área ADR-SU. Neste fluxograma eram consideradas as avaliações de temperatura, saturação de oxigénio periférico, existência de contacto com pessoa positiva ou teste positivo. Este fluxograma, no momento pandémico, foi bastante utilizado em momento de permanência na triagem, sendo uma importante estratégia adotada pelo serviço, para controlo de disseminação da doença. Também no contexto PH era notória a sensibilidade para a identificação de situações potencialmente positivas, nomeadamente do MR do CODU, que frequentemente nas chamadas realizadas para o médico do meio VMER alertava para ocorrências, com vítimas positivas para a Covid-19 ou

para vítimas com sintomas característicos da doença, o que permitia a equipa a gestão e uso de equipamentos EPIs adequados. No INEM foram realizadas atualizações aos protocolos de atuação, nomeadamente no Protocolo da Dispneia e no Protocolo da Dispneia com uso de CIPAP, por forma a garantir as condições de segurança e minimizar o risco de contaminação.

As IACS e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas relacionados e de importância crescente. Estes aumentam a morbidade e a mortalidade principalmente pelo maior uso de antibióticos, gerando o aumento da resistência aos antimicrobianos, sendo um problema de Saúde Pública (DGS, 2017). A DGS implementou assim um programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Microbianos, com o objetivo de implementar medidas que visassem a redução das infeções hospitalares e uso racional de antibióticos. Segundo a DGS (2017) foram ainda emitidos feixes de intervenção que têm como objetivo assegurar que as pessoas recebam cuidados baseados em evidência científica implementados de forma integrada, promovendo um melhor resultado no que concerne ao controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos, sendo eles a prevenção da infeção relacionada com o cateter central; prevenção da pneumonia associada à intubação; prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical; prevenção da infeção do local cirúrgico.

Um dos feixes de intervenção que foi possível analisar durante o EC foi o da Prevenção de Pneumonia Associado à Intubação (Norma n.º 21/2015, 2015) e de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical (Norma n.º 19/2015, 2015). No caso do primeiro feixe mencionado, a infeção respiratória pode desenvolver-se por consequência da entubação e manutenção da VMI, estando relacionada com a colonização da cavidade oral e os potenciais agentes patogénicos do trato respiratório que são aspirados. Dados da DGS (Norma n.º 21/2015, 2015), afirmam que é a segunda causa de infeção responsável por 20-30% da mortalidade hospitalar, existindo intervenções, que são realizadas diariamente para se proceder ao controlo desta infeção, como manter a cabeceira elevada entre 30º a 45º, uso de técnica asséptica na aspiração de secreções, executar higiene oral/ descontaminação oral com clorhexidina, realização diária da troca do filtro bacteriano do ventilador e verificação da pressão do *cuff* em cada turno. Foram cuidados executados e cumpridos de acordo com as normas em contexto de SMI e SUG. Relativamente ao feixe de prevenção de Infeção Urinária Associada ao Cateter Vesical, durante o EC no SMI foi possível assistir a uma formação de validação de conhecimentos na área mencionada, realizada por enfermeiros do serviço, bem como realizar a análise das *guidelines* instituídas pelo CH na sua norma interna.

A manipulação do cateter venoso central / cateter venoso periférico poderá estar associado a ocorrências de infeções nosocomiais da corrente sanguínea, sendo esta considerada uma

das infeções associadas aos cuidados de saúde com maior contribuição para as taxas de morbilidade e mortalidade hospitalar, levando a um aumento dos custos dos cuidados de saúde e diminuição da qualidade de vida dos doentes (Fernandes et al., 2016). Durante o EC foi realizada uma abordagem que permitisse e garantisse a segurança para o doente e para o profissional, sendo por vezes difícil em contextos como o SUG ou o PH, tendo sido necessária uma adaptação pessoal da prática.

Nos contextos hospitalares destacou-se a importância da realização de colheita de zaragatoas nasal, axilar, inguinal e rectal, para pesquisa de *Acinetobacter*, *Enterobacteriáceas* Resistente aos *Carbapenemos* (CRE) e *Staphylococcus Aureus* Resistente à *Meticilina* (MRSA), com o objetivo de se detetarem precocemente focos de infeção. A todas as pessoas no contexto SMI e realizado no SUG em situações específicas, de acordo com critérios estabelecidos. Em contexto de SMI a todas as pessoas internadas, eram realizados os cuidados de higiene utilizando a clorhexidina a 2% durante 5 dias, como forma de prevenção e controlo de colonização e infeção por MRSA, tal como preconiza a DGS (Norma n.º 018/2014).

Um outro foco do controlo de infeção, onde foi possível o desenvolvimento destas competências específicas, relacionou-se com as visitas hospitalares por familiares/cuidadores e pessoas de referência da pessoa internada. Durante o EC no SMI foi possível identificar como necessidade de intervenção, a existência de um documento que identificasse os cuidados que os familiares/visitantes deveriam adotar na visita à pessoa internada. O ambiente vivido no SMI é por si só um ambiente causador de *stress* e ansiedade para o familiar/cuidador, como refere Oliveira (2012). O acolhimento, como cuidado de enfermagem, deve ser tranquilizador, personalizado e discreto, de forma a diminuir a ansiedade ligada a todo o ambiente desconhecido, considerando todo o conjunto de cuidados que são vividos pela pessoa/ família/cuidador, sendo por vezes difícil à família/cuidador conseguir absorver todas as informações que lhe são fornecidas. Por outro lado, existia a necessidade de gerir eficazmente as visitas, para que pudessem cumprir as medidas básicas de controlo de infeção, como o uso de equipamentos de proteção (avental), etiqueta respiratória (uso de máscara), higienização correta das mãos e restrição da interação com outras pessoas, que não fossem o seu familiar, bem como outras unidades que não sejam a da pessoa que visitam. Esta triagem dos visitantes e meios eficazes de educação e certificação do cumprimento das normas, é ainda um desafio global para as instituições de saúde (Siegel et al., 2019). Foi então, criado um *poster* com a identificação das principais medidas a serem implementadas pelos visitantes no que respeita ao controlo de infeção.

PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

A parte II deste relatório surgiu da proposta de realização de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, no qual fosse evidenciada uma problemática, existente no serviço, onde o investigador exercia funções. Assim, após escuta da equipa de enfermagem, através da técnica de *brainstorming*, foi identificada a atuação ineficiente/desajustada dos enfermeiros, aquando da existência de situações de PCR.

As ocorrências de PCR são uma situação frequente no serviço de medicina interna, contudo, ocorrem frequentemente, em pessoas internadas, com identificação prévia de DNR. Em ocorrências, sem essa identificação prévia, por serem situações pontuais, a equipa de enfermagem identificou-as como problemáticas e a carecerem de intervenção.

Perante este diagnóstico informal foi desenhado um estudo com recurso a metodologia de investigação-ação. Numa fase inicial recorreu-se à pesquisa bibliográfica em plataformas e bases de dados *Google® Académico*, *B-on*, *SciELO*, *PuBmed* e Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal, para um mapeamento do estado de arte sobre a temática e que permitiu desenvolver o ponto do enquadramento teórico. Em seguida será apresentado uma descrição do enquadramento metodológico (com identificação do tipo de estudo, questão de investigação, objetivos do estudo, hipóteses, população/amostra, variáveis, instrumento de colheita de dados, procedimentos formais e éticos e tratamentos de dados), que permitirá descrever as características do mesmo, apresentando-se em seguida a análise e discussão dos resultados.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

PCR: Abordagem e sobrevivência

Uma situação de PCR trata-se de um acontecimento repentino que consiste na falência súbita das funções tanto cardíaca, como respiratória (DGS, 2022). De acordo com as *Guidelines* da ERC (Olasveengen et al., 2021), numa situação em que ocorram movimentos de abertura da boca associados a um padrão respiratório lento, sem expansão torácica eficaz, representativo de um padrão de respiração agónica, deve ser assumido que a pessoa se encontra em PCR. Mais acrescenta, que previamente a uma PCR pode existir um curto período de convulsão. Após o movimento de contração muscular involuntária deverá ser realizada uma avaliação da vítima, caso exista paragem respiratória, ou padrão respiratório anormal/ agónico deverá ser assumida a PCR.

O risco de não serem iniciadas manobras de ressuscitação de forma atempada numa pessoa em PCR é superior ao risco de se iniciar ressuscitação cardiopulmonar (RCP) em uma pessoa

que não esteja em PCR, o que deve ser considerado em situações dúbias de avaliação (INEM, 2020d).

A PCR, maioritariamente, ocorre de forma inesperada, constituindo uma ameaça grave para a vida da pessoa, sendo necessária uma assistência rápida, eficiente, mobilizando conhecimentos técnicos e científicos e mobilizando técnicas com perícia (Catalão & Gaspar, 2017). Contudo, a nível intra-hospitalar não é habitualmente um acontecimento súbito ou inesperado, mas sim o resultado progressivo de alteração do estado global da pessoa, com falência progressiva, sendo possível identificar sinais de alerta que se refletem pela existência de insuficiência respiratória, cardíaca ou deterioração neurológica. Assim, é importante reconhecer as pessoas em risco de PCR e atuar de imediato (INEM, 2020d), ideia também defendida pelo ERC que incentiva o uso de sistemas de deteção e alerta precoce em pessoas em deterioração a nível hospitalar, permitindo o tratamento atempado prevenindo a PCR (Olasveengen et al., 2021).

O INEM refere a existência de cerca de um a cinco casos de PCR em ambiente intra-hospitalar por 1000 internamentos, já a *American Heart Association* (AHA), refere que cerca de 1,2% dos adultos hospitalizados sofrem PCR. Ambos os autores remetem para a importância do trabalho do enfermeiro, como sendo um elemento fulcral na RCP, sendo muitas vezes o elemento que identifica a situação (AHA, 2020; INEM, 2020d).

A atuação encadeada dos procedimentos na abordagem à PSC em PRC, ou risco de PCR, deve ser realizada numa sequência de atitudes protocolada, tanto pelo INEM, como pela AHA e ERC, de acordo com os elos da cadeia de sobrevivência. A sequência desses elos melhora significativamente a capacidade de socorro. Atualmente a AHA atualizou a cadeia de elos, sendo definidos seis a nível intra-hospitalar, sendo eles: o Reconhecimento e prevenção precoces; Acionamento do serviço médico de emergência; RCP de alta qualidade; Desfibrilhação; Cuidados pós-PCR e por último, o novo elo adicionado, a Recuperação (AHA, 2020). A sobrevivência da pessoa após PCR depende de vários fatores, sendo que a abordagem de acordo com os seis elos da cadeia de sobrevivência é fundamental.

O início imediato de manobras de SBV de qualidade e a desfibrilhação (nos casos recomendados) até entre três e cinco minutos após a PCR pode aumentar a sobrevida da pessoa até 50-70% (INEM, 2020d), o que justifica a necessidade de atuação do enfermeiro como profissional ágil, com raciocínio clínico rápido, competências técnicas e controle emocional para gerir uma situação de PCR (Filho et al., 2015).

A evidência atual, comprova que o SBV com compressões e ventilações adequadas, associado à desfibrilhação precoce, determina um impacto enorme na taxa de sucesso e recuperação da pessoa em PCR (Olasveengen et al., 2021).

Catalão e Gaspar (2017) identificam três fatores preponderantes para a eficácia e sucesso da RCP sendo eles, a identificação precoce, otimização do tempo de resposta e a realização de desfibrilhação precoce, nos casos para o qual é indicada. Esta ideia é enfatizada por entidades reconhecidas a nível nacional como o Conselho Português de Ressuscitação, que segue as normas da ERC e AHA, mas também autores individuais enfatizam a necessidade de atenção para estes pontos. Quanto à identificação precoce, esta assume importância na minimização de sequelas e preservação da vida (Moraes et al., 2016) e determina o aumento da sobrevivência da pessoa (Catalão & Gaspar, 2017). É ainda importante salientar que, situações de PCR testemunhada, em que o início do SBV seja realizado de imediato, aumenta a probabilidade de recuperação e sobrevivência para o quadroplo (INEM, 2020d).

A nível intra-hospitalar, a situação de PCR habitualmente não é de início súbito, trata-se de um resultado progressivo, com existência de sinais de alerta prévios sendo por isso fundamental reconhecer uma pessoa em risco e atuar de imediato. A atuação passa pelo seguimento cronológico dos elos identificados acima, reforçando a necessidade de não atrasar a desfibrilhação, sendo por isso fundamental a formação dos profissionais para a sua capacitação e segurança para a execução deste procedimento (AHA, 2020).

O papel do Enfermeiro na PCR

Nas situações de PCR o enfermeiro deve deter características profissionais para agir de forma eficiente e eficaz perante a situação, devendo por isso possuir habilidades técnicas, raciocínio clínico rápido e capacidade emocional. Para além destas características profissionais individuais, a capacitação da equipa é determinante para assegurar a qualidade da PCR (Filho et al., 2015).

Na ocorrência de PCR a indefinição das funções do enfermeiro e demais profissionais de saúde, pode causar uma atuação desorganizada, conflituosa e com diminuição da eficácia efetiva da reanimação. Por sua vez, a rapidez, competência e sincronização da equipa contribuem para o sucesso de atuação na PCR e sobrevivência da pessoa (Moraes et al., 2016).

O início de SBV deve ser imediato e a realização da desfibrilhação deve ser precoce, cada minuto de atraso na desfibrilhação tem como consequência a redução da probabilidade de sobrevivência à alta hospitalar em 10-12% (INEM, 2020d). Assim justifica-se a necessidade de uma atuação com níveis de segurança elevados, como um processo de melhoria na prestação dos cuidados de enfermagem que asseguram ganhos em saúde para a pessoa.

Deve existir no serviço de prestação de cuidados, a nível hospitalar, um plano de atuação com funções definidas para cada elemento, garantido assim a qualidade da abordagem, não esquecendo a necessidade de treino e formação para a garantia de execução de procedimentos de alta qualidade, necessários na abordagem em PCR (AHA, 2020).

O Artigo 6º do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro, prevê que o EE deverá ser capaz de conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Assim e considerando os Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem (OE, 2012), de acordo com o ponto 3.3 sobre Prevenção de Complicações, o enfermeiro deve realizar uma procura permanente com vista à excelência do exercício profissional, prevenindo complicações para a saúde da pessoa, o que se pretende com a realização da RCP imediata e a desfibrilhação precoce, aumentando assim as taxas de possibilidade de sobrevivência. Deve ainda proceder à identificação dos problemas potenciais da pessoa, de forma tão rápida quanto possível, implementando e avaliando as intervenções que possam levar a minimização de efeitos indesejáveis evitando os mesmos (OE, 2012). Considerando ainda o ponto 3.6 dos Padrões referidos, é mencionada a Organização dos Cuidados de Enfermagem, “ Na procura permanente de excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (OE, 2012, p.18), o que justifica a necessidade de uma política de formação contínua promotora do desenvolvimento de competências profissionais e da qualidade dos cuidados prestados, utilizando metodologias de organização dos cuidados de enfermagem que promovam a qualidade.

Em Portugal, segundo o despacho n.º 9639/2018 (2018), os hospitais devem adotar o n.º 2222 como número de chamada da EEMI, o que acontece no serviço de medicina interna onde se pretende desenvolver o projeto de melhoria. A nível hospitalar este programa de EEMI encontra-se protocolado, existindo essa mesma equipa e critérios definidos para a sua ativação, quer seja numa situação de PCR ou numa situação de agudização do estado da pessoa em que seja expectável a PCR.

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

de acordo com o protocolo, considerando a identificação e correção, se possível, de causas potencialmente reversíveis (INEM, 2020d).

O enfermeiro assume assim, um papel de responsabilidade elevada, garantindo a ativação da EEMI, execução de SBV de qualidade, preparação e conhecimento da localização de material necessário no carro de emergência e preparação de medicação a administrar. Um enfermeiro que desconheça todo o processo pode promover o erro da equipa envolvida na PCR, prejudicando a qualidade da mesma e a possibilidade de sucesso da RCP (Catalão & Gaspar, 2017).

O desempenho de funções do enfermeiro nestas situações está diretamente relacionado com as suas vivências individuais, sendo um desafio, mas ao mesmo tempo um privilégio pela possibilidade de concretização e existência de sentimentos de satisfação pessoal e profissional quando conseguida uma RCP (Oliveira & Martins, 2013).

Fatores contributivos para a qualidade e eficiência da PCR

Ao longo da pesquisa bibliográfica, vários autores (Catalão & Gaspar, 2017; Filho et al., 2015; INEM 2020d; Moraes et al., 2016) foram citando nos seus estudos diversas causas que podem comprometer a qualidade e eficiência no processo de assistência à pessoa em situação de PCR. Entre eles destacam-se o conhecimento dos enfermeiros, a necessidade/inexistência de treino e formação, o *stress* dos profissionais durante a RCP, o tipo de serviço onde decorre, os meios materiais disponíveis, a relação entre a equipa e a existência de um líder.

A equipa de enfermagem deve estar preparada para a complexidade deste tipo de situações, sendo que o défice de conhecimento técnico e científico pode gerar falhas durante o processo. Não só o conhecimento é importante, por método da educação permanente, mas também a existência de protocolos institucionais que visam a assistência da equipa de forma segura, organizada e uniformizada (Moraes et al., 2016).

A DGS refere ser indispensável, através da adoção de recomendações clínicas nacionais e internacionais, a promoção e respeito por boas práticas clínicas e terapêuticas (Orientação n.º 008/2011, 2011). O conhecimento técnico e competências adquiridas, no que diz respeito às técnicas utilizadas em SBV ou SAV, tendem a deteriorar-se, após cerca de seis meses, caso não exista uma atualização (INEM, 2020d), pelo que a formação adquire uma importância extrema nestas situações. Os profissionais, que têm formação em SVB e SAV, tendem a apresentar menos dificuldades, interferindo positivamente na assistência e identificação precoce de sinais de degradação da pessoa a nível hemodinâmico (Catalão & Gaspar, 2017). Apesar do período referido pelo INEM, da existência de deterioração de

conhecimentos após seis meses, o ECR preconiza a atualização do SAV, após um período de cinco anos (Olasveengen et al., 2021).

Para além da aquisição de conhecimentos teóricos, o treino dos profissionais em experiências com necessidade de utilização de SBV e SAV, determina uma melhor perícia na utilização dos equipamentos de emergência, interferindo diretamente na qualidade da RCP (Catalão & Gaspar, 2017). Também Moraes e colaboradores (2016) referem a importância do treino e capacitação da equipa para a execução dos procedimentos técnicos, como um meio que culmina na eficácia e efetividade das manobras em RCP. O treino permite ainda a realização dos procedimentos de forma mais rápida, organizada, calma e segura no contexto de uma situação real (Filho et al., 2015). Assim, as instituições devem permitir o treino continuado dos seus profissionais, a fim de os capacitar, para que os mesmos estejam aptos a desenvolverem procedimentos altamente técnicos e precisos em situações de emergência (Moraes et al., 2016). Para além disso, o treino em equipa possibilita a utilização de linguagem uniformizada e uma abordagem protocolada e regular, consentindo a melhoria do trabalho de equipa (INEM, 2020d).

Sullivan e colaboradores (2019) apresentam uma estrutura delineada de quatro tipos de treino que permitem essa melhoria. A estratégia apresentada pelos autores passa por um treino inicial, treino de manutenção, treino de reforço e, por último, um treino de atualização. O treino inicial é destinado a “iniciados” com o objetivo de alcançar competências. Após a aquisição de competências, segue-se a fase do treino de manutenção que impede a deterioração das habilidades adquiridas, sendo realizado de forma frequente, com uma duração curta de acordo com o método *Low Dose and High Frequency*. O treino de reforço é realizado com uma frequência menor que o anterior e é utilizado quando o aprendiz é pro-eficiente, contudo a sua competência começa a diminuir superando assim a deterioração da habilidade que ocorre ao longo do tempo. Por fim, o treino de atualização, pretende restabelecer as habilidades quando a competência atinge níveis insatisfatórios (Sullivan et al., 2019).

Desta forma, realça-se a importância que o treino e a prática simulada assumem na aquisição de competências relacionadas com os processos de RCP, sendo a prática simulada uma parte fundamental no treino em reanimação, altamente efetiva no processo de aquisição, desenvolvimento e manutenção de competências.

Uma outra situação focada, como de extrema importância durante o processo de RCP, trata-se do serviço em que a mesma decorre. No serviço de medicina interna onde se desenvolveu o estudo, a pessoa encontra-se sem monitorização contínua o que pode interferir na qualidade da assistência. Num estudo realizado por Catalão e Gaspar (2017) serviços, como a urgência e unidade de cuidados intensivos obtiveram melhores resultados durante e após o processo

de reanimação. Estes mesmos autores referem ainda que a própria estrutura e localização das enfermarias pode influenciar e interferir no atendimento prestado em PCR.

O espaço físico deve ser adequado e seguro, sendo que a disponibilidades de materiais e medicamentos é também fundamental para uma assistência eficaz (Moraes et al., 2016). Acresce-se a importância da familiaridade com o carro de emergência, não apenas pela equipa de enfermagem, mas por toda a equipa multiprofissional envolvida no processo (Filho et al., 2015). O carro de emergência, segundo a DGS, trata-se de uma estrutura móvel ou transportável, com um conjunto de materiais, equipamentos e fármacos indispensáveis à RCP. A sua correta organização, verificação e material disponível são fatores determinantes no sucesso de abordagem a pessoa em PCR (Orientação n.º 008/2011, 2011). Neste contexto, a nível hospitalar a organização do carro de emergência encontra-se protocolada, estando claramente identificada a localização do material, selagem do carro, sua verificação e manutenção.

Fatores como o *stress* dos elementos e a relação entre a equipa assumem importância no decorrer da abordagem ao doente em PCR. Filho e colaboradores (2015) apresentam um estudo no qual, cerca de 81,6% dos profissionais consideram que o *stress* gerado por uma situação de PCR, em si mesmos, não influencia o seu desempenho e capacidade enquanto profissional, contudo, no mesmo estudo 67,3% dos inquiridos salientou que o *stress* de algum elemento da equipa durante a assistência, interfere na qualidade do processo. A capacidade do profissional, gerir o *stress* durante o procedimento, a harmonia e sincronismo entre a equipa são indispensáveis para a excelência dos cuidados prestados a nível intra-hospitalar (INEM, 2020d). A presença de um líder melhora a qualidade da PCR, ideia esta defendida por diversos autores (AHA, 2020; Filho et al., 2015 e INEM, 2020d).

Por último, a utilização de algoritmos aprimorados e atualizados, bem como o recurso a meios visuais, surgem como ferramentas que facilitam e relembram a orientação da equipa em cenários de PCR. Esta ideia surge com enfoque pela AHA nas novas *guidelines* e deve ser considerada na atualização dos algoritmos nos serviços, bem como na utilização e adequação de novas estratégias que permitam o recurso a meios visuais disponíveis durante a PCR (AHA, 2020).

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

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

A metodologia permite examinar, descrever e avaliar tanto métodos como técnicas de processamento de informação, no sentido da resolução de problemas ou questões de investigação que levem à construção de conhecimento, comprovando a sua validade e utilidade (Prodanov & Freitas, 2013).

Podemos afirmar que a metodologia consiste numa interação entre a teoria e questões que moldam o percurso de uma pesquisa, estando relacionada com os laços que existem entre o que se quer saber e o caminho a seguir até lá, clarificando o percurso de como é realizada a pesquisa pelas questões de partida e pelos fenómenos em estudo (Augusto, 2014).

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

A escolha da metodologia por parte de um investigador não deve ser realizada por uma mera questão de preferência, mas sim uma escolha realizada considerando as questões de investigação colocadas, o que se pretende conhecer e o tipo de respostas que se espera providenciar (Augusto, 2014).

Neste capítulo é apresentada a tipologia de estudo realizada, as questões de investigação, objetivos do estudo, hipóteses, população e amostra, variáveis, os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos formais e éticos e, por último, o tratamento dos dados.

2.1 TIPO DE ESTUDO

Este trabalho desenvolveu-se tendo por base um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, através de um estudo de investigação-ação.

A investigação-ação assume destaque no que concerne à enfermagem por se tratar de uma ação planeada, de uma metodologia de investigação, onde existe uma planificação, ação e reflexão, sendo as etapas e elementos estruturantes, tendo um carácter cíclico e dinâmico (Fonseca, 2012).

Neste sentido, este estudo seguirá os pressupostos do Ciclo de PDCA (Plan, Do, Check, Act/Adjust) ou de *Deming*, que engloba um planeamento, execução, validação e, por último, ação (Conselho de Enfermagem Regional, 2013).

Este projeto de melhoria contínua visa, na sua implementação, melhorar o desempenho dos enfermeiros perante situação de PCR e, assim, aumentar os ganhos em saúde, sendo que o mesmo poderá seguir

2.2 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

O pensamento crítico-reflexivo permite a construção de julgamentos que promovem a resolução de problemas. Para isso, a elaboração de questões de investigação torna-se uma das principais premissas do pensamento crítico-reflexivo. Uma questão de investigação deve focar os elementos-chave que facilitam uma boa estratégia de pesquisa. Deverá se apropriada, significativa e ter um propósito (Sousa et al., 2018).

Para este projeto foram colocadas como questões iniciais/de partida as seguintes:

- “Quais são as dificuldades sentidas pelos enfermeiros, durante a PCR num serviço de medicina interna?”;
- “Que estratégias podem ser utilizadas para otimizar os cuidados prestados pelos enfermeiros, de um serviço de medicina interna, durante uma situação de PCR?”;
- “Qual o impacto da implementação das estratégias?”.

2.3 OBJETIVOS E DESENHO DO ESTUDO

Os objetivos pretendem delinear as metas que se pretendem alcançar, sendo que um bom planeamento exige uma clara priorização dos mesmos. Assim, os objetivos deste projeto passam por ter conhecimento da perceção dos enfermeiros, fatores que comprometam a qualidade da assistência prestada durante a RCP na PCR em um serviço de internamento e a influência do estabelecimento de estratégias de melhoria.

Assim, para este projeto, como objetivos foram definidos:

- Analisar as principais dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem em situações de PCR e uso do carro de emergência;
- Identificar estratégias que melhorem a assistência prestada pelo enfermeiro, no serviço de medicina interna, na utilização do carro de emergência de forma eficaz aquando de uma situação de PCR;
- Implementar estratégias, de acordo com as necessidades/dificuldades encontradas;
- Determinar o impacto das estratégias implementadas.

Considerando os objetivos enunciados, o projeto realizado desenvolveu-se em 8 fases, sendo elas:

- Fase 1: Identificação de um problema existente no serviço, com a equipa de enfermagem, utilizando técnica de *Brainstorming* para apuramento das dificuldades reais sentidas;

- Fase 2: Pesquisa bibliográfica e colheita de dados pelas plataformas *Google Académico*, *B-on*, *SciELO*, *PuBmed* e Repositórios Nacionais de Instituições, para a construção do projeto inicial;

-Fase 3: Elaboração de projeto inicial, submissão e aprovação do Projeto de Investigação pela Comissão de Ética e Conselho de Administração do CH onde se insere o serviço;

-Fase 4: Aplicação de questionário para identificação concreta dos problemas pela equipa, com aplicação da Escala de Perceção de Dificuldades na Assistência à PCR Intra-Hospitalar (EPDAPI), após pedido de autorização aos autores da mesma (Catalão & Gaspar, 2017);

-Fase 5: Análise e tratamento dos dados obtidos;

-Fase 6: Definição e aplicação de estratégias de melhoria:

- Formação teórico-prática junto da equipa de enfermagem sobre o uso do carro de emergência (estrutura e organização), monitor/desfibrilhador (constituição, uso e alarmes), assegurando e uniformizando as condutas de acesso rápido ao carro de emergência; responsabilização da equipa para a sua manutenção e organização; padronização de resposta rápida, pronta e adequada em situação de emergência pela equipa, uniformizando as práticas realizadas de acordo com os protocolos internos do CH;

- Realização de diagrama de SAV segundo normas da AHA, para uso como elemento visual no carro de emergência do serviço;

- Elaboração de tabela com os fármacos existentes no carro de emergência, possíveis diluições, reconstituições, principais indicações em situação de emergência, interações e reações adversas (tabela validada por coordenadora do serviço e elementos da equipa do SMI e da EEMI do CH).

- Fase 7: Nova aplicação do questionário inicial aos enfermeiros, para determinação do impacto das estratégias implementadas, com posterior análise de dados, interpretação e comparação;

- Fase 8: Elaboração do relatório final e apresentação dos resultados obtidos.

2.4 HIPÓTESES

Segundo Fachin (2005) as hipóteses de estudo pretendem de alguma forma delimitar o campo de estudo prevendo factos, contudo, tem possibilidade de acertos. Assim, têm um carácter preditivo, pretendendo resolver ou determinar as soluções para as questões de investigação.

Deste modo, considerando a bibliografia, surgiram como hipóteses de estudo:

H1: Existem diferenças, na perceção das dificuldades sentidas pelos enfermeiros, antes e após implementação de estratégias;

H2: Existem diferenças relativas a atuação em RCP antes e após implementação de estratégias.

2.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA

População, no contexto de investigação, trata-se do grupo de todos os elementos que se pretende estudar e que possuem uma ou mais características em comum (Afonso & Nunes, 2019). Já a amostra é definida como uma fração da população, sobre a qual se realiza um estudo, devendo ser representativa da população e possuir características conhecidas da população, presentes nos elementos (Fortin et al., 2009).

No serviço de medicina interna, onde foi desenvolvido o presente estudo, existiam 45 enfermeiros.

No primeiro questionário foram obtidas 42 respostas e, no segundo questionário 39, tendo sido apenas consideradas 28 respostas, por se pretender o estudo emparelhado de respostas, para comparar diferenças nos dois momentos de colheita de dados.

A exclusão de resultados e a diferença do número de respostas, nos dois momentos de colheita de dados, deveu-se ao facto da existência de elevada rotatividade de elementos da equipa, bem como por mudanças organizacionais impostas, que dividiu a equipa em duas equipas distintas, antes da aplicação do 2º questionário.

2.6. VARIÁVEIS

As características, qualidades ou propriedades dos elementos de uma população são consideradas variáveis. Estas podem ser quantificáveis ou categorizáveis, assumindo diferentes valores em função da unidade de observação. A investigação centra-se em compreender a variação de valores e a forma como essa mesma variação influencia os valores das variáveis (Santos et al., 2019).

Neste projeto, foi seleccionado um conjunto de variáveis, divididas em independentes e dependentes.

No que concerne às variáveis independentes, consideram-se características dos sujeitos, tendo como objetivo descrever a amostra em estudo (Catalão, 2013). Estas afetam as variáveis dependentes, mas não necessitam obrigatoriamente de estar relacionadas. Foram consideradas como variáveis independentes: Idade (em anos); Sexo (Feminino/ Masculino/ Prefiro não dizer); Nível de escolaridade (Bacharelato/ Licenciatura/Mestrado /Doutoramento); Experiência profissional (em anos); Tempo de trabalho no serviço de medicina interna (em anos); serviço onde exerce funções (questão aberta); Formação em Suporte Básico de Vida (Sim/Não); Formação em Suporte Avançado de Vida (Sim/Não).

As variáveis dependentes, podem ser influenciadas pelas variáveis independentes, podendo ser explicadas ou influenciadas por estas. Trata-se de um comportamento, resultado ou resposta determinado pelas variáveis independentes (Santos et al., 2019).

Neste projeto, foi utilizada uma escala realizada por Catalão e Gaspar (2017) a EPDAPI, tendo como variável dependente as “Dificuldades Sentidas na Assistência à PCR”.

2.7 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para este estudo, como instrumento de colheita de dados, foram utilizados dois questionários eletrónicos, através da plataforma *Google Forms*® (Apêndice II).

Estes instrumentos foram enviados, pelo enfermeiro gestor para os enfermeiros da equipa, via *e-mail* institucional.

O uso do questionário eletrónico permitiu abranger um maior número de enfermeiros, possibilitando a resposta ao mesmo num momento oportuno, de acordo com a disponibilidade de cada elemento. Permitiu também a restrição de riscos e constrangimentos associados ao momento e contexto pandémico que se vivia na altura de realização do estudo, garantindo segurança aos participantes.

O primeiro questionário foi composto por duas partes. Na primeira parte foram colhidas respostas sobre caracterização da amostra, através de quatro questões de resposta fechada e três questões de resposta aberta e na segunda parte foi utilizada uma escala, EPDAPI de Catalão e Gaspar (2017).

O segundo questionário foi construído com a mesma escala utilizada no primeiro questionário, de forma a permitir comparar as diferenças nos dois momentos.

Esta escala é constituída por 33 itens com cinco possibilidades de resposta: 1) Discordo plenamente; 2) Discordo parcialmente; 3) Não concordo nem discordo; 4) Concordo Parcialmente; 5) Concordo plenamente.

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

Nesta escala, existem itens identificados pelos autores com indicação para serem invertidos, (27 e 45), o que foi considerado neste estudo.

O instrumento foi validado para a população portuguesa por Catalão e Gaspar (2017), tendo obtido um valor de consistência interna de $\alpha=0,927$ para o total da escala. No presente estudo foi calculada a consistência interna do questionário colocado, tendo-se obtido valores bons de consistência interna apesar de inferiores aos dos autores ($\alpha =0,747$ para o primeiro questionário e de $\alpha = 0,860$ no segundo questionário).

Em ambos os questionários foram solicitados a inserção de um código alfa numérico, para ser possível comparar a evolução de resultados.

2.8 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

O presente estudo sustentou-se no Princípio da Universalidade, Princípio da Beneficência, Princípio da Não-Maleficência, Princípio da Autonomia, Princípio da Justiça e Equidade e no CDE (OE, 2015).

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

Assim, salienta-se: realização de pedido de autorização aos autores da escala EPDAPI para a sua utilização, Apêndice (III); Elaboração de pedido de autorização a nível intra-hospitalar, à Comissão de Ética, Administração hospitalar e Diretores do Serviço (Apêndice IV); Obtido Consentimento Informado, Livre e Esclarecido dos participantes, onde constava a identificação do estudo, os seus objetivos, procedimentos e métodos utilizados, os contactos do autor do estudo, para eventuais esclarecimentos de dúvidas; Garantida a confidencialidade dos dados colhidos, bem como a confidencialidade no seu tratamento; Apresentado o tempo previsto de duração do estudo e os prazos de conservação dos dados, e Identificado o encarregado de proteção de dados, responsável pelo cumprimento das obrigações legais previstas no Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), identificado no questionário

realizado (Apêndice II). Foi garantido aos participantes que os mesmos pudessem desistir em qualquer fase do estudo de acordo, com o direito da autodeterminação.

2.9 TRATAMENTO DE DADOS

Os dados obtidos foram analisados com recurso ao *software Statistical Package for the Social Science* (SPSS®), versão 28.

A análise descritiva foi realizada através de: frequências absolutas (n) e frequências relativas (%), medidas de tendência central (média (M) e mediana (Md) e medidas de dispersão ou variabilidade (desvio padrão (s) e amplitude (valor máximo-valor mínimo)).

Na análise inferencial optou-se pela utilização de testes não paramétricos, pelo facto de se ter verificado uma distribuição não normal das variáveis (obtido pelo valor do teste de Normalidade de *Shapiro-Wilks*) e pelo tamanho da amostra reduzido (n=28).

Assim, recorreu-se ao teste de *Wilcoxon* para estudar as diferenças na mesma amostra, em dois momentos distintos.

Foi considerado um erro de 0.05 para nível máximo de significância, ou seja, para a probabilidade máxima aceitável de ocorrência do erro tipo I.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo segue a apresentação dos resultados obtidos no estudo, realizando-se inicialmente a apresentação e análise dos dados sociodemográficos da amostra e posteriormente, os dados obtidos pela aplicação da Escala EPDAPI.

Na Tabela 1 apresentam-se as características sociodemográficas, do total dos 28 elementos da amostra considerada para o estudo. É possível observar-se que cerca de 96,4% dos inquiridos são do sexo feminino. A média de idades é de $33,5 \pm 7,026$ anos, tendo o elemento mais novo da equipa 24 anos e o mais velho mais 28 anos que este.

Relativamente aos anos de experiência profissional, encontramos uma mediana de 8 anos, sendo que a média é de $10,91 \pm 6,164$ anos. No que concerne ao seu percurso formativo, a amostra é constituída por três enfermeiros com mestrado.

Quando questionados relativamente à formação em SBV, cerca de 89,3% dos enfermeiros afirmam ter essa formação, sendo que dos 28 enfermeiros, apenas 9 (32,1%) apresentam formação em SAV.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra.

Variáveis	M	S	Md	Amplitude
Idade (anos)	33,50	7,026	31,50	28 (52-24)
Experiência Profissional (anos)	10,91	6,164	8	22 (26-4)
Variáveis				n (%)
Sexo	Feminino			27 (96,4%)
	Masculino			1 (3,6%)
Grau de escolaridade	Mestrado			3 (10,7%)
Formação em SBV	Sim			25 (89,3%)
	Não			3 (10,7%)
Formação em SAV	Sim			9 (32,1 %)
	Não			19 (67,9%)

Legenda: M - Média; s - desvio Padrão; Md – Mediana; n – frequência absoluta; % - frequência relativa

Na tabela 2, são apresentadas as respostas à escala EPDAPI, sendo que 1 corresponde a “Discordo plenamente” e 5 a “Concordo Plenamente”. Aos momentos A e B correspondem: A ao momento do primeiro questionário e B ao segundo questionário.

Os valores representativos da média mais próximos de 5 correspondem a uma maior concordância por parte da equipa em relação à questão colocada, o que remete para um menor nível de dificuldade percebida pelo enfermeiro durante a PCR. Destacamos as questões 6,7,19,25,26,36 e 37, nas quais é possível observar um nível de respostas muito próximo de 5. Por exemplo, na questão 25 “O número da extensão telefónica para a qual devem ligar para solicitar a ajuda diferenciada está disponível e rapidamente acessível”, obteve um nível de resposta no momento A de $M(A)=4,71 \pm 0,535$ e no momento B de $M(B)=4,79 \pm 0,418$, o que demonstra uma resposta global muito próxima do “concordo

totalmente”. Por sua vez a questão 13 “Em caso de necessidade, existem monitores de sinais vitais em número suficiente, em relação ao número de doentes/vítimas” obteve-se um valor medio de resposta de $M(A) = 1,54 \pm 0,922$ e de $M(B) = 1,32 \pm 0,548$, o que reflete uma resposta muito próximo de “discordo plenamente” e “discordo parcialmente” refletindo a percepção da equipa em relação ao número total de monitores de avaliação de sinais vitais no serviço, como sendo insuficiente.

São ainda destacadas as questões 39 “Consegue perceber sempre se a respiração de um doente/vítima está a ser eficaz”, 40 “Avalia sempre a qualidade do pulso periférico, num doente/vítima não reativo a estímulos externos.” e 41 “Reconhece com facilidade um doente/vítima emergente” como questões de resposta próxima do valor máximo possível (5).

Tabela 2: Estatística descritiva por *itens* da Escala EPDAPI de Catalão e Gaspar (2017).

Questão		n	Min.	Máx.	M	s
1 - No seu Serviço, um doente em PCR é assistido em menos de 5 minutos com SBV.	A	28	2	5	4,07	0,900
	B	28	2	5	4,29	0,763
2 - No seu Serviço, um doente em PCR é assistido em menos de 5 minutos com SAV	A	28	1	5	2,71	1,150
	B	28	1	5	3,14	1,079
3 - No seu serviço consegue monitorizar um doente/vítima em 90 segundos	A	28	2	5	3,82	0,905
	B	28	2	5	3,64	1,096
6 - No seu Serviço, tem disponível equipamento para RCP a menos de 4 minutos do local da PCR	A	28	4	5	4,82	0,390
	B	28	3	5	4,79	0,499
7 - No seu serviço está disponível, para uso imediato, um carro de emergência.	A	28	3	5	4,57	0,634
	B	28	1	5	4,54	0,838
9 - No seu serviço, todos os doentes em risco de PCR estão monitorizados.	A	28	1	5	2,32	1,219
	B	28	1	5	2,61	1,257
13 - Em caso de necessidade, existem monitores de sinais vitais em número suficiente, em relação ao número de doentes/vítimas	A	28	1	4	1,54	0,922
	B	28	1	3	1,32	0,548
14 - Todos os profissionais tomam conhecimento, simultaneamente, de que um evento de PCR está a ocorrer (ex.: uso de campainha com alarme sonoro; uso de palavra código “Paragem” em projeção de voz).	A	28	1	5	3,14	1,353
	B	28	1	5	3,50	1,171
16 - Quando solicita a ajuda diferenciada, para o serviço de apoio referenciado, é sempre o profissional de saúde destacado para a assistência que atende o telefone.	A	28	1	5	3,68	1,249
	B	28	1	5	3,93	1,086
18 - Depois de solicitada a ajuda diferenciada, esta chega ao local do evento de PCR, em menos de 4 minutos.	A	28	1	5	3,64	1,096
	B	28	2	5	4,00	0,943
19 - A ajuda diferenciada está familiarizada com as <i>guidelines</i> do SBV e do SAV em vigor.	A	28	3	5	4,57	0,634
	B	28	4	5	4,71	0,460
21 - A ajuda diferenciada providencia a instalação do doente/vítima de PCR, após RCP, em serviço de UCI ou Urgência.	A	28	1	5	3,04	0,922
	B	28	1	5	3,39	1,166
25 - O número da extensão telefónica para a qual devem ligar para solicitar a ajuda diferenciada está disponível e rapidamente acessível.	A	28	3	5	4,71	0,535
	B	28	4	5	4,79	0,418
26 - Para solicitar a ajuda diferenciada, existe apenas um nº de extensão telefónica, em linha direta e única, para o efeito.	A	28	2	5	4,68	0,723
	B	28	3	5	4,82	0,476
27 - Tem dificuldades em manusear o Monitor Desfibrilhador com segurança.	A	28	1	5	2,61	1,257
	B	28	1	5	2,86	1,113
28 - Habitualmente utiliza o Monitor Desfibrilhador.	A	28	1	5	1,82	1,124
	B	28	1	5	2,39	1,257
30 - Em RCP, não tem dúvidas nos algoritmos de SAV.	A	28	1	4	2,43	1,136
	B	28	1	4	2,86	1,113
31 - Conhece os fármacos de reanimação.	A	28	1	5	3,71	1,049
	B	28	1	5	3,86	1,145
32 - Utiliza regularmente os fármacos de reanimação.	A	28	1	5	1,79	1,101
	B	28	1	4	2,14	1,044

33 - Nos últimos 12 meses, iniciou manobras de RCP, em pelo menos um doente	A	28	1	5	3,18	1,887
	B	28	1	5	3,68	1,744
34 - Conhece todos os materiais do carro de emergência.	A	28	1	5	3,57	1,230
	B	28	1	5	3,86	1,079
35 - Manuseia sem dificuldade todos os materiais do carro de emergência	A	28	1	5	3,11	1,166
	B	28	1	5	3,18	1,249
36 - Conhece o sistema de assistência à PCR instituído a nível hospitalar (telefonar ao serviço de apoio)	A	28	2	5	4,11	0,916
	B	28	2	5	4,43	0,879
37 - Conhece a Escala de Coma de Glasgow.	A	28	2	5	4,57	0,690
	B	28	4	5	4,64	0,488
39 - Consegue perceber sempre se a respiração de um doente/vítima está a ser eficaz	A	28	2	5	4,11	0,956
	B	28	2	5	4,00	0,816
40 - Avalia sempre a qualidade do pulso periférico, num doente/vítima não reativo a estímulos externos.	A	28	3	5	4,39	0,567
	B	28	2	5	4,18	0,905
41 - Reconhece com facilidade um doente/vítima emergente.	A	28	3	5	4,39	0,629
	B	28	2	5	4,32	0,772
42 - Ao monitorizar o doente/vítima, reconhece com facilidade os traçados cardíacos emergentes.	A	28	1	5	2,82	1,156
	B	28	1	5	2,93	1,152
43 - Num sítio inesperado (ex elevador, escadas), se for chamado para ajudar num evento de PCR, normalmente toma a Liderança da Situação.	A	28	1	4	2,32	0,905
	B	28	1	4	2,36	1,026
45 - Quando colabora na assistência a um doente/vítima em PCR, executa os procedimentos com nervosismo.	A	28	1	5	2,43	1,260
	B	28	1	4	2,71	1,150
47 - Sente-se preparado emocionalmente para atuar em PCR.	A	28	2	5	3,89	1,066
	B	28	1	5	3,57	1,069
48 - Sente-se preparado tecnicamente para atuar em PCR	A	28	2	5	3,57	0,959
	B	28	1	4	3,32	0,905
49 - Confia na sua capacidade e perícia técnica para atuar em doentes/vítimas em PCR com segurança.	A	28	2	5	3,64	0,951
	B	28	2	5	3,75	0,752

Legenda: A – 1º questionário; B – 2º questionário; n – frequência absoluta; Min. – Mínimo; Max – Máximo; M - Média; s - desvio Padrão.

O valor máximo de somatório de resposta, no presente estudo, será de 165 e o mínimo assume um valor de 33, na globalidade da implementação da escala.

A tabela 3, demonstra uma melhoria a nível dos valores máximos, quando comparados o primeiro e segundo questionário. Verificando-se que no segundo (B) existiram valores superiores aos encontrados no primeiro (A), sugerindo que, após a implementação das estratégias delineadas, os enfermeiros apresentaram menos dificuldades na atuação perante PCR, concordando em níveis mais elevados com as afirmações da escala.

Tabela 3: Estatística descritiva, valores mínimos e máximos de concordância.

Estatística Descritiva					
	n	Mín.	Máx.	M	s
A - 1º questionário	28	92,00	136,00	113,7857	11,26567
B - 2º questionário	28	94,00	146,00	114,6429	13,34781

Legenda: n – frequência absoluta; Min. – Mínimo; Max – Máximo; M - Média; s - desvio Padrão.

Na tabela 4 são apresentados os resultados do teste de diferenças entre resultados obtidos nos dois momentos de colheita de dados. O valor do teste de *Wilcoxon* permite verificar que não existem diferenças significativas, entre as respostas obtidas no momento A e no momento B, por valor de $\alpha \geq 0,05$. Porém, anteriormente foi exposto que os autores da escala assumiram a existência de 5 fatores, sendo: F1- Atuação em RCP; F2 - Competência para a tomada de decisão em RCP; F3 - Resposta em tempo útil à PCR; F4 - Deteção, alerta e

resposta à PCR; F5 - Ativação da ajuda diferenciada à PCR. Quando analisadas as diferenças por fatores (tabela 4) é possível verificar uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,002$) para o fator 1 (F1) “Atuação em RCP”.

O F1 - Atuação em RCP da escala EPDAPI, no segundo questionário apresentou maior valor médio ($M=21,929$), que no primeiro questionário ($M=19,392$), o que sugere que os enfermeiros, após as estratégias implementadas, apresentaram maior nível de capacitação para dar uma resposta mais segura na utilização de equipamentos; uso e administração de fármacos de emergência; uso mais eficaz de *guidelines* institucionais e procedimentos em reanimação, melhorando a percepção de menor dificuldade nestes aspetos, quando comparados os momentos A e B.

Tabela 4: Diferenças na escala EPDAPI entre A e B, pelo Teste de *Wilcoxon*.

Fator	2ª AVALIAÇÃO (B) – 1ª AVALIAÇÃO(A)
F1 - Atuação em RCP	Z= -3,070 ^b , df(27), p = 0,002
F2 - Competência para a tomada de decisão em RCP	Z= -,014 ^b , df(27), p = 0,080
F3 - Resposta em tempo útil à PCR	Z= -,792 ^b , df(27), p = 0,428
F4 - Detecção, alerta e resposta à PCR	Z= -1,518 ^b , df(27), p = 0,120
F5 - Ativação da ajuda diferenciada à PCR	Z= -1,191 ^b , df(27), p = 0,234
ESCALA TOTAL	Z= -,285 ^b , df=27, p = 0,776

Legenda: b - com base em postos negativos; Z - valor do teste; p - valor de significância

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Considerando-se as hipóteses iniciais do estudo desenvolvido, este capítulo pretende realizar uma discussão sobre os dados apresentados e analisados anteriormente, de acordo com o que se encontra descrito na literatura, em relação à temática do estudo.

De acordo com o Anuário Estatístico da Ordem dos enfermeiros (OE, 2022) existe, a nível nacional, um total de 81799 enfermeiros, sendo 67 499 (83 %) do sexo feminino e 14 300 (17 %) do sexo masculino, demonstrando uma expressividade na existência de um número muito mais acentuado de enfermeiros do sexo feminino na profissão. Na amostra considerada para o estudo, cerca de 96,4% são enfermeiros do sexo feminino e 3,6% do sexo masculino, apesar de percentagens diferentes, demonstram a tendência nacional de existência, a um nível superior, de enfermeiros do sexo feminino.

Os enfermeiros tinham em média 33,5 anos \pm 7,026 anos, o que é representativo do panorama nacional, com a existência mais expressiva de enfermeiros na faixa etária entre os 31 e 40 anos (OE,2022).

Em média, os enfermeiros do serviço onde se desenvolveu o estudo, têm cerca de $10,91 \pm 6,16$ anos de experiência profissional. Estes enfermeiros, segundo Benner (2005) enquadram-se na classificação de peritos e caracterizam-se por apresentarem uma capacidade de compreensão de situações de forma intuitiva, apreendendo os problemas sem se perder nos diagnósticos e soluções para cada situação (Benner, 2005). Este facto apresenta uma elevada importância nas situações de PCR, uma vez que o reconhecimento precoce e o tempo de assistência a uma vítima de PCR, determina um aumento na taxa de sobrevivência do doente (Catalão & Gaspar, 2017).

Para além da experiência profissional, destaca-se também a existência de formação da equipa no que remete para o SBV, com 89,3 % da amostra a afirmar possuir essa formação, contudo, apenas 32,1% possui formação em SAV. No estudo realizado por Catalão e Gaspar (2017), a não existência de formação em SBV demonstrou uma maior dificuldade na atuação e na competência para a tomada de decisão em RCP. Na instituição onde foi realizado o estudo, existe formação em SBV e SAV, contudo as vagas para o SAV usualmente são mais limitadas, sendo dada prioridade à execução do curso aos enfermeiros que exerçam funções em áreas como o SU e SMI. Tal situação poderá justificar os valores de enfermeiros com treino de SAV. O SAV é um curso, cujos valores são bastante elevados (em média um curso de SAV ronda os 400€). Os cursos de SBV e SAV são obrigatórios e recomendados com nível de evidência A a nível da formação dos profissionais de saúde, por entidades como AHA e INEM (AHA, 2020; INEM, 2020d). Défices em formação na área de SBV e SAV podem

influenciar a intervenção do profissional em situações de RCP, bem como no reconhecimento de sinais de degradação (Herlitz et al., 2001). Considerando o supramencionado, podemos relacionar a existência de maior percentagem de enfermeiros com SBV com as respostas às questões 1 “No seu serviço, um doente em PCR é assistido em menos de 5 minutos com SBV, onde se observa $M(A) = 4,07 \pm 0,900$ e $M(B) = 4,29 \pm 0,763$, sendo em ambos um valor bastante positivo, representativo de que a equipa de enfermagem, considera que o doente em PCR é assistido com SBV em menos de 5 minutos. Contudo, a resposta à questão 2 “No seu serviço, um doente em PCR é assistido em menos de 5 minutos com SAV obtivemos um $M(A) = 2,71 \pm 0,150$ o que pode ser explicado pela baixa percentagem de enfermeiros com formação em SAV (32,1%).

Os resultados obtidos, sugeridos pela aplicação da EPDAPI, evidenciaram existir na maioria dos itens, uma diferença dos valores médios no momento A, comparados com o momento B. No entanto, quando analisada através de estatística inferencial, não se verificou diferença estatisticamente significativa entre os dois momentos, não se verificando a hipótese H1: (Existem diferenças, na perceção das dificuldades sentidas pelos enfermeiros, antes e após implementação de estratégias).

Entre as questões colocadas, na escala EPDAPI, abordavam-se temas como a existência de equipamento para RCP a menos de 4 minutos do local de PCR [$M(A)=4,82 \pm 0,390$ ($M(B)=4,79 \pm 0,499$)] e a existência de carro de emergência para uso imediato ($M(A)=4,57 \pm 0,634$) ($M(B)=4,54 \pm 0,838$]). O carro de emergência, trata-se de uma estrutura móvel ou transportável, com um conjunto de materiais, equipamentos e fármacos indispensáveis à RCP e deve existir em todas as unidades de saúde, cujo doente se considere agudo ou com doença crónica passível de agudização, existindo no rácio de 1 carro por 50 doentes (Orientação n.º 008/2011, 2011). Tal pode ser observado no serviço de medicina interna onde decorreu o estudo pois, trata-se de um serviço com duas alas num piso, alocando 60 doentes no total, existindo um carro de emergência disponível para o piso, o que vem de encontro às normas da DGS. Assim, pode afirmar-se, que no serviço de medicina interna existe equipamento para RCP disponível a menos de 4 minutos, uma vez que existe um carro de emergência no piso, refletindo-se esse facto nas respostas fornecidas pela equipa, tendo sido alcançados valores de $M(A)=4,82 \pm 0,390$ e $M(B)=4,79 \pm 0,499$.

As questões 25 “O número da extensão telefónica para a qual devem ligar para solicitar a ajuda diferenciada está disponível e rapidamente acessível” e 26 “Para solicitar a ajuda diferenciada, existe apenas um n.º de extensão telefónica, em linha direta e única, para o efeito.”, abordavam a existência de uma extensão telefónica, direta e única para solicitar ajuda diferenciada. O CH, no qual se insere o serviço, adota um número interno / extensão (nº 2222)

para ativação da EEMI, o que está em concordância com o despacho n.º 9639/2018 (2018). Pode afirmar-se que a equipa tem à sua disponibilidade uma extensão única para ativação de ajuda diferenciada. Apesar dos níveis de respostas elevados, toda a equipa deveria ter o conhecimento deste número, o que iria refletir um nível de $M = 5$, o que não se verificou, obtendo-se níveis de $M(A) = 4,68 \pm 0,723$ e $M(B) = 4,82 \pm 0,476$. Esta situação torna-se de difícil interpretação, uma vez que no serviço existe já um poster, junto ao telefone da sala de enfermagem do serviço, com o número de extensão a contactar, bem como os critérios para esse contacto.

No que remete para a questão 36 “Conhece o sistema de assistência à PCR instituído a nível hospitalar (telefonar ao serviço de apoio)”, a média apresentada para esta resposta foi de $M(A) = 4,11 \pm 0,916$ e $M(B) = 4,43 \pm 0,879$, o que demonstra um aumento de respostas positivas da equipa em relação a este assunto, existindo um maior número de enfermeiros com conhecimento sobre o sistema de assistência à PCR do Hospital e conseqüentemente menos dificuldades identificadas pela equipa nesta situação específica. A existência de um plano de atuação a nível hospitalar é recomendada pela AHA, devendo garantir a qualidade da abordagem à PSC (AHA, 2020), sendo esperado que o enfermeiro execute o protocolo de acordo com o SAV (INEM, 2020d). O desconhecimento do enfermeiro sobre o processo pode ser um fator promotor de erro de toda a equipa envolvida na PCR, prejudicando a sua qualidade e possibilidade de sucesso (Catalão & Gaspar, 2017), sendo que a formação surge assim, como uma importante estratégia para o aumento da segurança e diminuição do risco na execução dos protocolos.

Por último, as questões: 37 - “Conhece a Escala de Coma de *Glasgow*” [$M(A) = 4,57 \pm 0,690$ ($M(B) = 4,64 \pm 0,488$)]; 39 - “Consegue perceber sempre se a respiração de um doente/vítima está a ser eficaz” [$M(A) = 4,11 \pm 0,956$ ($M(B) = 4,00 \pm 0,816$)]; 40 - “Avalia sempre a qualidade do pulso periférico, num doente/vítima não reativo a estímulos externos” [$M(A) = 4,39 \pm 0,629$ ($M(B) = 4,32 \pm 0,772$)]; e 41 - “Reconhece com facilidade um doente/vítima emergente” [$M(A) = 4,39 \pm 0,629$ ($M(B) = 4,32 \pm 0,772$)], remetem-nos para questões relacionadas com a competência e tomada de decisão em PCR (Fator 2). Este fator aborda tópicos como a avaliação da Escala de Coma de *Glasgow*, padrão respiratório, qualidade do pulso periférico e reconhecimento do doente em situação de emergência. Uma equipa mais treinada para a identificação precoce do doente em situação de emergência, bem como uma correta avaliação dos fatores acima identificados, assume importância preponderante para a identificação precoce de situação de eventual PCR. A identificação precoce assume importância extrema, podendo levar ao aumento da sobrevivência do doente (Catalão & Gaspar, 2011) e minimização de sequelas e preservação da vida (Moraes et al., 2016). Encontramos nas respostas a estas

questões valores num intervalo de $M=4,00\pm 0,816$ e $M= 4,64\pm 0,488$, o que nos permite afirmar que, a identificação de um doente com alterações na avaliação da Escala de Coma de *Glasgow*, alteração do padrão respiratório, alterações do pulso periférico, não são identificadas pela equipa como uma dificuldade percebida pelos mesmos, não sendo por isso um fator a considerar na formação realizada.

As estratégias de formação são reconhecidas como sendo determinantes para o aumento de perícia e utilização de equipamentos de emergência, interferindo diretamente na qualidade da RCP (Catalão & Gaspar, 2017). Também Moraes e colaboradores (2016) referem a importância da formação e capacitação da equipa para a execução dos procedimentos técnicos como um meio que culmina na eficácia e efetividade das manobras em RCP. A formação com componente prática, associando-se treino da equipa, permite ainda a realização dos procedimentos de forma mais rápida, organizada, calma e segura no contexto de uma situação real (Filho et al., 2015). Assim, as instituições devem permitir a formação continuada dos seus profissionais a fim de os capacitar, estando aptos a desenvolverem procedimentos altamente técnicos e precisos em situações de emergência (Moraes et al., 2016). Para além disso, o treino em equipa possibilita a utilização de linguagem uniformizada e uma abordagem protocolada e regular, permitindo a melhoria do trabalho da equipa (INEM, 2020d).

Foi realizada uma formação teórica, em dois momentos, de forma a abranger o maior número de enfermeiros possível, com os objetivos de: 1) conhecer, assegurar e uniformizar condutas no acesso rápido e imediato ao carro de emergência, existente no serviço; 2) conhecer a estrutura e organização do carro de emergência padronizado no CH; 3) responsabilizar a equipa de enfermagem na manutenção do carro de emergência. Para tal, durante a formação, foi realizada uma abordagem sobre a constituição, organização e manutenção do carro de emergência, bem como uma abordagem relativa ao uso do monitor/desfibrilhador, sua manutenção, alertas e exemplos de utilização, com realização de simulação prática de uma ocorrência de PCR. A decisão de realização de uma simulação prática permite o desenvolvimento da capacidade de raciocínio clínico e pensamento crítico, o que se pretendia na equipa, promovendo a sensação de segurança na prestação de cuidados (Boell et al., 2017). Foi possível verificar uma diminuição da dificuldade percebida pelos enfermeiros no conhecimento de matérias do carro de emergência (questão 34 “Conhece todos os materiais do carro de emergência”, $M(A) = 3,57\pm 1,230$; $M(B) = 3,86\pm 1,079$) e no conhecimento de protocolos de atuação em PCR no CH (questão 36 “Conhece o sistema de assistência à PCR instituído a nível hospitalar”, $M(A) = 4,11\pm 0,956$; $M(B) = 4,43\pm 0,879$).

A inexperiência dos profissionais quer no uso de equipamentos, quer no uso de fármacos de emergência, a escassez de recursos, défices de formação ou competência pode interferir na assistência realizada em situações de PCR (Herlitz et al., 2001). Considerando o exposto, tornou-se imprescindível atuar a nível do aumento/revalidação de conhecimentos e competência da equipa, quer a nível do carro de emergência, sua utilização e manutenção, desfibrilhador/monitor, bem como a nível dos fármacos de emergência, tendo sido criada uma tabela de suporte, com os fármacos de emergência padronizados no CH para o carro existente no serviço. Tais intervenções, demonstram uma minimização da perceção de dificuldades pela equipa nomeadamente na questão, 31 “Conhece os fármacos de reanimação” com $M(A) = 3,71 \pm 1,049$ e $M(B) = 3,86 \pm 1,079$, bem como na questão, 32 “Utiliza regularmente os fármacos de reanimação” com $M(A) = 1,79 \pm 1,0101$ e $M(B) = 2,14 \pm 1,044$, o que demonstra um aumento do conhecimento acerca dos fármacos de emergência. O enfermeiro deve obter a informação necessária, para que na administração de um fármaco, possa garantir a segurança na sua administração. Acrescenta ainda que a administração de medicação carece de análise e validação, devendo a decisão de administração basear-se em conhecimentos científicos devidamente consolidados, para que na administração de medicação em situações de emergência o enfermeiro possa agir de acordo com os conhecimentos e qualificação que detenha (Parecer n.º 64/2017, 2017).

Na análise comparativa dos dados nos momentos A e B por fator da escala EPDAPI, foi possível verificar uma diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0.05$), para o fator 1 (atuação em RCP), como já mencionado anteriormente. Este fator remete para a utilização de equipamentos, conhecimento sobre fármacos de emergência, *guidelines* e procedimentos em reanimação (Catalão & Gaspar, 2017), aspetos que foram abordados na estratégia formativa implementada. Assim, podemos afirmar que a formação/ treino implementado na equipa, que considerou os equipamentos e sua utilização, bem como a criação de um documento de suporte informativo relacionado com os fármacos de emergência confirmam a Hipótese 2 (H2) do nosso estudo, H2: Existem diferenças relativas a atuação em RCP antes e após implementação de estratégias.

O desenvolvimento dos enfermeiros pode ser potencializado por estratégias e processos de aprendizagem, incluindo estratégias de formação (OE, 2008b). Para além de Catalão e Gaspar (2017), outros autores afirmam que a familiarização com o carro de emergência interfere na resposta à PCR, podendo levar a atrasos na disponibilização de materiais necessários e consequentes consequências nas manobras de SBV durante a RCP (Filho et al., 2015). Comprova-se a necessidade de o enfermeiro ser um elemento ágil, com raciocínio clínico rápido e habilidades técnicas (Alves, 2013), o que é possível, por meio da formação.

Assim, a capacitação da equipa, possível por meio de formação, assegura o aumento da qualidade da RCP (Alves, 2013; Catalão & Gaspar, 2017; Filho et al., 2015), levando a uma percepção de menor grau de dificuldade por parte dos enfermeiros, no que diz respeito à atuação em PCR.

5. CONCLUSÕES DO ESTUDO

Os projetos de melhoria contínua, são considerados uma mais-valia para a qualidade dos cuidados prestados. No projeto desenvolvido, o recurso à metodologia de estudos de investigação-ação, permitiu diagnosticar as dificuldades dos enfermeiros na atuação em situação de PCR, intervir de forma a melhorar esses resultados e avaliar as intervenções implementadas.

Considera-se ter alcançado os objetivos delineados inicialmente, tendo sido possível: analisar as dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem em situações de PCR e uso de carro de emergência (com a utilização da escala EPDAPI, no primeiro momento); identificar estratégias que melhorassem a assistência, no uso do carro de emergência em situação de PCR (através da literatura consultada); implementar as estratégias de acordo com as necessidades/dificuldades encontradas e, por último; determinar o impacto das estratégias implementadas (com a análise das respostas aos questionários no segundo momento).

As estratégias implementadas parecem ter contribuído para a atuação em PCR, da equipa do serviço de medicina interna. Os enfermeiros, após a implementação das estratégias, apresentaram maior nível de capacitação para dar resposta, de forma mais segura na utilização de equipamentos; uso e administração de fármacos de emergência; uso mais eficaz de *guidelines* institucionais e; procedimentos em reanimação.

Os resultados obtidos demonstram significância no fator 1, podendo-se afirmar que existe diferença estatisticamente significativa, na perceção da “Atuação em PCR” pelos enfermeiros, antes e após implementação de estratégias.

Considera-se como pontos fortes do estudo realizado a adesão da equipa às intervenções propostas, apesar da elevada rotatividade dos elementos (e por isso ser difícil o emparelhamento de respostas, por estes não terem respondido aos dois questionários). A adesão aos questionários, bem como a adesão à formação pode avaliar-se como positiva, denotando-se um interesse da equipa em relação à temática desenvolvida.

Destaca-se como ponto fraco, a limitação de conhecimentos próprios, em relação à investigação e tratamento de dados, o que tornou o processo de análise de resultados mais prolongado, sendo necessário despender mais tempo para a sua análise, o que não permitiu disponibilidade para a execução de intervenções diretas junto da equipa.

A existência de uma amostra pequena, $n=28$ elementos, torna-se uma limitação do estudo. O facto de o mesmo ter sido desenvolvido em fase pandémica, levou a uma rotatividade elevada dos elementos da equipa, bem como a separação da equipa em duas, o que trouxe dificuldades acrescidas para a concretização do estudo.

Foi identificado um desvio em relação aos pressupostos teóricos, com existência de atrasos significativos na equipa na identificação de PCR e início de RCP eficaz, que poderá estar correlacionado, em parte, com a existência de escassos meios técnicos para monitorização da PSC, o que deve ser considerado e melhorado no futuro.

Para além disso, a segurança nos procedimentos realizados pelos enfermeiros deve ser analisada, bem como os níveis de nervosismo e *stress*, que limitam a atuação destes profissionais, devendo ser alvo de consideração e avaliação futura para melhoria contínua no serviço. Também a componente formativa realizada pode ser melhorada, com realização de formação prática, para consolidação de conhecimentos, pois trata-se de uma área explorada a nível teórico, em que autores de referência relatam melhorias consideráveis na abordagem ao doente em PCR, quando existe formação prática junto dos profissionais de saúde.

Futuramente considera-se que será vantajoso a (re) aplicação da escala EPDAPI de forma a avaliar a sustentabilidade e a necessidade de projetar novas intervenções, garantindo a identificação de necessidades de forma concreta, dificuldades percecionadas pelos profissionais, permitindo a realização de formação direcionada, adequada às necessidades e não a realização de formações estandardizadas, cujos benefícios para a prática clínica são menos visíveis.

CONCLUSÃO

A enfermagem enquanto profissão e, conseqüentemente os cuidados de enfermagem, têm vindo a acompanhar o desenvolvimento tecnológico e científico, baseando-se num corpo de conhecimento cada vez mais aprofundado e de alta exigência técnica e científica. Assim, como enfermeira, a diferenciação profissional e especialização numa área de saber, foi a motivação necessária para ingressar no Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica.

Finalizando este percurso deste mestrado com a elaboração do presente relatório, considera-se que, os objetivos determinados inicialmente foram alcançados, sendo possível, refletir sobre o desenvolvimento de competências comuns e específicas desenvolvidas nos contextos de EC, analisar sinteticamente as atividades realizadas, analisar experiências e vivências marcantes, identificar situações que promoveram ou dificultaram o processo de aprendizagem e descrever um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, desenvolvido em contexto de trabalho.

A formação base na área profissional, bem como as experiências adquiridas na ação, enquanto profissional, possibilitaram uma mobilização de conhecimento, na área do saber agir, combinando habilidade, atitude, conhecimentos e recursos existentes para a resolução de determinadas situações no dia-a-dia profissional. Contudo, foi sentida a necessidade de refletir sobre as experiências vivenciadas, bem como explorar novas áreas de interesse, que até então não tinham sido possíveis, como o caso da abordagem da PSC a nível PH e em contexto de cuidados intensivos. Considera-se que a adaptação aos diferentes contextos de prática, nos EC, foi um ponto forte, possibilitando uma maior abrangência de conhecimentos na prestação de cuidados, tal como a busca pessoal permanente de novos conhecimentos e novas experiências.

Os cuidados de enfermagem à PSC requerem uma avaliação diagnóstica e monitorização constante, conhecendo a situação específica e a individualidade de cada doente, conseguindo prever e detetar precocemente possíveis complicações. Assim, o enfermeiro especialista deve agir de forma precisa, concreta, eficiente e em tempo útil, considerando os quatro domínios de competência do EE (domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade dos cuidados; gestão dos cuidados; e desenvolvimento de aprendizagens profissionais).

O desenvolvimento deste relatório permitiu realizar uma reflexão aprofundada, sobre o desempenho nas vivências e experiências, do processo formativo específico. Foi de extrema importância a realização de uma análise posterior dos acontecimentos, o que permitiu

consolidar os conhecimentos apreendidos, validar os conhecimentos prévios e conseguir analisar os mesmos com vista à obtenção das competências comuns do EE, bem como, das competências específicas do EEEPSC. Este processo possibilitou a aquisição de conhecimentos e experiências práticas empoderadoras, enquanto pessoa e enfermeira.

Como dificuldades, relativamente à aquisição de competências, destaca-se o facto de os EC serem momentâneos e apenas espelharem um curto espaço temporal de situações, não permitindo o aprofundamento de experiências. Esta situação foi mais expressiva na competência específica “Dinamiza a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”.

O período em que se desenrolaram os próprios EC, em situação pandémica, trouxe algumas dificuldades pessoais, tratando-se de uma fase com necessidade de várias adaptações no contexto profissional, às quais acresceram às adaptações necessárias aos contextos de EC. O cansaço dos vários profissionais era também notório, bem como as instabilidades dos serviços, por existirem recorrentemente alterações de normas de abordagem ao doente. Esta situação pode ser interpretada também, por um prisma positivo, pois permitiu o aprofundamento de conhecimentos específicos na área de abordagem ao doente com patologia respiratório, prevenção e controlo de infeção e gestão de recursos materiais e humanos.

Relativamente ao projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, assume-se que as estratégias implementadas contribuíram para a diminuição das dificuldades percecionadas pelos enfermeiros, na atuação em PCR, da equipa do serviço de medicina interna. Os enfermeiros apresentaram maior nível de capacitação para: dar resposta, de forma mais segura, na utilização de equipamentos; uso e administração de fármacos de emergência; utilização mais eficaz de *guidelines* institucionais e procedimentos em reanimação.

Os resultados obtidos, demonstraram uma significância no fator 1, “Atuação em RCP” pelos enfermeiros, antes e após implementação de estratégias.

A elaboração do projeto tratou-se de um desafio pessoal, principalmente no que concerne à realização de um projeto de investigação-ação, na realização de um estudo de investigação, por ser o desenvolvimento de um trabalho nunca realizado. Pessoalmente, existiam grandes lacunas de conhecimento na área específica de investigação e estatística, levando a uma necessidade de mobilização, mais aprofundada de conhecimentos teóricos.

O reconhecimento da equipa das suas dificuldades, bem como a sua adesão ao projeto foi uma mais-valia para o seu desenvolvimento.

A utilização de um questionário como instrumento de colheita de dados, utilizando a escala EPDAPI, foi considerada uma ferramenta bastante positiva, permitindo identificar as dificuldades percebidas pelos enfermeiros da equipa em situação de PCR. A realização de intervenções específicas, considerando o período temporal existente, teve de ser concretizada de uma forma direcionada, não sendo possível agir de encontro à totalidade das dificuldades identificadas.

No futuro, poderá ser interessante adequar as formações realizadas no serviço, sobre a temática, de acordo com a perceção das dificuldades, pelos elementos da equipa, sendo abordados a nível de formação todos os fatores inerentes à escala EPDAPI, o que não foi possível pelo período temporal existente para a realização do projeto.

Em suma, considera-se a realização deste relatório como um instrumento necessário, para o processo de reflexão e consciencialização das mudanças apreendidas enquanto enfermeira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas. Formasau.
- Afonso, A., & Nunes, C. (2019). Probabilidades e Estatística: Aplicações e Soluções em SPSS. Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/25959>
- Alarcão, I. & Canha, B. (2013). Supervisão e colaboração: Uma relação para o desenvolvimento. Porto Editora.
- Alarcão, I. & Tavares, J. (2003). Supervisão da Prática Pedagógica: Uma Perspetiva de Desenvolvimento e Aprendizagem. Livraria Almedina.
- Almeida, V., Abecasis, F., Gaspar, A., Boto, L., Rios, J., Camilo, C. & Vieira, M. (2017). Hemodiafiltração venovenosa contínua nas descompensações graves de doenças metabólicas. Acta Pediátrica Portuguesa, 48, 236-43.
- American Heart Association. (2020). Destaques das Diretrizes de RCP e ACE de 2020 da American Heart Association. <https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines>
- Augusto, A. (2014). Metodologias quantitativas/metodologias qualitativas: mais do que uma questão de preferência. Fórum Sociológico, nº24, p.73-77. <https://doi.org/10.4000/sociologico.1073>
- Benner, P. (2005). De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Quarteto Editora.
- Boell, L, Girondi, J & Santos, J. (2017). Simulação clínica: desenvolvimento de competência relacional e habilidade prática em fundamentos de enfermagem. Revista de enfermagem UFPE, 11(10), pp. 4184-90. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/231181/25158>
- Canterbury, R. & Yule W. (1999) The aftermath of road traffic accidents: psychological, social and legal consequences of an everyday trauma. (1) Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/books/edit/10.4324/9781003209232/aftermath-road-accidents-margaret-mitchell>
- Carvalho, M. & Matos, M. (2016). Intervenções Psicossociais em Crise, Emergência e Catástrofe: Artigo de revisão. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 12(2), 116-125.
- Catalão, M. & Gaspar, P. (2017). Dificuldades na assistência à paragem cardiorrespiratória intra-hospitalar: a perceção dos profissionais de saúde. Construindo conhecimento em enfermagem à pessoa em situação crítica, 9-27. Leiria, Instituto Politécnico de Leiria. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/2878>.
- Catalão, M. (2013). Dificuldades na assistência à PCR Intra-hospitalar: A perceção dos profissionais de saúde. [Dissertação para a obtenção do grau de Mestre]. Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde.
- Cavaco, V., José, H., & Lourenço, I. (2013). Comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva: que estratégias? Revista de Enfermagem Universidade Federal de Pernambuco online, 7(5), 4535-4543.
- Conselho de Enfermagem Regional. (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Secção Sul da Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>
- Costa, A. M. G. (2009). Inteligência emocional e assertividade nos enfermeiros. [Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Psicologia]. Escola Superior de Educação de Beja: Faro.
- Decreto lei nº 48/95 do Código Penal. (1995). Diário da República: I série, n.º 63, p.1-137. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675>
- Decreto-Lei n. 34/2012 do Ministério da Saúde. (2012). Diário da República: I série, nº32, 32.
- Decreto-Lei n.º 27/2006 da Assembleia da República. (2006). Diário da República: I serie, nº126/2006. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2006-66285526>
- Despacho n.º 10319/2014 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2014). Diário da República. II série, nº 153, 20673-4. <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Despacho n.º 1400-A/2015 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2015). Diário da República. II série, nº 28, 3882-4.
- Despacho n.º 5613/2015 do Secretario de Estado Adjunto do Ministério da Saúde – Ministério da Saúde. (2015). Diário da República. II série, nº 102, 13550-13553. <https://dre.pt/dre/analise-juridica/despacho/5613-2015-67324029>

- Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2021). Diário da República. II série, n.º 187, 96-103.
- Despacho n.º 9639/2018 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2018). Diário da República. II série, n.º 198, 27533. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>
- Diener, J. R., Prazeres, C. E., Rosa, C. M., Alberton, U. C., & Ramos, C. C. (2006). Avaliação da Efetividade e Segurança do Protocolo de Infusão de Insulina de Yale para o Controle Glicêmico Intensivo. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 18(3), 268-275.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Recomendação - Prevenção da transmissão de enterobactérias resistentes aos carbapenems em hospitais de cuidados de agudos - PPCIRA. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenems-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2004). Carta dos direitos do doente internado. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Guia Geral Para a Elaboração De Um Plano De Emergência Das Unidades De Saúde. Departamento da Qualidade NA Saúde – Divisão da Qualidade Clínica e Organizacional. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. (2022, janeiro). Doenças do Coração – Paragem Cardiorrespiratória. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-do-coracao/paragem-cardiorrespiratoria/#o-que-e-uma-paragem-cardiorrespiratoria>
- Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei). (2018). Guia de elaboração de trabalhos académicos. Escola Superior de Saúde de Leiria – Politécnico de Leiria.
- Fachin, O. (2005). Fundamentos de metodologia. (5) Editora saraiva.
- Fernandes, P., Silva, M., Cruz, A. & Paiva, J. (2016). Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em Núcleos. Direção-Geral da Saúde. http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2019/05/Relat_PPCIRA_2015.pdf
- Filho, C., Santos, E., Silva, R., & Nogueira, L. (2015). Fatores que comprometem a qualidade da ressuscitação cardiopulmonar em unidades de internação: percepção do enfermeiro. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 49(6), 908-914. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/N3vpsRKDKQMv88Ym6VhbVWVJ/?lang=pt>
- Floros, J. & Roussos, C. (2001). Infection Control In The ICU. *RT Magazine*.
- Fonseca, K. (2012). Investigação ação – Uma metodologia para prática e reflexão docente. *Revista Onis Ciencia*, (1), nº2.
- Fortin, M., Côte, J. & Fillion, F. (2009). Fundamentos e etapas do Processo de Investigação. *Lusodidacta*.
- Goot, W., Keers, J., Kuipers, R., Nieweg, R., & Groot, M. (2018). The effect of a multifaceted evidence-based practice programme for nurses on knowledge, skills, attitudes, and perceived barriers: A cohort study. *Nurse Education Today*, 63, 6-11.
- Herlitz, J., Bang, A., Aune, S., Ekström, L., Lundström, G., & Holmberg, S. (2001). Characteristics and outcome among patients suffering in-hospital cardiac arrest in monitored and non-monitored areas. *Resuscitation*, 48(2), 125–135. [https://doi.org/10.1016/s0300-9572\(00\)00249-5](https://doi.org/10.1016/s0300-9572(00)00249-5)
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013b). Protocolo Ambulância SIV – Abordagem da Vítima. (1 ed.) (versão 3.0).
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020b). Sistema de Gestão do INEM certificado pela APCER. <https://www.inem.pt/2020/06/26/sistema-de-gestao-do-inemcertificado-pela-apcer>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012a). Abordagem à vítima – Manual TAS/TAT. (1 ed.) (Versão 2.0). <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/10/Manual-TAS-TAT-Abordagem-%C3%A0-v%C3%ADtima.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012b). Situação de Exceção – Manual TAS. (1 ed.) (Versão 3.0).
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013a). SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica. (1 ed.) (Versão 2.0).
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017). Código de Ética dos Profissionais do INEM. <https://www.inem.pt/2017/05/22/codigo-de-etica-dos-profissionais-do-inem/>.

- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2018). Relatório Anual – Integração VMER & SIV. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/04/Relat%C3%B3rio-Integra%C3%A7%C3%B5es-VMER-e-SIV-2018.pdf>.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020a). Relatório Anual dos Meios de Emergência Médica 2020. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/04/Relatorio-Anual-Meios-de-Emergencia-Medica-2020-VF.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020c). Manual de Prevenção de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde do INEM. (2). CPCIRA Do INEM.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020d). Manual de Suporte Avançado de Vida. INEM. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
- Jesus, É., Roque, S. & Amaral, A. (2015). Estudo RN4CAST em Portugal: ambientes de prática de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, novembro 2015, pp.26-44.
- Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*,19(6), 1178-1184. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>
- Kolcaba, K. Y. & Kolcaba, R. J. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*,16 (11), 1301-1310. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01558.x>
- Lei nº 15/2014 da Assembleia da República. (2014). Diário da República: I série, nº 57, p. 2127-2131. <https://files.dre.pt/1s/2014/03/05700/0212702131.pdf>
- Lei nº 95/2019 da Assembleia da República (2019). Diário da República: I série, n.º 169, pp. 55-66. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Lopes, M. (2015). Satisfação do Acompanhante do Doente Adulto que Recorre ao Serviço de Urgência. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Lourenço, P.; Cardoso, I.; Matos, F.; Nodari, C. (2017). Cultura Organizacional e Qualidade em Serviços em Instituição de Saúde Pública. *Revista Pensamento Contemporâneo em Administração*. 1(4). 120-135.
- Macedo, J., Malheiro, R. (2000). A Emergência Do Modelo Holístico Nos Cuidados Aos Moribundos. *Boletim Do Hospital De São Marcos*,XVI, 1, 55-58. São Marcos.
- Martins, F., Pontes, V., Vieira, N. & Santos, P. (2012). Desgaste no serviço de atendimento pré-hospitalar móvel: percepção dos enfermeiros. *Revista De Enfermagem Da UFSM*, 2(2), 282–289. <https://doi.org/10.5902/217976924687>
- Mateus, B. (2007). Emergência Médica Pré-hospitalar - que realidade. *Lusociência*.
- McEvoy, L. & Duffy, A. (2008) Holistic practice – A concept analysis, *Nurse Education In Practice* 8(6), 412–419. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S147159530800019X?via%3Dihub>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle - Range and Situation - Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company. https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=TdLhXm5fpx8C&oi=fnd&pg=PR7&dq=Transitions+Theory+Middle+-+Range+and+Situation-Specific+Theories+in+Nursing+Research+and+Practice.&ots=7kKouRSIG6&sig=2ShgOL9BQZl_ZvJ5_Jncr6bMy14&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Miranda, I. (2020). As Vivências dos Enfermeiros na Catástrofe dos Incêndios Florestais de Pedrogão Grande. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2433/1/Isabel_Miranda.pdf
- Moraes, C., Paula, G., Silva, J., & Rodrigues, M. (2016). Desafios enfrentados pela equipe de enfermagem na reanimação cardiorrespiratória em uma unidade de emergência hospitalar. *Revista Eletrônica Estácio Saúde*, 5(1), 90-99. <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/index>
- Morete, M. Mofatto, S., Pereira, C. Silva, A. & Odiema, M. (2014). Tradução e adaptação cultural da versão portuguesa (Brasil) da escala de dor Behavioural Pain Scale. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 26 (4), 373-378. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v26n4/0103-507X-rbti-26-04-0373.pdf>
- Mourão, C. M. L., Albuquerque, A. M. S., Silva, A. P. S., Oliveira, M. S. & Fernandes, A. F. C (2009). Comunicação em enfermagem: Uma revisão bibliográfica. *Revista Rene*. 10(3). http://www.revistarene.ufc.br/vol10n3_pdf/a17v10n3.pdf
- Norma n.º 001/2017 da Direção-Geral da Saúde. (2017). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Norma N.º 015/2017 da Direção Geral da Saúde. (2017) <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-ecirculares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx>

- Norma n.º 018/2014 da Direção-Geral da Saúde. (2014). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014-pdf.aspx>
- Norma n.º 21/2015 da Direção-Geral da Saúde. (2015). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>
- Norma n.º 002/2018 da Direção-Geral da Saúde. (2018). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>
- Norma n.º 19/2015 da Direção-Geral da Saúde. (2015). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015-pdf.aspx>
- Nunes, L. (2020). Aspetos Éticos na investigação de Enfermagem. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal NURSE'IN - Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas, Departamento de Enfermagem Campus do IPS. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Olasveengen, T. M., Semeraro, F., Ristagno, G., Castren, M., Handley, A., Kuzovlev, A., Monsieurs, K. G., Raffay, V., Smyth, M., Soar, J., Svavarsdottir, H., & Perkins, G. D. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Basic Life Support. *Resuscitation*, 161, 98–114. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.009>
- Oliveira, A., & Martins, J. (2013). Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências. *Rev. Enf. Referência*, 3(9), 115-124. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1287>
- Oliveira, E. M. (2012). O Primeiro Contacto da Família com a UCI. [Dissertação para obtenção do grau de Mestrado] Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). DOR - Guia Orientador de Boa Prática. Série I. Nº 1. ISBN: 978-972-99646-9-5
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008b). Plano Estratégico do Ensino de Enfermagem 2008-2012. OE. [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/2008_PlanoEE Enfermagem.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/2008_PlanoEE%20Enfermagem.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem MédicoCirúrgica. Padrões da Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória; na área de enfermagem à situação crónica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Anuário Estatístico 2022. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Organização Mundial da Saúde. (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde - Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Organização Mundial da Saúde. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2011). Report on the Burden of Endemic Health Care Associated Infection Worldwide. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf
- Orientação n.º 008/2011 da Direção-Geral da Saúde. (2011). http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/carros_de_emergencia.pdf
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J. M., Nóbrega, J. J., Vaz, J. & Coutinho, P. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva. República Portuguesa. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Parecer n.º 14/2018 da Mesa do Colégio Da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2018). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n14_2018_rectificado.pdf
- Parecer n.º 10/2017 da Mesa do Colégio Da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

- Parecer nº 15/2018 da Mesa do Colégio Da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2018). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Parecer nº 64/2017 do Conselho Jurisdicional. Ordem dos Enfermeiros. (2017). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer%2064_2017_DisponibilizacaoIndicacaoMedicacao.pdf.
- Pereira, M., Silva, M., Pereira, S. & Pissarra, H. (2020). Atividade da Comissão de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (CPCIRA) do INEM, em contexto covid-19, no ano 2020. Artigo de Revisão. Separata Científica. (9).
- Pinheiro, S (2017). Competências Especializadas e a Pessoa Em Situação Crítica: Do socorro pré-hospitalar ao hospital. [Dissertação para a obtenção do grau de Mestre] Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. <http://hdl.handle.net/10400.26/22413>.
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C. & Becker, K. ... Tirschwell D. L. (2019) Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals. American Heart Association Journal. E46-e99. <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STR.000000000000158>
- Prodanov, C. & Freitas, E. (2013). Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas de Pesquisa e do Trabalho Académico. Universidade Feevale.
- Pupulim, J.& Sawada, N. (2002). Reflexões acerca da comunicação enfermeiro-paciente relacionada à invasão da privacidade. Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem. São Paulo. http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000052002000100045&ing=pt&nrm=iso.
- Queiroz, P., Schulz, R., & Barbosa, J. (2017). Importância Da Tecnologia No Processo De Enfermagem Para O Tratamento De Feridas Crônicas. Revista Enfermagem Contemporânea, 6(2), 158. doi:10.17267/2317-3378rec.v6i2.1182
- Rabiais, I., & Amendoeira, J. (2013). Educar em Enfermagem: um processo de reflexividade na interação. Cadernos De Saúde, 6, 55-68. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2013.2841>
- Rego, A. & Coelho, P. (2016). Organizar a prestação de cuidados por “enfermeiro de referência promove a qualidade. Servir, 59(5 -6), 68-75.
- Regulamento n.º 101/2015 da ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II série, nº 48, 5948- – 5952. <https://files.dre.pt/2s/2015/03/048000000/0594805952.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, nº 26, 4744 – 4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 366/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, nº 113, 16656 –16663. <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115504842/details/normal?l=1>
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, nº 135, 19359-1937. <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>
- Regulamento n.º 533/2014 da Ordem dos Enfermeiro. (2014). Diário da República, II série, nº 233, 30247-30254. <https://dre.pt/home/-/dre/124981040/details/maximized>
- Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiro. (2019). Diário da República, II série, nº 184, 128-155. <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>
- Ribeiro, J.M. (2011). Autonomia profissional dos enfermeiros - artigo de investigação. Revista De Enfermagem Referência, III (5), 27-36. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239964004>
- Rocha, A.; Santos, M. & Cruz, S. (2015). Supervisão clínica em enfermagem: estratégia potenciadora da excelência dos cuidados. II Congresso Internacional de Supervisão Clínica: Livro de Comunicações & Conferências. (pp. 100-106).
- Sá, F., Botelho, M. & Henriques, M. Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. Pensar Enfermagem. 19(1). 31-46
- Santos L., Lima, J., Garcia, F., Monteiro, F., Silva, N. & Silva, J. (2019). Orientações metodológicas para a elaboração de trabalhos de investigação. Cadernos do IUM, 2 (8), pp. 1-175. https://www.ium.pt/s/wp-content/uploads/20190821_CAD-08_Miolo_WEB-1.pdf
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. Revista de Enfermagem Referência, II (11), 59-62.

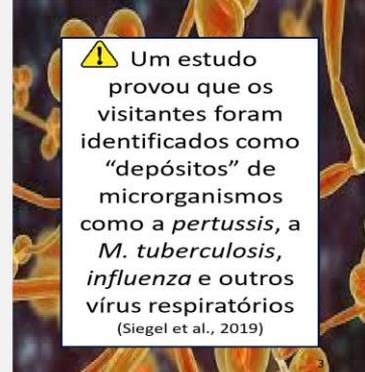
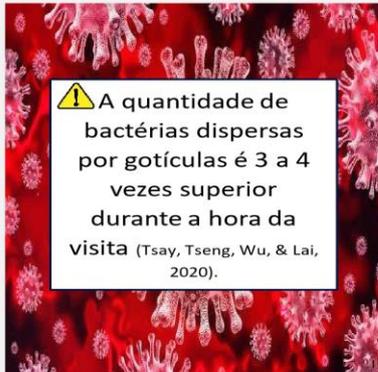
- Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., & Chiarello, L. (2019). Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Retrieved from: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>.
- Silva, R. M. da, Campos, P., Reis, A. M., & Bandeira, R. (2015). Princípios de Medicina de catástrofe em revisão a partir de Fukushima. *Territorium*, 22, 249-266. https://doi.org/10.14195/1647-7723_22_19
- Simões, J.; Alarcão, I & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista de Enfermagem Referência*, II (6), 91-108.
- Smith, D., & Bowden, T. (2017). Using the ABCDE approach to assess the deteriorating patient. *Nursing Standard*, 32(14), 51-63. doi:10.7748/ns.2017.e11030.
- Sociedade Europeia de Cardiologia. (2019). Recomendações de Bolso de 2019 da ESC Comissão para as Recomendações Práticas - TSV Recomendações para o Tratamento de Doentes com Taquicardia Supra ventricular. Sociedade Portuguesa de Cardiologia.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos. (2008). Transporte de Doentes Críticos – Recomendações. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Sousa, L., Maques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O. & Antunes, A. (2018). Modelos de Formulação da Questão de Investigação na Prática baseada na Evidência. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2 (23), pp. 31-39. <https://repositorio-cientifico.essatla.pt/handle/20.500.12253/1287>
- Sullivan, A., Elshenawy, S., Ades, A. & Sawyer, T. (2019). Acquiring and Maintaining Technical Skills Using Simulation: Initial, Maintenance, Booster, and Refresher Training. *Cureus* 11(9). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31723493/>
- Teixeira, J. & Durão, M. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. IV série (10) , 135-142.
- Ventura-Silva, J., Martins, M. & Trindade, L. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6 (2), 278-295. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento* (3º ed.) Edições Sílabo. ISBN: 978-989-561-097-6
- World Health Organization and Internacional Council of Nurses. (2009). *ICN Framework of Disaster Nursing Competencies*. <http://www.apednn.org/doc/resourcespublications/ICN%20Framework%20of%20Disaster%20Nursing%20Competencies%20ICN%202009.pdf>

APÊNDICES

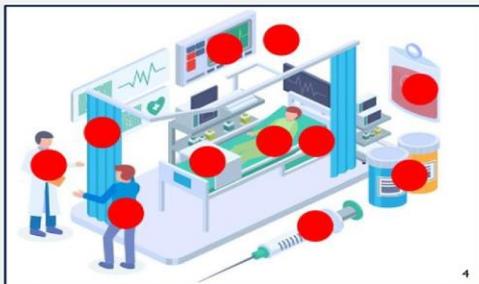
APÊNDICE I – Poster Visita Hospitalar

VISITA HOSPITALAR SERVIÇO MEDICINA INTENSIVA

SABIA QUE?



ORA VEJA:

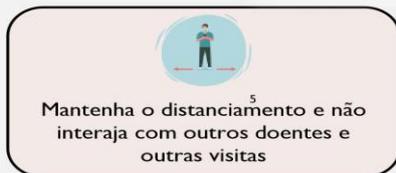
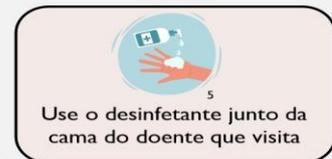
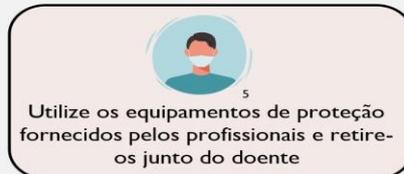


Bolas vermelhas



Possíveis fontes de contaminação presentes na unidade do doente

COMO PODE EVITAR?



BIBLIOGRAFIA: 1-<https://www.istoedinheiro.com.br/variante-delta-tem-carga-viral-300-vezes-mais-elevada-do-que-virus-original-conclui-estudo/>; 2-<https://super.abril.com.br/ciencia/bacterias-tornam-se-suicidas-para-protoger-suas-colonias/>; 3-<https://olhardigital.com.br/2021/06/04/medicina-e-saude/mucormicose-custo-para-tratamento-fungo-negro-pode-passar-450-mil-apenas-com-remedios/>; 4-<http://www.visitahospitalar.duckdns.org/8082/sabia-que-pode-ser-um-agente-de-prevencao-das-infeccoes-hospitalares/>; 5-https://www.carva.com/design/DAtyJy8B4E/0uV_bicqimn_gg_S2n0K6A/edit/foacale-pt-PT8-6-https://pt.pngtree.com/freepng/vector-hospital-bed_2883843.html; Hui, D. S., Ashar, E. I., Kim, Y. J., Nemish, Z. A., Oh, M. J., & Zumbala, A. (2018, August 1). Middle East respiratory syndrome coronavirus: risk factors and determinants of primary, household, and nosocomial transmission. *The Lancet Infectious Diseases*, Vol. 18, pp. e217–e227. Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(18\)30127-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(18)30127-0); Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., & Chiarello, L. (2019). 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings (updated July 2019) <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>; Tsay, M. D., Tseng, C. C., Wu, N. X., & Lai, C. Y. (2020). Size distribution and antibiotic-resistant characteristics of bacterial bioaerosol in intensive care unit before and during visits to patients. *Environment International*, 144, 106024. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2020.106024>

APÊNDICE II – Questionário / Instrumento de Colheita de Dados

Autoperceção das dificuldades do Enfermeiro em situação de Paragem Cardiorrespiratória - Projeto de melhoria continua da qualidade num serviço de Medicina

***Required**

Projeto desenvolvido por: Vera Frazão / Professora Orientadora: Cristina Costeira

No âmbito do 9º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, eu Vera Monica Vieira Frazão, encontro-me a desenvolver um projeto de melhoria continua da qualidade dos cuidados de Enfermagem. Este projeto tem como objetivo analisar as principais dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem em situações de paragem cardiorrespiratória (PCR) e uso do carro de emergência; Identificar estratégias que melhorem a assistência prestada pelo enfermeiro, no serviço de medicina, na utilização do carro de emergência de forma eficaz aquando de uma situação de PCR; Implementar estratégias, de acordo com as necessidades/dificuldades encontradas e por fim determinar o impacto das estratégias implementadas. Para o desenvolvimento deste projeto gostaria de pedir a sua ajuda para o preenchimento deste questionário. O

preenchimento é facultativo, mas a sua participação é essencial para o desenvolvimento deste projeto.

O questionário terá a duração de cerca de 20 minutos

Será garantida a confidencialidade e anonimato, bem como os pressupostos éticos.

Em caso de dúvida poderá contactar através do email: verafrazao@ua.pt

Por favor, leia as questões seguintes e responda a todas.

*preenchimento obrigatório

1. Li e entendi os objetivos do projeto, autorizo a utilização dos dados para desenvolvimento do projeto acima referido, para efeitos de investigação e publicação. *

Mark only one oval.

Sim

Não

2. No sentido de comparar os questionários antes e após implementação de estratégias, mantendo a privacidade, solicito que insira um código formalizado da seguinte forma: 2 primeiros números do seu número mecanográfico + 2 últimos números do seu telefone + primeira letra do nome. *
-

Dados sociodemográficos

3. Idade *
-

4. Sexo *

Mark only one oval.

Feminino

Masculino

5. Grau de Escolaridade *

Mark only one oval.

Bacharelato

Licenciatura

Pós-Graduação

Mestrado

Doutoramento

6. Experiência profissional (em anos): *
-

7. Tempo de trabalho no serviço de Medicina (meses e/ou anos) : *
-

8. Tem formação em Suporte Básico de Vida (SBV)? *

Mark only one oval.

Sim

Não

9. Tem formação em Suporte Avançado de Vida (SAV)? *

Mark only one oval.

Sim

Não

**Avaliação das dificuldades
percecionadas pelos profissionais de
saúde na Assistência à Paragem
Cardiorrespiratória (PCR)**

A escala que se apresenta para preenchimento, "Escala de Perceção de Dificuldades na Assistência à PCR Intra-Hospitalar", pretende proceder ao levantamento das dificuldades percecionadas pelos profissionais de saúde, na

assistência à PCR Intra-Hospitalar e identificar

quais os fatores condicionantes, como interferências desfavoráveis, na

Reanimação Cardiorrespiratória (Catalão & Gaspar, 2013).

10. Classifique cada uma das seguintes afirmações (com um X na quadricula correspondente) de acordo com o seu grau de concordância. *

Tick all that apply.

	Discordo plenamente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo plenamente
No seu Serviço, um doente em PCR é assistido em menos de 5 minutos com SBV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No seu Serviço, um doente em PCR é assistido em menos de 5 minutos com SAV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No seu serviço consegue monitorizar um doente/vítima em 90 segundos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No seu Serviço, tem disponível equipamento para RCP a menos de 4 minutos do local da PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No seu serviço está disponível, para uso imediato, um carro de emergência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No seu serviço, todos os doentes em risco de PCR estão monitorizados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em caso de necessidade, existem monitores de sinais vitais em número suficiente em relação ao número de doentes/vítimas

Todos os profissionais tomam conhecimento, simultaneamente e, de que um evento de PCR está a ocorrer (Ex: Uso de campainha com alarme sonoro; uso de palavra código "paragem" em projeção de voz).

Quando solicita a ajuda diferenciada para o serviço de apoio diferenciado, é sempre o profissional de saúde destacado para a assistência que atende o telefone.

Depois de solicitada a ajuda diferenciada, esta chega ao local do evento de PCR, em menos de 4 minutos.

A ajuda diferenciada está familiarizada com as *guidelines* do SBV e do SAV em vigor.

A ajuda diferenciada providencia a instalação do doente/vítima de PCR, após RCP, em serviço de UCI ou Urgência.

O número da extensão telefónica para a qual devem ligar para solicitar a ajuda diferenciada está disponível e rapidamente acessível.

Para solicitar a ajuda diferenciada, existe apenas um nº de extensão telefónica, em linha direta e única, para o efeito.

Tem dificuldades em manusear o Monitor Desfibrilhador com segurança.

Habitualmente utiliza o Monitor Desfibrilhador.

Em RCP, não tem
dúvidas nos
algoritmos de SAV.

Conhece os
fármacos de
reanimação

Utiliza
regularmente os
fármacos de
reanimação.

Nos últimos 12
meses, iniciou
manobras de RCP,
em pelo menos
um doente.

Conhece todos
os materiais do
carro de
emergência.

Manuseia sem
dificuldade
todos os
materiais do
carro de
emergência

Conhece o
sistema de
assistência à PCR
instituído a nível
hospitalar
(telefonar ao
serviço de apoio)

Conhece a
Escalade Coma
de Glasgow.

Consegue perceber sempre se a respiração de um doente/vítima está a ser eficaz.

Avalia sempre a qualidade do pulso periférico, num doente/vítima não reativo a estímulos externos.

Reconhece com facilidade um doente/vítima emergente.

Ao monitorizar o doente/vítima, reconhece com facilidade os traçados cardíacos emergentes.

Num sítio inesperado (Ex elevador, escadas), se for chamado para ajudar num evento de PCR, normalmente toma a Liderança da Situação.

Quando colabora na assistência a um doente/vítima em PCR, executa os procedimentos com nervosismo

Sente-se
preparado
emocionalmente
para atuar em PCR

Sente-se
preparado
tecnicamente para
atuar em PCR.

Confia na sua
capacidade e
perícia técnica
para atuar em
doentes/vítimas
de PCR com
segurança.

Obrigada pela sua colaboração!

This content is neither created nor endorsed by Google.

Forms Google

APÊNDICE III – Autorização para utilização da Escala EPDAPI pelos autores

Re: FW: Pedido utilização de escala

sex, 05/11/2021 17:42

Para:

Cc:

1 anexos (284 KB)

DIFICULDADESNAASSISTNCIAPARAGEM.pdf

Cara Vera Frazão, boa tarde.

Temos todo o gosto e interesse que possa utilizar a Escala de Perceção de Dificuldades na Assistência à PCR Intra- Hospitalar (EPDAPI) e agradecemos o interesse demonstrado.

Para tal deverá citar os autores (Catalão e Gaspar, 2017) e listar em Referencias Bibliográficas como:

Catalão,MJM & Gaspar, P. (2017). Dificuldades na assistência à paragemcardiorrespiratória intra-hospitalar: a perceção dos profissionais de saúde. INConstruindo conhecimento em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. 1ª Edição:setembro de 2017, Publisher: © Unidade de Investigação em Saúde, EscolaSuperior de Saúde de Leiria | Instituto Politécnico de Leiria. ISBN:978-989-99793-8-3.

Enviamos em anexo cópia do trabalho publicado.

Com os melhores cumprimentos e votos do maior sucesso académico,

Professor Adjunto

Instituto Politécnico de Leiria | Escola Superior de Saúde

ciTechCare – Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde

On Fri, 5 Nov 2021 at 17:14,

De:

Enviado: 5 de novembro de 2021 17:13:59 (UTC+00:00) Dublin, Edinburgh, Lisbon, London

Para:

Assunto: Pedido utilização de escala

Boa tarde Exmo.

No âmbito do 9º curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, eu Vera Monica Vieira Frazão, encontro-me a desenvolver um estudo descritivo inserido num projeto de melhoria continua. Este projeto tem como objetivo analisar as principais dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem em situações de paragem cardiorrespiratória e uso do carro de emergência. Tive conhecimento da Escala de Perceção de Dificuldades na Assistência à PCR Intra- Hospitalar (EPDAPI), validada pelo a qual não obtive o contacto, solicitava autorização da utilização da escala.

APÊNDICE IV – Autorização do Conselho de Administração e Conselho de Ética para realização do estudo de investigação

DELIBERAÇÃO DO Conselho de Administração
Acta nº 3 *2022/01/19*

Autógrafa
22.01.19

O Conselho de Administração

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração

Presidente do Conselho de Administração	<i>[assinatura]</i>
Presidente do Conselho de Administração	<i>[assinatura]</i>
Presidente do Conselho de Administração	<i>[assinatura]</i>
Presidente do Conselho de Administração	<i>[assinatura]</i>
Presidente do Conselho de Administração	<i>[assinatura]</i>
Presidente do Conselho de Administração	<i>[assinatura]</i>
Presidente do Conselho de Administração	<i>[assinatura]</i>
Presidente do Conselho de Administração	<i>[assinatura]</i>

4 de janeiro de 2022

Parecer A
Alargamento de Horas
2022/01/18

Assunto: Estudo no âmbito do seu Curso de Mestrado de Enfermagem à Pessoa em situação crítica na ESSLeI-IPLeiria intitulado "Autoperceção das dificuldades do Enfermeiro em situação de Peragem Cardiorrespiratória-Projeto de melhoria contínua da qualidade num serviço de Medicina" submetido pela Enf.ª Vera Mónica Vieira Frazão a exercer funções no serviço de Medicina Interna, a desenvolver no Serviço de Medicina.

De acordo com o Procedimento Interno "Aprovação de estudos e projetos de Investigação", em vigor desde 2016.03.07, informa-se que o estudo mencionado em epígrafe está devidamente instruído de acordo com os elementos assinalados na Listagem de Documentos e Validação, em anexo.

Uma vez que o estudo consiste na recolha de dados através de questionários e formação aos profissionais, sob os pressupostos das Boas Práticas para a Investigação Clínica, o mesmo não colide com as medidas do Plano de Contingência, para a COVID-19, atualmente em vigor.

Mais se informa que o presente estudo obteve o parecer favorável pela Comissão de Ética, de acordo com a Ata n.º 10 de 2021.17.14. Neste sentido, submete-se o pedido anexo para decisão final do Conselho de Administração.

Com as melhores cumprimentos,

O COORDENADOR DO CENTRO DE INVESTIGAÇÃO

[assinatura]

(JOÃO MORAIS)

Recebi 2022.01.04 Bc.
Rua do Olinho,
Praça 2.ª - 2.º Lote
1449-016 81000 28-49029022 Fax 2819-1127
E-mail: ca@essleip-leiria.pt
www.essleip-leiria.pt

original CI 2022/01/18

UNIVERSIDADE DE LEIRIA
Instituto de Saúde, Segurança e Qualidade

