



**1.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA
DA ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO FINAL

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica

**Obstrução da Via Aérea por Corpo Estranho no Idoso: Conhecimentos dos
Profissionais de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados**

Flávia Susana Azevedo Brás

Leiria, março de 2024



**1.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA
DA ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO FINAL

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica

**Obstrução da Via Aérea por Corpo Estranho no Idoso: Conhecimentos dos
Profissionais de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados**

Relatório apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
com área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Flávia Susana Azevedo Brás – n.º 5220161

Orientador: Professora Doutora Cristina Raquel Batista Costeira

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

Leiria, março de 2024

PENSAMENTO / DEDICATÓRIA

“Toda a teoria deve ser feita para poder ser posta em prática, e
toda a prática deve obedecer a uma teoria.”

Fernando Pessoa (1926)

Dedicado aos meus Pais.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Cristina Costeira pela sua disponibilidade, trabalho, dedicação e empenho ao longo deste meu percurso académico. E pela sua paciência e carinho demonstrados em momentos de algum *stress*, nomeadamente na realização dos trabalhos.

Aos meus pais pelo esforço que fizeram para chegar até aqui e por todo o apoio que me deram nesta jornada.

Às minhas orientadoras de Ensino Clínico, Enfermeira Especialista Ângela, Sónia, Dora, Inês e Mónica, pela transmissão de conhecimentos na prática de cuidados de enfermagem especializados e pela vossa paciência. Sei que fui um desafio bastante grande para vocês.

Às minhas Amigas, pela vossa compreensão na minha indisponibilidade. Gosto muito de vocês.

Sem a ajuda de todos não teria conseguido terminar esta Jornada. Obrigada do fundo do coração.

RESUMO

Este relatório divide-se em duas partes, sendo a primeira relativa à descrição e reflexão crítica sobre o processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas exigidas ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação crítica. Esta reflexão diz respeito a experiências desenvolvidas nos três estágios: serviço urgência médico-cirúrgica, emergência extra-hospitalar e serviço de medicina intensiva, desenvolvidos no curso de mestrado e que se configuram na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Na segunda parte deste relatório é apresentado, em formato de artigo, um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, com o tema “Obstrução da via aérea por corpo estranho no idoso: Conhecimentos dos profissionais de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados”. Este artigo foi já submetido e aceite para publicação pela Revista Ibero-Americana de Gerontologia.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista; Competências comuns e específicas; Obstrução da via Aérea por corpo estranho; Idoso; Conhecimentos dos profissionais; Unidade de Cuidados Continuados Integrados.

ABSTRACT

This report is divided into two parts, the first of which describes and critically reflects on the process of developing the common and specific competences required of nurses specialising in medical-surgical nursing in the area of critical care nursing. This reflection concerns the experiences developed in the three internships: medical-surgical emergency service, out-of-hospital emergency service and intensive care medicine service, developed during the master's course and which are configured in the provision of care to people in critical situations. The second part of this report presents, in article format, a project to continuously improve the quality of nursing care, with the theme "Airway obstruction by a foreign body in the elderly: Knowledge of professionals in an Integrated Continued Care Unit". This article has already been submitted and accepted for publication by the Ibero-American Journal of Gerontology.

Keywords: Specialist Nurse; Common and specific competences; Airway obstruction by a foreign body; Elderly; Professional knowledge; Integrated Continued Care Unit

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

B-ICU.Care® – *Bsimple Intensive Care Unit*

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CVC – Cateter Venoso Central

ECD – Exames Complementares de Diagnóstico

ECG – Eletrocardiograma

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMCPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica

EEH – Emergência Extra-Hospitalar

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

IACS – Infecções Associadas ao Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

i-TEAMS – INEM Tool for Emergency Alert Medical System

JCI – *Joint Commission International*

n.º – número

NEWS – *National Early Warning Score*

OVACE – Obstrução da Via Aérea por Corpo Estranho

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PBCI – Precauções Básicas do Controlo de Infecção

PBE – Prática Baseada na Evidência

PMCQ – Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RIAGE – Revista Ibero-Americana de Gerontologia

SAV – Suporte Avançado de Vida

SE – Sala de Emergência

SIRESP – Sistema Integrado de Redes de Emergência e Segurança de Portugal

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SQUIRE – *Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence*

SUG – Serviço de Urgência Geral

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

ULS – Unidade Local de Saúde

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	12
1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	13
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA.....	14
1.2. EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR	17
1.3. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	20
2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	23
2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	23
2.1.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	23
2.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade	27
2.1.3. Gestão de Cuidados	30
2.1.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	33
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	36
2.2.1. Cuida da Pessoa, Família / Cuidador a vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e / ou Falência Orgânica	36
2.2.2 Dinamiza a resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da conceção à ação.....	46
2.2.3. Maximiza a intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência a Antimicrobianos, perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	51
PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	58
1. PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.....	59
CONCLUSÃO	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
APÊNDICES	
APÊNDICE I: Poster “Gasometria Arterial: Uma Breve Revisão”	
APÊNDICE II: Poster “O Enfermeiro Forense no Pré-Hospitalar”	

APÊNDICE III: Resumo para Congresso Envelhecer nos Eixos II – “Obstrução da via aérea por corpo estranho no idoso: Conhecimentos e atuação dos profissionais de uma unidade de cuidados continuados”

APÊNDICE IV: Fluxograma “Atuação em caso de Obstrução da Via Aérea / Engasgamento no Utente Idoso”

APÊNDICE V: Instrumento de Colheita de dados – Questionário 1 e 2

ANEXOS

ANEXO I: Certificado de integração na Comissão Organizadora das Jornadas de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

ANEXO II: Certificado Comunicação Livre para Congresso Envelhecer nos Eixos II – “Obstrução da via aérea por corpo estranho no idoso: Conhecimentos e atuação dos profissionais de uma unidade de cuidados continuados”

ANEXO III: Parecer da Comissão de Ética

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento técnico e científico aplicado na resposta às necessidades dos cuidados de saúde permitiram melhorar a qualidade de vida das pessoas (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Como resposta a esta melhoria, a prestação de cuidados de enfermagem é cada vez mais exigente a nível científico e técnico, fazendo com que os enfermeiros se queiram diferenciar e especializar numa determinada área de atuação. A Ordem dos Enfermeiros (OE) reconhece essa exigência e atribui o título de Enfermeiro Especialista (EE) aos enfermeiros que detenham competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados nas várias áreas de especialidade, sendo uma delas a Enfermagem Médico-Cirúrgica, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019). O mesmo regulamento refere que todos os EE devem deter competências comuns, nomeadamente na área da gestão, conceção e supervisão de cuidados, e a sua prática de enfermagem especializada deve ser suportada no campo da investigação, assessoria e formação.

Dada a complexidade dos cuidados de enfermagem, é exigido que o EE detenha, também um conjunto de competências específicas para dar resposta aos problemas de saúde e às intervenções definidas para cada área de especialidade, adequando os cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Neste sentido, segundo o Regulamento n.º 429/2018 (2018, p.19362), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica (EEMCPSC) cuida da pessoa “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. Este Regulamento refere que o EEMCPSC deve prestar cuidados de enfermagem altamente qualificados de forma contínua e holística à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, dando resposta às necessidades afetadas, prevenindo complicações e limitando incapacidades, com vista a recuperação total da pessoa em situação crítica (PSC).

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem à PSC com Relatório, integrada no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à PSC, da Escola Superior de Saúde de Leiria do Politécnico de Leiria, surge este documento que se configura num relatório final com os objetivos de: i) refletir criticamente nas competências comuns e específicas do EE desenvolvidas ao longo de três estágios desenvolvidos na prestação de cuidados à PSC (serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC), contexto de emergência extra-hospitalar (EEH) e serviço de medicina intensiva (SMI)); ii) descrever um

Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade (PMCQ), evidenciando competências de investigação.

Encontra-se ainda, dividido em duas partes. Na parte I é realizada uma reflexão acerca do desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE, com a descrição dos contextos da prática especializada em enfermagem, das situações vivenciadas, as dificuldades sentidas e estratégias adotadas. Cada estágio teve a duração de 180 horas, entre fevereiro de 2023 e janeiro de 2024. Os diferentes locais onde foram realizados os estágios permitiram a aquisição e o desenvolvimento das competências comuns do EE, segundo o Regulamento n.º 140/2019 (2019), e das competências específicas do EEEMCPSC, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018 (2018).

Na parte II é apresentado um PMCQ, em formato de artigo sobre “Obstrução da Via Aérea por Corpo Estranho no Idoso: Conhecimentos dos Profissionais de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados”. O tema surgiu pelo facto do aumento do número de casos de Obstrução da Via Aérea por Corpo Estranho (OVACE) no Idoso na UCCI, onde a mestrandia exerce funções, e pela verificação de um nível de conhecimentos reduzido dos profissionais sobre o tema, através do método de *brainstorming* (numa fase inicial). O planeamento e implementação do PMQC foi realizado segundo o Guião para a Organização de PMCQ da OE (2013), tendo por base o ciclo de *Deming (Plan; Do; Check; Act/Adjust)* e o guia *Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE) 2.0* (2020). O Artigo foi elaborado de acordo com as regras para submissão da Revista Ibero-Americana de Gerontologia (RIAGE) (2022a), uma revista indexada pela *International Scientific Indexing* (RIAGE, 2022b) e que já foi submetido para revisão e encontra-se no prelo.

Para a elaboração deste relatório foram ainda respeitadas as indicações do Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da Escola Superior de Saúde de Leiria do Politécnico de Leiria (2018) e as citações e referências bibliográficas foram realizadas de acordo com as orientações da sétima edição das normas da *American Physiological Association* (Politécnico de Leiria, 2021).

PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo a Lei n.º 31/2021 (2021), os estágios são classificados como uma importante estratégia de formação em enfermagem, permitindo ao estudante adquirir conhecimentos sobre a prática, aptidões e competências. Este processo de aprendizagem permite ao estudante treinar competências em qualquer contexto, mobilizando conhecimentos por forma a cuidar da pessoa (Soares, 2021). Os estágios permitem intervir num determinado contexto, desenvolvendo competências e atitudes, que permitem ao estudante, determinar a sua identidade profissional (Dou et al., 2022; Tseng et al., 2022). Foi através desta estratégia que foi possível desenvolver competências comuns e específicas do EE. Assim, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018 (2018) o EEEMCPSC deve prestar cuidados especializados visando a melhoria da qualidade de vida da pessoa, detetando precocemente, estabilizando e recuperando perante as situações que necessitam de meios avançados de monitorização, vigilância e terapêutica, com a prevenção de eventos adversos e complicações. Os processos complexos implicam uma tomada de decisão baseada na informação e potenciais consequências de cada recurso, o que vai determinar a intervenção do EE em ambiente hospitalar ou extra-hospitalar. O crescente conhecimento do EEMCPSC requer o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência (PBE), liderando a realização de projetos de formação, assessoria e investigação com vista à potencialização e atualização dos seus conhecimentos no desenvolvimento de competências na sua área de especialização, nos diversos contextos de atuação.

1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

O desenvolvimento das competências comuns do EE, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019), e das competências específicas do EEEMCPSC, segundo o Regulamento n.º 429/2018 (2018), foi possível com a realização de estágios em três contextos formativos diferentes: SUMC de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da Região Centro; contexto de EEH numa ambulância de suporte imediato de vida (SIV) e viatura médica de emergência e reanimação (VMER) da Delegação Regional do Centro do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM); Serviço de Medicina Intensiva da mesma ULS, onde se realizou o primeiro estágio.

Para além da possibilidade de diversidade de processos complexos e situações emergentes e da prestação de cuidados de enfermagem diferenciados à PSC nos diferentes contextos, a escolha dos locais de estágio prenderam-se pela proximidade com a área de residência e do local de trabalho da mestranda, o que permitiu conciliar a vida académica e profissional. No que diz respeito ao segundo estágio, denominado de estágio de opção, a escolha de um contexto de EEH deveu-se ao interesse pessoal por conhecer mais e melhor a realidade de cuidados neste contexto, e pela inexperiência nesta área de cuidados à PSC.

No decorrer dos estágios foram experienciados processos de transição, tanto a nível pessoal, como a nível profissional, com a prestação de cuidados à PSC a vivenciar processos de saúde/doença. Na vida, a pessoa passa por várias mudanças a nível profissional e pessoal, que podem trazer momentos de instabilidade, devendo existir uma adaptação às mesmas (Santos et al., 2016). O processo de transição gera vários significados determinados pela perceção da pessoa. As transições são os resultados nas mudanças de vida, ambiente e relacionamentos (Guimarães et al., 2016), tal como explica a teoria de médio alcance das transições de Meleis (Meleis et al., 2010). Santos et al. (2016) referem que as transições são complexas e temporais, refletidas nas alterações de papéis, identidade e habilidades, envolvendo uma mudança no estilo de vida. Assim, a teoria de médio alcance das transições, segundo Meleis et. al. (2010), é explicada pela natureza, condições e padrões de resposta das transições, com interligação ao papel de enfermagem. Quanto à natureza das transições, estas podem ser de saúde/doença, em que a pessoa passa de um estado de bem-estar para um estado de doença aguda, ou de um estado de doença aguda para um estado de bem-estar (Guimarães et. al., 2016; Meleis et. al, 2010). Neste sentido, nos estágios foram vivenciados processos de

transição saúde/doença da PSC, dada a sua alteração no estado de saúde e situação de vulnerabilidade, e respetiva adaptação à sua nova realidade. Ainda quanto à natureza das transições, estas também podem ser situacionais, em que existe uma alteração de papéis nos contextos em que a pessoa está inserida. Assim, durante a realização dos estágios foi experienciada uma transição profissional de saúde / estudante, em que o processo envolveu a mudança de postura e comportamentos, gestão de emoções, e a adaptação aos vários contextos dos estágios.

1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA

O Serviço de Urgência Geral (SUG), onde foi realizado o primeiro estágio, é classificado como SUMC, segundo o Despacho n.º 13427/2015 (2015), o qual se encontra incluído na Rede de Referência de Urgência/Emergência. De acordo com o Despacho n.º 10319/2014 (2014), um SUMC é classificado como o segundo nível de acolhimento a situações de urgência, com referência a outras unidades hospitalares, como o apoio diferenciado primordial à rede de serviço de urgência básica e a referência para serviços de urgência polivalente em caso de cuidados mais diferenciados ou que necessitem de apoio de especialidades, que não existem no SUMC. Este serviço tinha como missão a prestação de cuidados de saúde técnicos, específicos e humanos, intervindo continuamente na PSC, com os objetivos de normalizar as suas funções vitais, evitar complicações e restaurar a sua saúde. Neste sentido, as patologias mais frequentes no decorrer do estágio foram infeção do trato urinário, acidente vascular cerebral (AVC) e dor. No SUG era garantida a prestação de cuidados de saúde em situações de urgência e emergência, 24 horas por dia, todos os dias.

Fisicamente, o SUG encontrava-se estruturado em seis áreas funcionais para a prestação de cuidados à PSC, como a área verde, área amarela, área laranja, área vermelha ou sala de emergência (SE), área roxa ou Ortopedia, e área Verdes 2 ou Área de Doentes Respiratórios. Outras áreas funcionais existentes no SUG eram os dois postos de Triagem, o Gabinete de Informações aos Familiares e o Gabinete de Gestão de Camas. Neste gabinete, era possível realizar uma coordenação entre as vagas existentes em cada serviço da Instituição, e as pessoas no SUG que necessitavam de internamento, considerando o sexo da pessoa e possível existência de microrganismos multirresistentes, possibilitando ao enfermeiro comunicar e gerir as vagas existentes ao médico, de acordo com a tipologia de cuidados. Este serviço encontrava-se próximo da unidade de cuidados agudos polivalente, do bloco operatório, da

Patologia Clínica, e do serviço de imagiologia, integrando valências como Medicina Interna, tal como refere o Despacho n.º 10319/2014 (2014).

Relativamente ao circuito da pessoa existiam dois pontos de acesso, pela área de triagem ou diretamente pela SE, e neste caso era emitida uma campainha para ativação da equipa, como recomenda a Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2019). Por forma a garantir uma eficaz gestão e qualidade dos cuidados foi usado na primeira abordagem à pessoa o Sistema de Triagem de Manchester, que segundo o Despacho n.º 1057/2015 (2015) é uma ferramenta uniformizada de apoio na decisão clínica de triagem, permitindo a identificação da prioridade clínica de acordo com a probabilidade de risco clínico e critérios pré-estabelecidos. Este sistema foi essencial no encaminhamento apropriado da pessoa, não só para o local, como para a equipa mais adequada em tempo útil, tendo em conta os tempos alvo de atendimento para cada atribuição de cor de prioridade, tal como 240 minutos cor azul, 120 minutos cor verde, 60 minutos cor amarela, 10 minutos cor laranja e atendimento imediato para a cor vermelha. Neste sistema de triagem, também foi possível verificar a integração de vários protocolos de atuação, incluindo as vias verdes, e a requisição de exames complementares de diagnóstico (ECD) pelo enfermeiro da Triagem, de modo a indicar ao médico informação na primeira observação, permitindo uma atempada intervenção e reduzir o tempo de permanência no SUG.

Após a triagem, era realizado o encaminhamento para as áreas funcionais correspondentes à atribuição de prioridades. Decorrido o tempo preconizado para cada pulseira, e de acordo com a Norma n.º 002/2018 (2018), os enfermeiros cumpriam a função de retriagem ou reavaliação da pessoa, que permite a realização de uma nova triagem quando é excedido o limite do tempo de espera, segundo as características da pessoa ou se a família ou acompanhante o solicitar. Esta foi essencial na avaliação da evolução de sintomas da PSC. No decorrer do estágio no SUG foi verificado que por falta de espaço em determinadas áreas, as pessoas eram alocadas em áreas distintas da sua prioridade, como por exemplo prioridade amarela, na área verde, facto que poderia interferir com a qualidade do socorro, pelo não cumprimento dos tempos alvo de atendimento.

O *software* da triagem de Manchester funcionava em interoperabilidade com o programa informático de registos clínicos existente no SUG, e que é comum a todas as instituições de saúde públicas em Portugal, o SClínico®. Todo o processo da pessoa se encontrava informatizado e disponível por esse programa, por toda a equipa multidisciplinar. Desta

forma, através deste programa era possível a consulta do historial clínico, a agilização do fluxo de informação entre os profissionais, a ligação a outros programas clínicos como forma de integrar toda a informação da pessoa e a realização de registos de enfermagem. Estes constituíram-se essenciais para promover a continuidade, segurança e gestão dos cuidados, permitindo o planeamento e a individualização dos mesmos e o conhecimento da evolução do estado da pessoa, tal como defendem Sousa e Figueiredo (2021). Outros programas utilizados incluíram o programa de Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia® para gestão e validação de terapêutica e materiais, e o Modulab® para requisições de ECD como análises clínicas, eletrocardiogramas (ECG), radiografias, entre outros.

No período de realização do estágio exerciam funções dois enfermeiros em funções de gestão e 125 enfermeiros, que estavam distribuídos por cinco equipas. Destes 125 enfermeiros, 16 eram especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Neste aspeto e atendendo ao cálculo das Dotações Seguras, segundo o Regulamento n.º 743/2019 (2019), verificou-se não ser possível cumprir o número de horas preconizado, pela inexistência insuficiente de EE. Este Regulamento preconiza que os EEEMCPSC devem constituir 50% da equipa de enfermagem nos serviços de urgência. Esta recomendação é importante por contribuir para reduzir a probabilidade de erros e risco na prestação de cuidados, quando cumprida. Diariamente estavam distribuídos 22 enfermeiros no turno da manhã, 21 no turno da tarde e 18 no turno da noite. Nos postos de Triagem existentes estavam distribuídos dois enfermeiros por cada posto e para a Retriagem um enfermeiro. Para cinco camas da SE estavam distribuídos dois enfermeiros que detinham formação em SAV, domínio dos protocolos de atuação existentes e treino. Embora alguns destes enfermeiros fossem EEEMCPSC, o Regulamento n.º 743/2019 (2019) preconiza que todos os enfermeiros que assegurem a SE devem ser EEEMCPSC, o que não estava de acordo dado que não existiam EE suficientes para realizar todos os turnos na SE, o que pode colocar em causa a segurança e qualidade dos cuidados à PSC. Também no turno da manhã e da tarde ficava distribuído um enfermeiro para o gabinete de informações, e no turno da manhã um enfermeiro responsável pela gestão de camas.

No SUG foram adotados métodos de trabalho na prestação de cuidados diferentes de acordo com o local, sendo eles o método individual de trabalho, de trabalho em equipa e funcional. Na SE e Ortopedia foi adotado o método individual de trabalho, em que o enfermeiro assumia na totalidade a responsabilidade da prestação de cuidados à pessoa (Ventura-Silva et al., 2021). Apesar disso, em momentos de maior afluência na SE, era adotado o método de

trabalho em equipa, sendo que a prestação de cuidados à PSC era planeada e orientada pelo enfermeiro coordenador. Nas restantes áreas funcionais do SUG foi adotado o método funcional de trabalho, em que a prestação de cuidados foi centrada nas intervenções realizadas à pessoa e não centrada na mesma, procurando rentabilizar tempo e cumprir tarefas (Ventura-Silva et al., 2021), o que gerou dificuldades na humanização dos cuidados.

No sentido de dar resposta às necessidades da pessoa, e pelo facto de existir um elevado consumo de cuidados urgentes, o referencial teórico adotado na prestação de cuidados pelos enfermeiros foi a Teoria das Necessidades Fundamentais de Virgínia Henderson. O enfermeiro deve compreender a complexidade da pessoa, incluindo a PSC, e satisfazer as suas necessidades fundamentais, para que a mesma mantenha uma vida produtiva, mesmo com a doença. Neste sentido, os enfermeiros devem auxiliar a PSC na realização das atividades que contribuem na saúde, recuperação ou morte pacífica, as quais fariam caso apresentassem capacidade física ou conhecimentos necessários. Nesta teoria, a pessoa é considerada como um todo, e apresenta 14 necessidades humanas fundamentais, quer apresente doença ou não. Estas necessidades têm uma importante conotação com a saúde física, psicológica e espiritual, e expectativa pessoal (Matos, 2012). Desta forma, no SUG, a adoção desta Teoria serviu de linha orientadora na prestação de cuidados à PSC, na identificação das necessidades afetadas ou potencialmente afetadas, e a da importância desta na pessoa.

1.2. EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR

O INEM é o organismo do Ministério da Saúde que tem como missão garantir o eficaz funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica em território nacional. Este organismo é responsável pela correta e pronta prestação de cuidados de saúde emergentes no local de ocorrência às pessoas vítimas de doença súbita, pelo transporte da PSC para a Instituição mais adequada e pela articulação com os diversos intervenientes do Sistema (INEM, 2017a). O INEM valoriza o humanismo, a ética, a competência, a eficiência, entre outros (INEM, 2017b). Os centros de orientação de doentes urgentes (CODU) do INEM são centrais telefónicas de emergência médica que fazem a gestão de chamadas provenientes do número europeu de emergência, relacionadas com situações de urgência ou emergência de saúde. Estas centrais funcionam 24 horas por dia e as equipas são constituídas por profissionais com formação específica, que atendem a vários pedidos de socorro, realizando triagem, seleção, aconselhamento, acompanhamento e acionamento dos meios de emergência mais adequados, e o contacto com as instituições, para preparação de receção hospitalar

consoante a tipologia de PSC, por forma a promover uma resposta integrada (INEM, 2021). De acordo com o Despacho n.º 5561/2014 (2014) os meios de EEH de suporte avançado de vida (SAV) e SIV do INEM constituem-se a ambulância de SIV e a VMER.

A Ambulância de SIV, integrada num Serviço de Urgência Básica da mesma ULS do SUMC, tinha como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados de SIV em ambiente extra-hospitalar a pessoas vítimas de acidente ou doença súbita. À semelhança, a VMER, integrada no SUMC da mesma ULS onde foi realizado o estágio de SUG, tinha como missão a prestação de cuidados emergentes em meio extra-hospitalar através de uma equipa médica (médico e enfermeiro) no local da ocorrência, para estabilização da pessoa com doença súbita ou vítima de acidente. Ambos os meios faziam o acompanhamento da PSC durante o transporte, com funcionamento 24 horas por dia, todos os dias. As situações mais frequentes ocorridas no estágio foram trauma, alteração do estado de consciência, dor torácica e dispneia.

A ambulância de SIV disponha de maca, monitor/desfibrilhador *LIFEPAK 15*[®], aspirador de secreções, rampa de oxigénio, lavatório, zona de sujos, frigorífico, material para situações de trauma como o plano duro, colete de extração e cinta pélvica, e uma mochila de abordagem de trauma, e outra de abordagem à pessoa, que incluíam vários fármacos de emergência e de reanimação, incluídos nos protocolos SIV, entre outros materiais essenciais à prestação de cuidados. Já a VMER disponha de frigorífico, aspirador de secreções, uma mochila de abordagem de trauma, uma pediátrica e uma de abordagem à pessoa com vários materiais para a prestação de cuidados e fármacos, e um sistema de compressão torácica *LUCAS*[®]. Este é um dispositivo mecânico utilizado em caso de paragem cardiorrespiratória (PCR), que realiza compressões torácicas contínuas e eficazes segundo as diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar, e que permite à equipa médica a realização de outras intervenções essenciais. É possível também usar este sistema no transporte da PSC, mantendo a circulação da mesma, promovendo a segurança da pessoa e do profissional e melhorando as condições hemodinâmica (Stryker, 2024).

O CODU rapidamente avalia a situação das pessoas através do sistema de triagem – *TElephonic TRIage and COounseling System*[®], uma aplicação que permite o apoio na decisão, garantindo que a informação seja rapidamente processada e estabelecendo prioridades no acionamento dos meios de emergência médica. Este acionamento é realizado através da aplicação Sistema Integrado de Atendimento e Despacho de Emergência Médica, o que possibilita a identificação da localização geográfica das chamadas, e fazer uma gestão e

acionamento do meio mais próximo, disponível e adequado para o local de ocorrência. De modo a acionar uma ambulância de SIV ou a VMER, o INEM classifica a ocorrência como prioridade 1, a qual implica risco imediato de vida, considerando a pessoa crítica/emergente que necessita de uma intervenção imediata, como SAV. Este acionamento permite a redução do erro e melhorar a adequação na resposta às ocorrências e uma avaliação criteriosa e sistematizada das situações (INEM, 2021). No decorrer deste estágio o acionamento dos meios de emergência médica pelo CODU foi realizado através de uma receção de evento por rádio, com implementação dos projetos Sistema Integrado de Redes de Emergência e Segurança de Portugal (SIRESP) – *Status* e Geolocalização, o que possibilitou aos profissionais do INEM a visualização do estado operacional e localização dos meios (SIRESP, 2024). Para além destes projetos, foi simultaneamente realizada a receção do evento através de mensagem na aplicação INEM *Tool for Emergency Alert Medical System (i-TEAMS)*, com informação do local da ocorrência, a tipologia da emergência médica, a descrição da ocorrência e os dados da pessoa.

Na aplicação *i-TEAMS* é possível informatizar toda a informação clínica da PSC, articulando a mesma com os restantes meios de emergência médica acionados e o CODU, sendo um sistema de registo clínico que permite a integração e transmissão de informação em tempo real (INEM, 2021). Nesta aplicação foi possível realizar uma estratificação da gravidade, usando a escala de alerta precoce *National Early Warning Score (NEWS)*. Também com ligação à aplicação, foram enviados os resultados do ECG para o CODU através do monitor/desfibrilador *LIFEPAK 15®*. Esta transmissão, nomeadamente na ambulância de SIV, permite a validação do ECG, a aplicação dos Protocolos SIV, e a ativação da Via Verde Coronária, melhorando a admissão hospitalar das pessoas com Enfarte Agudo do Miocárdio, tal como refere o INEM (2021). Para além da utilização da aplicação *i-TEAMS* para registos clínicos, foi usado o programa Manutenção e Operacionalidade de Veículos de Emergência, onde foram realizados os registos das ocorrências, limpeza da ambulância, entre outros.

A equipa da ambulância de SIV era constituída por cinco enfermeiros e quatro técnicos de emergência pré-hospitalar. Os turnos realizados na mesma eram de doze horas e em cada um encontravam-se distribuídos um enfermeiro e um técnico de emergência pré-hospitalar, tal como refere o INEM (2017c). Já a equipa da VMER era constituída por 14 enfermeiros e por uma equipa de médicos, sendo que em cada turno se encontravam distribuídos um enfermeiro e um médico, também de acordo com o INEM (2017c).

Relativamente aos métodos de trabalho, de acordo com Ventura-Silva et al. (2021), na ambulância de SIV era adotado o método do enfermeiro responsável, em que este assume o papel de líder da equipa, tomando decisões, intervindo autonomamente implementando os protocolos SIV vigentes. Neste método, o enfermeiro deve responsabilizar-se individualmente, através de uma tomada de decisão, pelos cuidados à PSC, e coordenar a assistência à mesma. Para além deste método, foi também adotado o método de trabalho em equipa, em que o enfermeiro trabalhou em conjunto com o técnico de emergência pré-hospitalar e bombeiros, aproveitando as habilidades de cada um para o socorro à PSC. Na VMER foi igualmente adotado o método de trabalho em equipa, em que o enfermeiro e o médico, realizaram procedimentos emergentes à PSC, garantindo a implementação das habilidades e qualificações de cada um, por forma a prestar cuidados integrais à PSC (Ventura-Silva et al., 2021).

Dada a natureza do contexto de EEH e da tipologia de cuidados prestados à PSC, o referencial teórico adotado foi igualmente a Teoria das Necessidades Fundamentais de Virgínia Henderson, como linha orientadora para dar resposta às necessidades humanas fundamentais afetadas urgentes. Esta teoria menciona que, perante a PSC, e ao perceber a sua complexidade, o enfermeiro deve prestar cuidados tendo em conta as necessidades humanas afetadas, que têm uma ligação com a saúde física, espiritual e psicológica da pessoa (Matos, 2012).

1.3. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

Segundo o Regulamento n.º 743/2019 (2019) este SMI pode ser caracterizado como um serviço de nível III. Este Serviço tinha como missão a prestação de cuidados contínuos, qualificados e especializados de saúde à PSC em risco imediato de vida por falência orgânica ou multiorgânica, requerendo meios avançados e tecnológicos de monitorização, de vigilância e terapêutica para a sua sobrevivência, com prevenção de complicações e limitação de incapacidades. As patologias mais frequentes durante o estágio foram Insuficiência respiratória aguda, Insuficiência renal aguda, Infecção do trato urinário e trauma. O SMI encontrava-se em funcionamento 24 horas por dia, sete dias por semana.

O SMI fisicamente estava estruturado em formato *open space* com capacidade para 10 unidades individuais e iguais em formato “U”, sendo que destas, seis estavam separadas por cortinas, e quatro eram quartos para isolamento, em que 3 tinham a possibilidade de realização de pressão atmosférica negativa. Cada Unidade estava dotada de equipamentos

como cama articulada com colchão de pressão alternada, ventilador, rampa de oxigénio e de ar, aspirador de secreções, monitor para monitorização contínua de sinais vitais, bombas de infusão para sistemas e seringas de infusão, bomba de infusão para alimentação entérica contínua e um armário móvel com vários materiais para a prestação de cuidados. Este Serviço também disponha de um elevador elétrico para a realização de transferências, o *Maxi-Sky*[®], permitindo um maior conforto nas transferências da pessoa. Para além de cada unidade estar equipada com um monitor, também no balcão central e na copa se encontrava um monitor com monitorização contínua de sinais vitais de todas as pessoas internadas, possibilitando à equipa, nomeadamente enfermeiros e médicos, um melhor acompanhamento e prontidão na deteção de focos de instabilidade.

O Serviço localizava-se no piso 5, afastado do SUG, bloco operatório, serviço de imagiologia, entre outros, exigindo o uso de elevador no transporte da pessoa, quer em casos de realização de procedimentos e de ECD, quer em transferências para outros serviços. Esta localização não cumpre assim, as recomendações da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2013), que preconiza que os serviços de urgência e imagiologia, e unidades de cuidados anestésicos, devem manter uma relação de proximidade com este.

Os registos informáticos eram realizados no *software Bsimple Intensive Care Unit* (B-ICU.Care[®]), uma plataforma bastante intuitiva que incorporava as intervenções autónomas de enfermagem com terminologia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]). Esta ferramenta permitia a integração da informação da monitorização dos parâmetros hemodinâmicos da PSC em tempo real. Para além deste programa, foi utilizado o SClínico[®], por forma a consultar os resultados dos ECD da pessoa e todo o circuito da mesma dentro da ULS, conseguindo por exemplo extrair informação relevante para a admissão. Tal como no SUG eram usados os programas Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia[®] e Modulab[®] para os mesmos efeitos.

A equipa de enfermagem era constituída por 33 enfermeiros distribuídos por 5 equipas. Destes, 18 eram EE, dois em enfermagem de reabilitação e 16 em Enfermagem Médico-Cirúrgica, incluindo a enfermeira gestora, o que está de acordo com o Regulamento n.º 743/2019 da OE (2019), que preconiza que 50% dos enfermeiros em SMI sejam EEMCPSC. O mesmo Regulamento (2019) refere que para uma dotação segura dos cuidados o rácio deve ser de um enfermeiro para uma pessoa em SMI de nível III, que não se verificou. As dotações seguras eram determinadas e ajustadas perante a carga de trabalho, tal como isolamentos e o

número de pessoas internadas, sendo que na grande maioria dos turnos o rácio era de um enfermeiro para duas pessoas.

Em todos os turnos estava distribuído um enfermeiro para a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI), com integração no SMI há mais de um ano e o curso de SAV atualizado. Esta equipa era constituída adicionalmente por um médico do SMI e era ativada telefonicamente para qualquer serviço dentro das instalações da Instituição onde foi realizado o estágio. Em consonância o Despacho n.º 9639/2018 (2018) refere que as EEMI são constituídas por enfermeiro e médico com competências avançadas na reanimação e abordagem à PSC, respondendo de imediato a situações de PCR e deterioração fisiológica aguda. Com a rápida ativação, esta equipa elabora uma rápida identificação da situação e a pronta instituição de medidas terapêuticas adequadas de modo a diminuir a morbilidade e mortalidade das pessoas internadas, aumentando a taxa de sobrevivência.

Relativamente à organização dos cuidados, no SMI foram adotados o método de trabalho individual. Em todos os turnos, os enfermeiros assumiam totalmente a prestação de cuidados de enfermagem a uma ou duas pessoas. Este método, segundo Ventura-Silva et al. (2021), caracteriza-se por cuidados de enfermagem organizados e centralizados por forma a refletir as necessidades da pessoa, e prestados por um único enfermeiro.

Na prestação de cuidados à PSC, e dada a sua tipologia, patologias mais frequentes e dispositivos e procedimentos invasivos, o referencial teórico utilizado foi a Teoria do Conforto de Kolcaba, por forma a promover o maior conforto possível à mesma. Desta forma, esta teoria preconiza que a prestação de cuidados à PSC é realizada com o objetivo de estabelecer o seu conforto holístico e da sua família, envolvendo os mesmos nos cuidados. O conforto é uma experiência que promove o alívio e a tranquilidade, e importante no contexto físico, psicológico, espiritual, social, cultural e ambiental. Os enfermeiros devem realizar o processo de enfermagem à PSC e família, de modo a aumentar o seu conforto, contribuindo para uma melhor prática (Silva & Nascimento, 2023).

2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Estatuto da OE, através da Lei n.º 156/2015 (2015), e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, pelo Decreto-Lei n.º 161/96 (1996), reconhecem o EE como o enfermeiro que detém competências técnicas, científicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa, família e comunidade, nas diferentes áreas de especialidade. As competências especializadas significam que o EE detém um conjunto de conhecimentos, habilidades e capacidades que lhe permite atuar no âmbito da sua especialidade, considerando as necessidades de saúde da pessoa (Regulamento n.º 140/2019, 2019). O enfermeiro, no exercício da sua atividade, também deve contribuir para trabalhos de investigação e para a formação, de forma a promover a melhoria dos cuidados de enfermagem e a aquisição de competências (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996). Neste capítulo será realizada uma descrição das competências comuns do EE, segundo o Regulamento n.º 140/2019 (2019), e das competências específicas do EEEMCPSC, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018 (2018) desenvolvidas em estágio, para as quais será realizada uma análise crítica e reflexiva, tendo em conta as situações vivenciadas.

2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019), as competências comuns são aquelas que são partilhadas por todos os EE, apesar da área de especialidade, e que são demonstradas pela capacidade de gestão e supervisão de cuidados e pela prática de enfermagem especializada no âmbito da investigação e formação. Estas estão divididas em quatro competências de domínio, como responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2.1.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Ao longo de todos os estágios foi adotada uma conduta responsável, profissional, ética e legal, prestando cuidados de enfermagem especializados seguros e profissionais, com tomadas de decisão éticas e deontológicas centradas na pessoa (Regulamento n.º 140/2019, 2019), respeitando o Código Deontológico da OE, com a Lei n.º 156/2015 (2015) e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, com o Decreto-Lei n.º 161/96 (1996). No estágio realizado no SMI também foi respeitada a Carta dos Direitos do Doente Internado da OE (s.d.), e na EEH o Código de Ética e Conduta dos Profissionais do INEM (2022) e os Direitos e Deveres do Utente do INEM (2017d).

Neste prisma, a prestação de cuidados de enfermagem especializados em todos os estágios foi baseada em valores deontológicos, éticos, bioéticos e legais, com a salvaguarda dos direitos e valores humanos e do sigilo profissional, a abstenção de juízos de valor, o direito à informação e consentimento informado, e o respeito pela pessoa e sua segurança, individualidade, dignidade, privacidade e intimidade, segundo o Código Deontológico da OE (Lei n.º 156/2015, 2015). No SMI foi igualmente salvaguardado o direito da pessoa às visitas de familiares, por forma a facilitar o apoio afetivo e o bem-estar da mesma, segundo a Carta dos Direitos do Doente Internado da OE (s.d.). Este direito foi verificado no caso de uma pessoa internada neste serviço, comunicando a necessidade de ter companhia do marido. Apesar deste serviço ter horário definido de visitas, das 19h às 19h30, foi facilitado o alargamento deste horário, em que a pessoa manifestou o seu agrado e referiu sentir-se muito feliz pela companhia do marido. A salvaguarda do direito à visita foi essencial, pois possibilitou o apoio afetivo do mesmo e o bem-estar da PSC, e fez com que a mesma fosse mais receptiva aos cuidados.

Uma das maiores dificuldades na prestação de cuidados no SUG foi a salvaguarda de algumas questões éticas referidas devido à sobrelotação, um problema bastante frequente neste serviço, dado que na grande maioria dos turnos era excedida a capacidade física e da equipa devido à elevada quantidade de pessoas que aguardavam observação, tratamento ou alta (Gonçalves, 2018). A grande quantidade de camas fez com que existisse uma distância reduzida entre as mesmas, e consequentemente entre as pessoas, dificultando igualmente o trabalho dos profissionais. Nestes casos foi necessário reposicionar camas para outros espaços ou recorrer a cortinas para realizar a prestação de cuidados, por forma a tentar salvaguardar o respeito e direito à privacidade, intimidade e dignidade da pessoa (Lei n.º 156/2015, 2015). Também no SMI houve a preocupação da salvaguarda das mesmas, já que pela sua arquitetura em formato *open space* e pelo facto das cortinas não fecharem totalmente, foi necessária a utilização de biombos e do armário móvel da unidade da pessoa para garantir a privacidade. Para além destas estratégias, aquando da prestação de cuidados de higiene e conforto ou procedimentos que envolvessem a exposição física da pessoa era colocada uma toalha ou lençol na restante parte do corpo, de modo a salvaguardar a privacidade e intimidade da pessoa o mais possível.

Em contexto de EEH, também era usado um lençol descartável ou manta térmica na exposição física para procedimentos e no transporte da pessoa. Neste contexto, a garantia da privacidade era mais difícil do que nas outras realidades, porque acontecendo em contexto

social, a curiosidade faz com que as pessoas se aproximem e procurem interferir, condicionando muitas vezes a forma do cuidado prestado. Uma das situações ocorridas foi num caso de acidente de moto, em que a pessoa ficou com as suas roupas rasgadas e partes do corpo expostas. Muitas das pessoas próximas do local da ocorrência aproximaram-se, fazendo com que para além da situação de trauma, a pessoa se sentisse constrangida, até à chegada da ambulância. Após a chegada da mesma, e apesar da avaliação da PSC envolver exposição para despiste de lesões, esta foi imediatamente coberta com lençol descartável, por forma a promover a sua privacidade, e realizados os procedimentos necessários pela equipa. Foram também afastadas as pessoas que se encontravam no local, pedindo colaboração aos agentes da polícia. Desta forma, nas vítimas de trauma deve ser realizada uma abordagem rápida, coordenada e adequada, salvaguardando a privacidade e dignidade da pessoa (Mendes, 2022). Também o INEM (2017d) refere que a PSC tem o direito à privacidade e intimidade na prestação de cuidados.

Foi igualmente promovida a salvaguarda do sigilo profissional, na realização de registos e passagem de informação entre profissionais, e o direito à informação em todos os estágios (Lei n.º 156/2015, 2015). No SUG, o direito ao sigilo foi promovido, por exemplo, no caso de uma pessoa que recusou que os profissionais fornecessem qualquer informação acerca do seu estado de saúde ou tratamentos à família, pedindo para que estas apenas fosse fornecida a si. No SMI, também salvaguardado esse direito, em que uma pessoa, antes de ser sedada e ventilada, pediu aos profissionais que a sua informação apenas fosse dada a uma pessoa específica, e não ao seu acompanhante. Relativamente ao direito à informação, em todos os estágios, era fornecida toda a informação dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa. Se a mesma solicitasse outro tipo de informação, era pedido ao médico responsável que transmitisse a mesma.

Nas áreas do SUG e no SMI, as macas/camas, encontravam-se perto dos balcões de enfermagem centrais, o que dificultava a passagem de informação, pois as pessoas conseguiam escutar as informações decorrentes das passagens de turno e das conversas entre profissionais. Por esse motivo procurou-se, na transmissão de informação adequar um tom de voz mais baixo, sendo apenas divulgada entre os profissionais, promovendo confidencialidade e sigilo da pessoa (Lei n.º 156/2015, 2015). Na realização de registos de enfermagem digitais foram salvaguardados o sigilo profissional e a confidencialidade, em que apenas os profissionais envolvidos tinham acesso à informação.

Em contexto de EEH, nomeadamente em duas ocorrências, as pessoas recusaram transporte para o SU, que apesar de lhes ter sido explicados os riscos mantiverem a recusa, para a qual assinaram a Declaração de Recusa de Transporte e/ou Procedimentos Médicos do INEM, tendo sido essencial na salvaguarda do direito à escolha da pessoa (Lei n.º 156/2015, 2015). Nesta situação, procurou-se explicar as complicações da sua decisão, garantindo uma decisão informada. Esta medida foi ao encontro dos Direitos e Deveres do INEM (2017d), que mencionam que a pessoa tem o direito de recusar ou dar consentimento para qualquer procedimento médico.

Na prestação de cuidados à PSC com alteração do estado de consciência, em que a mesma era incapaz de se expressar, foi usado o consentimento presumido por não ser possível obter o consentimento informado da pessoa, em todos os estágios. No SMI e SUG foi possível averiguar previamente se existia uma diretiva antecipada de vontade, sob forma de testamento vital, que segundo a Lei n.º 35/2023 (2023), é um documento unilateral em que uma pessoa manifesta previamente a sua vontade livre, consciente e esclarecida acerca dos cuidados de saúde que quer ou não receber, caso seja incapaz de expressar a sua vontade autonomamente. No entanto é de referir que não foi possível consultar nenhuma diretiva por não existir disponível na plataforma Registo de Saúde Eletrónico, evidenciando duas situações: ou as pessoas desconhecem este seu direito ou não o consideram importante, por manterem ainda uma postura biomédica, e delegando nos profissionais de saúde a responsabilidade de tomadas de decisão sobre a sua saúde.

No SMI, a maioria das pessoas internadas estavam sedadas e ventiladas, sendo incapazes de comunicar com os profissionais de saúde e, consequentemente, impossível de obter o consentimento para a realização de atos clínicos *life saving* em situação de perigo iminente de vida. Foi então aplicado o consentimento presumido, usado em situações de perigo de vida, para as quais é necessário tratamento imediato e a pessoa não consegue dar o seu consentimento por se encontrar inconsciente (Rebelo, 2022).

Os princípios bioéticos da não-maleficência e beneficência também foram implementados no decorrer dos estágios, inclusive a decisão de não reanimar no SUG e SMI. Uma das situações ocorridas em contexto de SMI foi o caso de uma PSC em choque séptico, com prognóstico reservado, com instabilidade hemodinâmica apesar das intervenções realizadas. Não apresentando diretiva antecipada de vontade, após algumas horas de tratamento, foi decidido pela equipa a cessação de intervenções, com a implementação de uma decisão de não

reanimar, tendo sido envolvida a família nesta decisão. Segundo o Parecer n.º 065/2023 (2023), esta é uma prescrição médica utilizada em situações de doença presumivelmente irreversíveis, em que existe futilidade terapêutica, com indicação para não serem realizadas manobras de reanimação. Esta prescrição deve ser uma decisão consensual entre equipa, pessoa e família, sempre no melhor interesse da pessoa, promovendo os princípios bioéticos e o respeito pela dignidade da PSC na tomada de decisões em fim de vida. Neste caso, a PSC foi incapaz de tomar uma decisão, tendo sido obtido o consentimento presumido, já que esta se encontrava sedada e ventilada e incapaz de dar o seu consentimento. Estas medidas foram consideradas essenciais na medida do não prolongamento do sofrimento da mesma e da família. Foi desta forma possível implementar os princípios referidos, dado que o princípio da beneficência se baseia em fazer o bem e o da não-maleficência em não causar dano (Rosa et al., 2016).

2.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade

Com a *World Alliance for Patient Safety*, a Organização Mundial da Saúde definiu como prioridades a segurança da pessoa e cuidados de saúde com qualidade (Despacho n.º 10901/2022, 2022). Na prestação de cuidados de enfermagem especializados foram adotadas normas e condutas essenciais para produzir uma melhoria contínua da qualidade dos mesmos. Ao longo dos estágios a aquisição de conhecimentos foi contínua e sistematizada, através da observação e conhecimento da situação da PSC, de modo a prestar cuidados de enfermagem baseados nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados na área de especialização em Enfermagem em PSC do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica da OE, segundo o Regulamento n.º 361/2015 (2015). Estes padrões, reconhecidos como enunciados descritivos, foram importantes no sentido de definirem uma orientação e referenciação para a prática de enfermagem especializada à PSC criando um ambiente seguro e terapêutico. As situações experienciadas nos estágios foram diversificadas, mas em todos eles foi possível a promoção da saúde; satisfação da PSC; bem-estar e autocuidado; prevenção de complicações e a organização dos cuidados especializados.

Para além dos enunciados descritivos descritos, foi cumprido o objetivo principal do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, 2021), com as práticas de enfermagem especializada a serem realizadas em segurança e com qualidade. Este plano assenta em cinco pilares, como a liderança e governança, a cultura de segurança, a prevenção e gestão de incidentes de segurança da pessoa, as práticas seguras em ambientes

seguros e a comunicação. Estas estratégias foram essenciais para reduzir a ocorrência de incidentes de segurança aquando da prestação de cuidados, tendo em conta o desafio e complexidade do contexto.

Nos estágios realizados no SUG e SMI foram implementadas igualmente algumas metas internacionais da *Joint Commission International* (JCI) para a melhoria da qualidade dos cuidados A Instituição, onde foram realizados estes estágios, é acreditada pela JCI (JCI, 2023a), que certifica a qualidade e excelência na prestação dos cuidados de saúde e, que através de auditoria avalia em toda a Instituição o ambiente, a continuidade de cuidados, a melhoria da qualidade e segurança da pessoa, a prevenção e controlo de infeção, entre outros. A JCI indica 6 metas internacionais para a segurança da pessoa, como identificação correta da pessoa, promoção de uma comunicação eficaz, promoção da segurança de medicamentos de alto risco, promoção de uma cirurgia segura, redução do risco de infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) e redução do risco de sequelas da pessoa após queda (JCI, 2023b).

No decorrer dos estágios, por forma a adotar uma comunicação eficaz, a informação foi transmitida utilizando a técnica ISBAR, o que permitiu uma transição eficaz de cuidados da PSC, tanto através das passagens de turno no SUG e SMI e da realização de registos clínicos diários detalhados e fidedignos no SClínico® e B-ICU.Care®, respetivamente, como da transmissão de dados ao CODU e no SU em meio de EEH. A técnica ISBAR (I – Identificação, S – Situação atual/Causa, B – Anamnese/Antecedentes, A – Avaliação/intervenções e estado de saúde da PSC; R – Recomendações) é uma mnemónica simples que permite a transmissão de informação basilar e uniformizada entre equipas (Norma n.º 001/2017, 2017). O recurso a esta técnica para a transição dos cuidados promoveu a efetiva segurança da pessoa e a qualidade dos cuidados, e possibilitou uma continuidade dos mesmos. Para além da utilização da técnica ISBAR, a transmissão de informação nas passagens de turno e na realização de registos diários em contexto de SMI, foi elaborada de uma forma cefalocaudal, por forma a uniformizar os cuidados prestados.

A correta identificação da pessoa (JCI, 2023b), foi uma preocupação constante nos estágios em contexto de SUG e SMI, com o uso de pulseira identificadora. No SUG a pulseira era colocada na pessoa na sala de triagem, na qual constava o nome completo, a data de nascimento, o número do episódio e o número do processo. Esta medida era particularmente relevante em contexto de SMI, já que na sua grande maioria as pessoas se encontravam sedadas e por isso impossibilitadas de comunicar com os profissionais. Na pulseira

identificadora foram colocados autocolantes de diferentes cores, sendo que as identificações vermelhas significavam multirresistência a microrganismos, rosas transfusões, e verdes alergias. Estas medidas foram essenciais para evitar erros e garantir segurança de todos os envolvidos.

Ainda em relação a questões de segurança existia uma preocupação no armazenamento de medicamentos de alto risco, e na medicação de alerta máximo e LASA (“*look-alike, sound-alike*”). Segundo a Norma n.º 020/2014 (2015), os medicamentos LASA são os que apresentam aspeto ou ortografia e nome foneticamente semelhantes, podendo ser confundidos com outros, o que pode causar incidentes, como a troca de medicação, e comprometer a segurança da pessoa. Neste caso devem ser adotadas práticas seguras para a redução destas ocorrências, como o método de alteração gráfica, com inserção de letras maiúsculas nos medicamentos ortograficamente semelhantes, de modo a diferenciá-los. Tendo em consideração o Manual de boas práticas de farmácia hospitalar da Ordem dos Farmacêuticos (2019), no SUG e SMI os medicamentos de alto risco e LASA eram organizados por ordem alfabética e por ordem crescente de dosagem, era usada uma sinalética e cores diferentes no local de armazenamento, e tida uma atenção reforçada no momento da preparação e administração dos mesmos. Estas estratégias permitem evitar erros e garantir a segurança dos cuidados (Moreno et al., 2020). Apesar da adoção destas estratégias no SUG e SMI, em contexto de EEH, o armazenamento destes medicamentos era realizado de forma diferente do ambiente hospitalar. A medicação era organizada em bolsas, em ampolas de cor e nome semelhantes que se encontravam próximas, o que em casos de emergência poderia causar erros. Esta organização fez com que existisse uma atenção redobrada na preparação destes medicamentos, por forma a evitar erros, verificando as características dos mesmos e fazendo *double-check* sempre que possível.

O recurso à utilização de *Checklists* para verificar a operacionalidade dos equipamentos e gestão de *stock* de material, eram fundamentais para facilitar o processo de comunicação multiprofissional, e para reduzir e antecipar complicações. No SUG eram usadas *Checklists* principalmente na SE, nomeadamente para o material do carro de emergência, funcionamento dos monitores/desfibriladores e constituição da mala de emergência e transporte. No SMI, o enfermeiro distribuído para a EEMI tinha como função a verificação do carro de emergência e da operacionalidade do monitor/desfibrilhador com a realização do teste do desfibrilhador diário, de acordo com o protocolo de serviço. Neste serviço, após terminar qualquer

procedimento, era realizada a reposição do material utilizado, tanto nos armários como no carro de emergência, segundo uma *Checklist* própria do serviço. Em contexto de EEH, principalmente na ambulância de SIV, foram utilizadas e validadas listas de verificação em dias específicos, particularmente na avaliação de condições dos materiais, como a mochila de abordagem à pessoa e de trauma, das condições e funcionamento dos equipamentos de emergência, como o monitor/desfibrilhador *LIFEPACK 15®* e as garrafas de oxigénio, e da própria viatura. A implementação destas estratégias foi essencial na prontidão de utilização dos equipamentos e na redução de ocorrência de incidentes, como falhas de material, permitindo uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados e organizacional. Sabe-se que, o uso de *Checklists* possibilita a criação de um ambiente seguro e de qualidade e, portanto, são instrumentos importantes na prestação de cuidados à PSC, onde se pressupõe uma antecipação de complicações, e uma adequada gestão de tempo e cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Em todos os estágios foi possível o acesso a normas e protocolos institucionais, nomeadamente no SUG e SMI, disponíveis no canal da intranet, relativos a prevenção de infeção associada a dispositivos intravasculares, administração de alimentação entérica e administração de potássio em situações de hipocaliemia, entre outros. Em contexto de EEH foi possível implementar protocolos de abordagem à vítima, alteração do estado de consciência, abordagem ao traumatizado, dispneia, dor torácica, convulsões, défice motor/sensitivo, PCR adulto e sedação e analgesia. Tal como as *Checklists*, os protocolos foram instrumentos de trabalho essenciais, funcionando como guias orientadores na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, permitindo a segurança dos cuidados e uma melhor eficácia nas respostas às necessidades da pessoa.

2.1.3. Gestão de Cuidados

O EE deve realizar uma adequação e gestão dos recursos às necessidades dos cuidados para garantir a sua qualidade, adaptando-se aos diferentes contextos (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Este deve atuar como gestor de risco e líder na prestação de cuidados especializados (Regulamento n.º 361/2015, 2015). A gestão implica uma escolha de metodologia e uma determinação de procedimentos que irão ser atribuídos à equipa. O enfermeiro gestor deve realizar uma tomada de decisão baseada na evidência, com base no pensamento crítico e nas informações disponíveis. Já a liderança concentra-se no cumprimento de objetivos, em que o líder influencia a equipa de forma inspiradora e emotiva (Oliveira et al., 2021). São vários os

tipos de liderança, sendo um deles baseado na postura do líder, que segundo Marquis e Huston (2015), englobam a liderança transacional e transformacional. Nesta primeira, o líder tem a função de definir estratégias consoante as metas delineadas, com esclarecimento das responsabilidades de cada membro da equipa e com controle de cada situação. A liderança transformacional baseia-se no carisma do líder, em que este se envolve nos cuidados, delega funções e é criativo, motivando o desempenho dos enfermeiros, promovendo a sua satisfação. No decorrer dos estágios foi verificada a adoção de uma liderança transformacional na ambulância de SIV, SUG e SMI, o que foi essencial na aquisição de competências relativas à gestão e liderança.

O contexto de estágio onde foi possível o maior desenvolvimento de competências de gestão foi em EEH, na ambulância de SIV. Tendo em conta a constituição da equipa neste meio, o enfermeiro foi a referência nos cuidados à PSC e tinha uma exigência acrescida, assumindo a responsabilidade na tomada de decisão no local da ocorrência, adotando o papel de líder na prestação de cuidados, delegando tarefas e realizando uma articulação, gestão e coordenação da equipa, com os demais agentes da proteção civil. No decorrer de uma ocorrência, foram realizados ensinamentos de alguns procedimentos e intervenções aos bombeiros, incentivando ao pensamento crítico e reflexivo. Desta forma, o enfermeiro que assume funções de líder deve capacitar a sua equipa, incentivar ao pensamento, realizar uma tomada de decisão, atingir os seus objetivos em conjunto com a equipa, e deter várias habilidades na gestão, relação pessoal e comunicação, com o foco na PSC (Santos, 2019). Já no mesmo contexto, mas na VMER o enfermeiro trabalha em articulação com o médico, sendo que este assume o papel de líder, embora a gestão de recursos seja realizada pelo enfermeiro. Apesar do papel de liderança não ser igual nos dois meios, era sempre efetuado um trabalho de equipa, o qual foi importante nos cuidados à pessoa a vivenciar um processo complexo de saúde.

No SUG, a perceção do circuito da pessoa foi essencial para compreender a coordenação e gestão dos cuidados por parte do EE. Neste estágio foi possível realizar um turno com o gestor de camas e com o coordenador de turno, permitindo adquirir conhecimentos e competências sobre as responsabilidades na área da gestão, sendo notória a coordenação e gestão dos recursos. O enfermeiro distribuído para o Gabinete de gestão de camas tinha como função a gestão entre o número de pessoas a necessitarem de internamento e o seu efetivo internamento. Estas funções permitiram desenvolver competências de comunicação com os profissionais dos diversos serviços, e de coordenação.

Diariamente era distribuído um enfermeiro com a função de responsável de equipa ou coordenador de turno, essencial na supervisão de cuidados, gestão da prestação de cuidados, e gestão de recursos humanos e materiais. O Regulamento n.º 743/2019 (2019) menciona que os coordenadores funcionais de turno devem ser EEEMCPSC, o que nem sempre se verificava, estando, noutros casos, distribuído o enfermeiro com mais experiência profissional. No turno realizado com o enfermeiro em funções de coordenação foi possível verificar que deve existir uma adequada gestão de recursos materiais e humanos, devendo este ser capaz de assumir o papel de líder na ausência do enfermeiro gestor.

O enfermeiro gestor deve promover o trabalho em equipa, a comunicação, e a tomada de decisão participativa, liderando eficazmente no sentido de alcançar os objetivos institucionais e da equipa de enfermagem. Neste sentido, o sucesso destes objetivos depende do estilo de liderança que o enfermeiro gestor adotar. Este tem um papel essencial na gestão de recursos humanos nos serviços das instituições (Oliveira et al., 2021). Em situações de sobrelotação do SUG, a gestão de recursos humanos foi bastante exigente pela escassez de enfermeiros. Nestes casos, o enfermeiro gestor geriu eficazmente os recursos necessários para uma prestação de cuidados de qualidade à PSC, como o estabelecimento de prioridades e a mobilização de EE para as áreas mais prioritárias ou mais afetadas. Estas situações foram importantes para adquirir conhecimentos acerca da adaptação à liderança e da gestão de recursos, consoante o contexto e as situações, por forma a garantir a qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

No SMI, as funções do enfermeiro gestor estavam relacionadas com a gestão de horários, validação de trocas, programação de férias dos profissionais, gestão de conflitos, verificação e atualização de *stock* de material clínico, hoteleiro e de material de farmácia. Este assistia igualmente às passagens de informação entre enfermeiros, mas também na reunião médica, o que lhe permitia gerir as informações relevantes em relação ao nível de exigência dos cuidados de cada pessoa e comunicá-las eficazmente à equipa para poderem gerir os cuidados, definindo estratégias de atuação e gerindo os recursos, de forma a promover a segurança e qualidade nos cuidados. Esta gestão, coordenação e liderança foram essenciais na aquisição de competências nestas áreas (Regulamento n.º 140/2019, 2019), percebendo que estas funções devem ser adaptadas consoante o contexto e a carga de trabalho existente, sendo necessária uma comunicação eficaz com todos os profissionais da equipa.

2.1.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 (2019), o EE deve desenvolver o autoconhecimento e a assertividade. É essencial que este reconheça os seus limites profissionais e pessoais, otimize o autoconhecimento para estabelecer relações com a pessoa e equipa multidisciplinar, gere emoções e sentimentos e atue de forma eficaz sob pressão. O EE também deve basear a sua prática clínica especializada em padrões de conhecimento, fundamentando as tomadas de decisão e intervenções em conhecimento atual e pertinente.

Apesar da complexidade e diversidade de situações vivenciadas em cada contexto, foi sempre adotada uma postura de aprendizagem, procurando de forma proativa a busca de conhecimento. Novas aprendizagens foram possíveis através de processos analíticos, críticos e reflexivos das situações vivenciadas, tendo sido fundamental através da autoconsciência das limitações pessoais em cada contexto, exigindo que fossem mobilizados conhecimentos e estratégias para o desenvolvimento profissional. Foram utilizadas estratégias como a pesquisa científica em bases de dados, adoção de uma PBE, *debriefings* com a equipa após experiências de cuidados, momentos de reflexão informal, elaboração de pósteres e estudos de caso.

O treino em pesquisa em bases de dados foi uma aprendizagem importante na medida em que permitiu perceber que a pesquisa consultada deve configurar rigor científico, para ser integrado na prática. Esta pesquisa veio contribuir para a aquisição de competências fundamentais para a elaboração do PMCQ apresentado na parte II deste relatório. Na realização de pesquisa, foi usado o formato de sumário de evidência, que se constitui num resumo curto que sintetiza a evidência internacional acerca de orientações e intervenções nos cuidados de saúde (Apóstolo, 2017). Desta forma, a sua existência permitiu aceder à evidência mais recente de forma rápida e resumida e assim tomar decisões fundamentadas na mesma, realizando uma PBE.

Segundo Pinto e Mota (2023), a PBE é uma abordagem em saúde que possibilita processos de tomada de decisão baseados em evidência científica. Os pilares de uma PBE abrangem a inclusão da evidência mais recente, a competência do profissional e as circunstâncias da pessoa a receber os cuidados. Desta forma, a prestação de cuidados de saúde com base numa PBE, baseia-se nos conhecimentos, competências e atitudes dos enfermeiros, e permite que, perante situações complexas, exista uma maior eficiência, eficácia e efetividade nas intervenções realizadas, permitindo a qualidade e segurança dos cuidados (Pereira, 2021).

Neste sentido, tendo em conta a importância que a PBE assume nos cuidados, o EE deve ser um facilitador de aprendizagens no contexto profissional (Regulamento n.º 140/2019, 2019). A adoção de uma PBE permitiu adquirir novos conhecimentos nas mais variadas áreas dos cuidados à PSC, com implementação dos conhecimentos teóricos previamente adquiridos, promovendo a construção do raciocínio clínico. As situações ocorridas e a procura do conhecimento com uma PBE, permitiram novas aprendizagens, nomeadamente no manuseamento de novos equipamentos e na realização de novos procedimentos, essenciais no desenvolvimento desta competência.

Em contexto de EEH e SMI, foi utilizada a estratégia do *debriefing* após cada ocorrência e turno. Esta estratégia foi importante para perceber a complexidade das situações ocorridas, os aspetos positivos e esclarecer dúvidas, tendo sido essencial para promover a qualidade e segurança dos cuidados PSC, atuando prontamente e adequadamente em situações complexas, e para o desenvolvimento de aprendizagens profissionais e pessoais, e consequentemente para a aquisição de competências e autoconhecimento. O *debriefing* é uma sessão de esclarecimento que permite identificar os pontos positivos e a melhorar, usado como um momento de aprendizagem e de aquisição de competências, sem dar lugar a julgamentos, por forma a aperfeiçoar o desempenho e a promover a qualidade e uma melhoria contínua dos cuidados à PSC (Barroilha, 2020).

Relativamente a momentos de reflexão informal, com gestão de emoções, uma das situações mais marcantes ocorrida em contexto de EEH foi a morte inesperada de uma criança na creche, da qual as educadoras e pais mostraram sinais de perturbação emocional, como era esperado, requerendo uma intervenção especializada. Esta situação foi reconhecida imediatamente, tendo sido acionada a Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência, com pedido através do CODU, com psicólogos do INEM, os quais foram essenciais para o processo de luto dos profissionais e família, garantindo uma resposta adequada e eficaz a este processo. Esta unidade é acionada pelo CODU, para o local de ocorrência, em que seja necessária intervenção em caso de morte inesperada, entre outros, para apoio na gestão da situação e apoio emocional a família e amigos (INEM, 2017c). Esta experiência levou a uma reflexão pessoal sobre a imprevisibilidade da vida, o seu sentido, e a impotência dos profissionais de saúde que são treinados para curar, tratar e salvar pessoas. A preparação pessoal para lidar com as emoções associadas à morte, nomeadamente em crianças, é fundamental, tendo sido importante perceber com esta experiência, que os

enfermeiros precisam e devem ser treinados também para o seu autocuidado, e para a gestão emocional dos familiares e envolvidos (Lima et al., 2018).

O trabalho em equipa é um momento fundamental para o desenvolvimento de competências de comunicação, gestão e autoconhecimento. No estágio realizado no SMI foi realizado um trabalho de equipa com outros estudantes de mestrado, acerca da gasometria arterial, com formato de poster (Apêndice I), que foi divulgado e partilhado com a equipa. Esta temática foi identificada pela necessidade formativa, pela equipa de enfermagem do serviço. O desenvolvimento deste trabalho foi essencial na aquisição de conhecimentos acerca do equilíbrio ácido-base e ventilação, sendo que a compreensão dos valores da gasometria arterial é essencial no processo de tomada de decisão dos enfermeiros (Gaspar, 2021). Foram também realizados estudos de caso, solicitados em cada estágio, acerca de situações ocorridas aquando da prestação de cuidados especializados, entre as quais um caso de hematúria e choque hipovolémico, e intervenções na pessoa com AVC e infeção do trato urinário. Estes trabalhos foram essenciais na aquisição de conhecimentos destas temáticas, e no desenvolvimento desta competência.

Durante os estágios foi possível participar em Congressos e Jornadas como formanda, permitindo a aquisição de conhecimentos acerca de processos patológicos e dor na PSC. Foi feita a integração na Comissão Organizadora das Jornadas de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, decorridas na Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria (Anexo I), permitindo o desenvolvimento de competências de aprendizagem profissional, gestão, organização e comunicação. Enquanto formadora, nestas jornadas, foi igualmente submetido e apresentado um trabalho de grupo em formato de Poster, com o tema “O Enfermeiro Forense no Pré-Hospitalar” (Apêndice II). Foi também submetido, para o Congresso Envelhecer nos Eixos II – Tempo, Trabalho e Felicidade da Associação Nacional de Gerontologia Social, o Resumo “Obstrução da via aérea por corpo estranho no idoso: Conhecimentos e atuação dos profissionais de uma unidade de cuidados continuados” (Apêndice III), publicado no Livro “Envelhecer nos Eixos 2 – Tempo, Trabalho e Felicidade”. Este resumo foi apresentado em formato de comunicação livre (Anexo II), enquanto oradora, neste Congresso.

O papel de formanda permitiu desenvolver o autoconhecimento e competências em diversas áreas de atuação, proporcionando momentos de reflexão acerca da prestação de cuidados especializados. Também o papel de formadora foi essencial para a aquisição de conhecimentos e competências específicas e de comunicação, e para a divulgação do

conhecimento adquirido com a realização dos trabalhos. A adoção destes papéis favoreceu a mudança de comportamentos e de atitudes no desempenho profissional, indo ao encontro do que Brito e Cordeiro (2020) referem. Assim, o EE deve ser um agente facilitador no processo de aprendizagem com a rentabilização de oportunidades de aprendizagem e análise das situações clínicas, atuando ativamente para a investigação com a realização de estudos de investigação, devido a identificação de lacunas (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Os cuidados de enfermagem especializados à PSC são cuidados desafiantes, contínuos e qualificados, requerendo uma reflexão acerca do exercício profissional nesta área (Regulamento n.º 361/2015, 2015). Para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC, o EEEMCPSC deve deter um conjunto de competências específicas nos domínios do cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, na dinamização da resposta em situações de emergência e catástrofe e na maximização da intervenção na prevenção e controlo das IACS (Regulamento n.º 429/2018, 2018). O desenvolvimento destas competências foi realizado através de um processo contínuo de aprendizagem, nos estágios em SUG, EEH e SMI.

2.2.1. Cuida da Pessoa, Família / Cuidador a vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e / ou Falência Orgânica

A prestação de cuidados de enfermagem à PSC requer monitorização e avaliação constante e sistémica dos dados, prevendo e detetando as complicações, e assegurando uma intervenção adequada e atempada. O EEEMCPSC, dadas as situações complexas de saúde, deve deter e mobilizar os conhecimentos e habilidades para responder eficazmente às mesmas, de uma forma holística e em tempo útil (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

As diversas oportunidades de aprendizagem na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e / ou falência orgânica, possibilitaram a realização da abordagem à PSC, com a abordagem ABCDE; a deteção de focos de instabilidade hemodinâmica, com a interpretação dos valores da monitorização e respetiva atuação; a realização de novas intervenções, como a colocação de adjuvantes da via aérea; o manuseamento de novos equipamentos, como ventilador e sistema para técnica de substituição da função renal; a aplicação de protocolos de atuação, como

abordagem à pessoa e PCR adulto em EEH; a aplicação de protocolos terapêuticos complexos, como sedação e analgesia, percebendo a sua função na estabilidade hemodinâmica da PSC; a observação de procedimentos invasivos, como uma traqueotomia percutânea e cirúrgica; a realização do transporte intra-hospitalar, para transferência de serviço, ECD ou procedimentos cirúrgicos; e transporte extra-hospitalar da PSC, essencialmente em EEH, do local de ocorrência para a instituição mais adequada.

A prestação de cuidados de enfermagem especializados foi realizada segundo a avaliação primária da abordagem ABCDE (*Airway; Breathing; Circulation; Disability; Exposure*), principalmente na SE do SUG e em contexto de EEH. Esta abordagem deve ser realizada de forma sistematizada, coordenada, eficaz e rápida, com prioridade nos cuidados emergentes. Cada elemento da equipa deve ter definida a sua responsabilidade, para que as intervenções sejam sequenciadas. Os cuidados de enfermagem prendem-se com a avaliação contínua da situação da PSC, e o EEEMCPSC deve prever e detetar complicações, para realizar de forma adequada e atempada as intervenções necessárias (Costa, 2021). Aquando da realização desta abordagem, foram apresentadas algumas dificuldades iniciais, nomeadamente na gestão de tempo para a avaliação e sistematização da mesma, e na definição de prioridades, fazendo com que os procedimentos e a passagem de informação fossem atrasados. Estas dificuldades foram desafiantes, com procura de estratégias para as ultrapassar, como a prática e a pesquisa bibliográfica, realizando posteriormente uma rápida sistematização da abordagem e respetiva deteção de focos de instabilidade hemodinâmica.

O EEEMCPSC deve ser capaz de detetar e responder prontamente a focos de instabilidade hemodinâmica e aplicar protocolos terapêuticos complexos (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Esta foi das mais desafiantes e maiores dificuldades sentidas em todos os estágios, com a identificação tardia dos focos, o que fez com que inicialmente os protocolos terapêuticos fossem aplicados por outros enfermeiros, sentindo momentos de *stress*. As dificuldades na deteção de focos de instabilidade prenderam-se, sobretudo, na interpretação dos valores da monitorização, principalmente na monitorização invasiva no SMI, e quais as intervenções associadas. Estas foram gradualmente ultrapassadas com estudo e pesquisa, e com a aplicação dos conhecimentos previamente adquiridos na teoria, como por exemplo, a aplicação do algoritmo do SAV da *American Heart Association*, já treinado em contexto de simulação. Numa das situações ocorridas foi facilmente identificado o traçado eletrocardiográfico e

aplicado o algoritmo a aplicar em caso de taquicardia, permitindo a aplicação de protocolos de atuação e terapêuticos complexos.

No decorrer dos estágios, foram usadas várias escalas na realização dos registos de enfermagem, nos respetivos programas informáticos. Em EEH foi utilizada a NEWS, uma escala de alerta precoce de agravamento do estado clínico da PSC. Com o uso desta escala, foi possível verificar que o valor desta foi automaticamente calculado no programa informático *i-TEAMS*, consoante os valores introduzidos em cada avaliação dos parâmetros fisiológicos realizada, permitindo perceber o risco de deterioração clínica e intervir de acordo com os mesmos. O Protocolo de atuação NEWS (Luís, 2014) permite, através de uma linguagem comum para toda a equipa de EEH, avaliar as prioridades de cuidados à PSC de uma forma adequada e antecipada, consoante o risco de deterioração clínica. No acionamento de cada ocorrência, foi calculado o *score* do NEWS, e por forma a traduzir uma melhoria no estado clínico da PSC, o objetivo da prestação de cuidados de enfermagem foi diminuir o NEWS inicial, no final de cada ocorrência. Este *score* determinou os cuidados necessários e o encaminhamento para a instituição de saúde mais adequada. Assim, o NEWS permite a deteção precoce de alguma alteração do estado da PSC, com uniformização da avaliação da pessoa consoante o risco de deterioração orgânica e determinação das intervenções necessárias, para prevenção de complicações na PSC (Figueira & Pereira, 2020).

No SUG e em contexto de EEH, foi possível aplicar os protocolos de atuação das vias verdes na prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de saúde, nomeadamente em situações de AVC. No contexto de ambulância de SIV, foi possível detetar precocemente sinais de AVC, com implementação de escalas/instrumentos, como a Escala de Cincinnati, um instrumento de avaliação para identificação de sinais de alerta de AVC, e a Escala AVDS e a Escala de Coma de Glasgow, para avaliação do estado de consciência da PSC, e com posterior ativação da Via Verde–AVC através do *i-TEAMS*. No SUG, a aplicação da Via Verde–AVC possibilitou a diminuição do tempo de observação da PSC e a realização de intervenções mais específicas e centralizadas dos profissionais, cumprindo a Norma n.º 015/2017 (2017). Permitiu igualmente perceber o circuito da pessoa no ambiente intra-hospitalar e articulação com outros serviços, como hemodinâmica, imagiologia e SMI. Também no SUG, relativamente à Via Verde Coronária, foi possível observar a possibilidade de requisitar ECG simples de 12 derivações em situações de dor torácica, através do programa Sistema de Triagem de Manchester, de acordo com a Norma n.º 002/2018 (2018). Para além

do ECG, também eram implementados os algoritmos clínicos de encaminhamento interno para situações de monotrauma com incapacidade funcional, com requisição de radiografia simples do aparelho esquelético, e avaliação do estado neurovascular e da necessidade de imobilização, segundo a Norma referida (2018).

No contexto de EEH foram realizados procedimentos, que num contexto hospitalar, não seriam possíveis, tal como a colocação de colete de extração, numa pessoa vítima de trauma, aplicando o protocolo de abordagem do INEM. Foi também aplicado o protocolo de abordagem à pessoa a vivenciar processos complexos, que se centraram maioritariamente, para além do trauma, na alteração do estado de consciência, com aplicação do protocolo de PCR adulto e criança, na dor torácica, na dispneia e taquiarritmia, com o protocolo das disritmias. No decorrer da prestação de cuidados foram realizados novos procedimentos, como a colocação de adjuvantes da via aérea e a realização da manobra de valsava modificada, que foram essenciais para a aquisição de conhecimentos em procedimentos emergentes.

Foi ainda, possível compreender as patologias mais prevalentes nas pessoas internadas no SMI e os protocolos terapêuticos complexos e o seu impacto na estabilidade hemodinâmica, por forma a realizar o processo de enfermagem, com terminologia CIPE®, compreendendo o equilíbrio hidroeletrolítico, a dinâmica ventilatória e o suporte aminérgico. Foram apresentadas algumas dificuldades iniciais, como o manuseamento da linha arterial, cateter venoso central (CVC) e bombas infusoras, que foram colmatadas com a compreensão do seu funcionamento, dado que o EEEMCPSC deve ter habilidades técnicas nos cuidados complexos (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A monitorização invasiva, através dos valores obtidos da linha arterial, foi das áreas mais fundamentais na prestação de cuidados no SMI, com avaliação contínua dos sinais vitais, através do monitor da unidade da pessoa, no balcão de enfermagem, e na copa. Aquando de um valor fora dos parâmetros normais para a PSC, era emitido um sinal sonoro de alarme, o que possibilitou a atenção e interpretação imediata dos valores e a pronta atuação nos casos de instabilidade hemodinâmica. De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 (2018), uma das competências do EEEMCPSC é a interpretação dos valores obtidos e a deteção e pronta atuação em focos de instabilidade hemodinâmica, sendo que foram apresentadas dificuldades, nomeadamente no procedimento da realização do zero da linha arterial, e posterior interpretação dos valores. A primeira dificuldade mencionada, foi ultrapassada através da

prática, com recurso ao método de repetição. Para possibilitar uma leitura correta dos valores, a dificuldade na interpretação dos mesmos foi colmatada com pesquisa bibliográfica, dado que Alves e Sampaio (2020) referem que os dados obtidos da monitorização devem ser fiáveis e depender da perícia dos profissionais, em que os mesmos devem compreender os valores de referência para a estabilidade hemodinâmica da PSC, permitindo uma adequada intervenção.

No SMI, a grande maioria das pessoas internadas, encontrava-se com ventilação mecânica invasiva, tendo sido uma das dificuldades enunciadas na prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC, como o manuseamento do material e equipamento, o conhecimento dos modos ventilatórios e a sua influência no estado hemodinâmica da PSC, e o desmame ventilatório. Sabendo que o enfermeiro deve ter o conhecimento dos procedimentos e materiais, do modo de funcionamento do ventilador e parâmetros reguláveis, e compreender os seus alarmes, para a interpretação dos valores e pronta atuação (Miguel & Mendes, 2020), o colmatar das dificuldades foi realizado através de pesquisa bibliográfica e prática. Estes autores também referem que o ventilador possibilita a substituição da atividade espontânea da ventilação da PSC, sendo que a programação do ventilador de ser de acordo com a patologia e valores da gasometria da PSC, de modo a minimizar complicações. Neste seguimento, foi possível a prestação de cuidados à PSC em decúbito ventral, com Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda, cuidados esses que foram bastante desafiantes devido à complexidade do procedimento, intervenções e cuidados. A execução deste posicionamento ajudou a compreender o seu funcionamento no tratamento desta síndrome, com melhoria nos parâmetros ventilatórios, sintomas de dispneia e valores na gasometria (Mota et al., 2020).

Outro procedimento bastante realizado em SMI, foi a técnica de substituição da função renal, em pessoas com instabilidade hemodinâmica, por insuficiência renal aguda e intoxicações. Considerada uma técnica complexa, a montagem e funcionamento do sistema e a interpretação dos parâmetros foram as dificuldades sentidas, para as quais foi realizada pesquisa bibliográfica e prática. Apesar disso, algumas dúvidas ainda persistem, nomeadamente na interpretação dos parâmetros da técnica. Neste sentido, os enfermeiros que realizam esta técnica devem conhecer o seu funcionamento e os parâmetros, mantendo e otimizando o circuito extracorporeal, vigiando alarmes e prevendo as complicações que estão inerentes à técnica. O enfermeiro deve deter competências técnicas nesta, atuando prontamente na correção de intercorrências, para promover uma melhor eficiência das técnicas de substituição da função renal (Pinheiro & Madureira, 2020).

Para além destas intervenções na prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC no SMI, e por fazer parte do plano de tratamento da PSC, o aporte nutricional foi uma preocupação constante, já que este é essencial na prevenção de deficiências nutricionais e complicações, e na consequente melhoria da situação clínica da PSC (Rocha & Passos, 2020). Pelo estado de consciência da pessoa, a nutrição artificial foi realizada, na maior parte das pessoas, através da via entérica, devido a presença de sonda gástrica, sempre com um início o mais precoce possível e com controlo glicémico. O aporte calórico foi realizado de acordo com o protocolo do serviço, calculado tendo em conta o peso da pessoa. Na impossibilidade da via entérica ou intolerância à mesma, a nutrição da pessoa foi realizada por via parentérica através do CVC. Neste sentido, os nutrientes necessários devem ser fornecidos à PSC por outras vias, quando a via oral não está total ou parcialmente disponível. Comparando as duas vias, a via entérica é a mais fisiológica e o método de nutrição artificial mais eficaz para providenciar nutrientes (Rocha & Passos, 2020).

No SMI foi usada a *Richmond Agitation-Sedation Scale*, para a avaliação da qualidade e profundidade da sedação nas pessoas internadas em SMI. A sedação foi parte integrante dos cuidados no SMI, com vários objetivos, como a obtenção de um nível de sedação ligeira na PSC ou interrupção da mesma. Segundo Monte (2020), a adoção de uma estratégia eficaz e segura, que permita o conforto da pessoa e mantenha um nível de sedação ligeiro, associa-se a um melhor prognóstico. A pessoa deve, sempre que possível, estar alerta e acordada e sem ansiedade, para que possa participar de forma ativa no seu tratamento e na recuperação. No SMI, esta premissa nem sempre foi possível cumprir dada a instabilidade hemodinâmica da PSC e estado de consciência alterado, havendo necessidade de esta estar sedada. Assim, os objetivos primordiais da implementação da sedação no SMI foram facilitar a adaptação à ventilação mecânica invasiva, a realização de procedimentos invasivos e a redução do consumo de oxigénio na PSC. Na maior parte das situações, foi mantido um nível de sedação profunda, mas sabendo que esta se associa ao aumento da mortalidade, tempo de internamento e de ventilação mecânica invasiva, foi realizado diariamente um esforço para ajustar a sedação para um nível adequado. Neste sentido, e em concordância com o Regulamento n.º 429/2018 (2018), foram demonstrados conhecimentos relativos à implementação de sedação na PSC.

No decorrer dos estágios, a avaliação e gestão diferenciada da dor foi primordial, por forma a promover o bem-estar da PSC, indo ao encontro do Regulamento n.º 429/2018 (2018). A OE

(2008) refere que a dor deve ser considerada como o 5.º sinal vital, e neste sentido, deve ser realizada uma avaliação adequada da mesma, sendo que a autoavaliação da dor pela própria PSC é considerada como *gold standard* (Monte, 2020). Este autor, também refere que a dor pode ser derivada de doença ou lesão associada, procedimentos invasivos ou intervenções, provocando efeitos negativos na recuperação. Neste sentido, aquando da prestação de cuidados procurou-se questionar a PSC da intensidade da sua dor ou observar o comportamento da mesma, através de alguns instrumentos de avaliação da dor.

Sabendo que o controlo e prevenção da dor são uma prioridade na prevenção da ansiedade e do sofrimento da PSC e que melhoram o seu prognóstico (Magano, 2021; Monte, 2020), o enfermeiro deve fazer uso de ferramentas estruturadas e validadas para a avaliação sistematizada da dor (Monte, 2020). No decorrer dos estágios foram usados vários instrumentos de avaliação da dor, percebendo a sua importância, sendo as mais usadas e que envolveram a avaliação pela PSC, a escala numérica e a escala visual analógica. Para além destas escalas, foi também usada a *Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)*, para a avaliação da dor nas pessoas idosas incapazes de comunicar devido a défice cognitivo, e a *Behavioral Pain Scale (BPS)* no SMI, para a avaliação da dor na PSC ventilada, sedada e incapaz de comunicar verbalmente e de forma motora (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, s.d.), verificando na prestação de cuidados que esta não avalia localização, qualidade e tipo de dor, considerando uma desvantagem na mesma. Em contexto de EEH, foi aplicado o TILIDAS (Tipo, Início, Localização e irradiação, Intensidade, Duração, Alívio e agravamento (fatores), e Sinais e sintomas associados), uma mnemónica usada no pré-hospitalar para a realização da história de dor, nomeadamente dor torácica e trauma. Esta avaliação foi importante para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC, possibilitando a determinação dos sinais e sintomas relativos à dor, quais as intervenções necessárias para a diminuir, e os procedimentos seguintes, como a realização de ECG e administração de analgesia.

Com a avaliação e gestão eficaz da dor a ser uma preocupação constante nos estágios, com compreensão das suas implicações físicas e psicológicas, foram prestados cuidados de enfermagem interdependentes, como a implementação de intervenções farmacológicas, com a aplicação de protocolos terapêuticos de analgesia e por prescrição médica; e cuidados de enfermagem autónomos, com a implementação de intervenções não farmacológicas, como o conforto, o toque, a aplicação de frio ou calor e a distração. Estas estratégias são realizadas

consoante os objetivos do tratamento, as preferências da pessoa e a evidência científica recente, sendo eficientes na gestão de dor em complementaridade com estratégias farmacológicas (OE, 2008). Desta forma, o EEEMCPSC deve garantir a gestão de medidas farmacológicas para o combate à dor, e demonstrar conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas no alívio da dor (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

No SUG, um dos casos mais marcantes foi uma pessoa que referia dor de intensidade nove na escala numérica, com localização na coluna, e apresentava labilidade emocional. Mesmo com o cumprimento da terapêutica prescrita, a pessoa manteve o estado, que foi posteriormente comunicado ao médico, que se recusou a prescrever mais analgesia. Sabendo que o acesso ao tratamento da dor é um direito humano fundamental, tal como preconiza a Declaração de Montreal, o comportamento do médico constituiu-se uma violação deste direito, já que o artigo 2.º desta Declaração refere deve ser reconhecida a dor à pessoa com dor e o artigo 3.º que esta deve ter acesso a uma avaliação e tratamento adequado da dor por profissionais de saúde treinados (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, s.d.). Tendo em consideração estes artigos, aquando da prestação de cuidados de enfermagem especializados, foi reconhecida a dor da pessoa e foram implementadas estratégias não farmacológicas para minimizar o desconforto associado à dor, como o conforto, com a mudança de posição, e o toque. Foram também realizados ensinamentos relativos à gestão da dor no domicílio, como a aplicação de calor, e sugeridos cuidados complementares, indo ao encontro do artigo 2.º da Declaração de Montreal, que também refere que a pessoa com dor tem o direito de ser informada como pode ser realizada a gestão da dor (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, s.d.).

Ao longo dos estágios foi realizada a comunicação eficaz com os enfermeiros e restantes profissionais de saúde, PSC e familiares e/ou cuidadores. A comunicação com os enfermeiros foi essencial na prestação de cuidados de enfermagem especializada, com tomadas de decisão acerca da implementação das intervenções necessárias para estabilização da PSC, especialmente em contexto de SE e EEH, onde as comunicações em emergência são importantes para o socorro da PSC vítima de doença súbita e trauma (Bouça, 2021). A comunicação com a PSC e família e/ou cuidador também foi essencial no estabelecimento de uma relação terapêutica, com confiança mútua, através de uma comunicação eficaz. Assim, a comunicação em saúde preconiza-se como sendo uma tarefa indispensável na prestação de cuidados de enfermagem e é importante para o estabelecimento de uma relação terapêutica

eficaz e de confiança entre enfermeiros e pessoa e família (Silva & Emídio, 2021). Também o Regulamento n.º 429/2018 (2018), refere que o EEEMCPSC deve ser capaz de mobilizar técnicas de comunicação perante a PSC e família, estabelecendo uma relação terapêutica e reconhecendo o seu impacto nas mesmas, e gerindo o medo vivido pela mesma.

A implementação de uma comunicação terapêutica permite ao enfermeiro a compreensão das necessidades da pessoa, adaptando as suas atitudes e comportamentos aos diversos e complexos contextos críticos, e formulando desta forma, uma relação terapêutica com a mesma (Campos, 2017). Através de uma comunicação assertiva e eficaz e da adaptação da linguagem à situação e ao contexto da PSC e família, foi demonstrada disponibilidade e compreensão das necessidades das mesmas e, por conseguinte, estabelecida uma relação terapêutica, o que foi essencial para a confiança da pessoa nos cuidados prestados. Sabendo que o EEEMCPSC deve adaptar a comunicação ao estado complexo de saúde da PSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018), foi adotada uma comunicação assertiva e simples de compreensão pela pessoa e familiar e/ou cuidador, em todos os contextos da prática. Sabendo igualmente que o EEEMCPSC deve deter estratégias facilitadoras para comunicar com a pessoa que apresenta “barreiras à comunicação” (Regulamento n.º 429/2018, 2018), no contexto de EEH, foram alguns os casos em que foi necessário comunicar através de outra língua, nomeadamente inglês. Esta adaptação permitiu, no caso de uma grávida e da sua família, aumentar a confiança na equipa, e abrir espaço para esclarecer dúvidas.

Em pessoas incapazes de comunicar verbalmente foi adotada a realização de perguntas de resposta curta para que a mesma respondesse de uma forma simples, com sim ou não, através da abertura e fecho ocular e de movimento de cabeça. Para além desta, foram desenvolvidas por alguns enfermeiros do SMI, estratégias para pessoas ventiladas, como quadros com imagens, para que estas pudessem comunicar por gestos os seus sintomas e necessidades. Foi igualmente utilizada uma prótese fonatória, numa pessoa com traqueostomia, permitindo que a mesma emitisse sons e assim comunicar verbalmente com os profissionais de saúde. Todas estas estratégias foram importantes para minimizar o desconforto da PSC, garantindo a qualidade na prestação de cuidados, já que a ausência de comunicação verbal é geradora de *stress* e uma das barreiras à comunicação (Rosa, 2021).

Em EEH foi realizada uma adaptação da linguagem e postura numa situação de falecimento de uma pessoa, o que foi essencial para o processo de luto da família, indo ao encontro do Regulamento n.º 429/2018 (2018), que refere que o EEEMCPSC deve demonstrar habilidades

facilitadoras do processo de luto da família. A morte é considerada um acontecimento inevitável, sendo que o processo de luto vai mais para além da morte física e associa-se a uma perda de vínculo significativa, em que o profissional deve demonstrar compreensão, humanização e uma visão holística, apoiando a família e/ou cuidador nas suas reações emocionais e comportamentais, e respeitando as suas crenças e convicções espirituais e sociais (Trevisano et al., 2019). No contexto de EEH foi demonstrada disponibilidade, apoio emocional e empatia, na situação de falecimento de uma pessoa, na qual a familiar se encontrava a realizar manobras de suporte básico de vida à chegada da equipa. Após a confirmação do óbito da pessoa, a familiar solicitou estar junto da mesma para rezar, tendo sido essencial para o seu processo de luto e para o respeito das suas crenças espirituais e religiosas. A vivência desta situação, e de outras, foram importantes para a aquisição de competências no processo de luto, na comunicação e na promoção do bem-estar da família.

No decorrer dos estágios, foi possível a observação de transmissão de más notícias aos familiares e/ou cuidadores. Uma das situações ocorridas foi a transmissão de informação do falecimento de uma pessoa na SE do SUG, a qual foi realizada através do Protocolo “SPIKES” (S – *Setting Up the Interview*; P – *Perception*; I – *Invitation*; K – *Knowledge*; E – *Emotions*; S – *Strategy and Summary*) pelo médico. Apesar de terem sido seguidas todas as etapas, a informação foi transmitida por via telefónica e de uma forma rápida, não permitindo ao familiar assimilar tudo o que tinha sido transmitido. Sabendo que a transmissão de más notícias deve ser realizada num ambiente presencial que promova conforto, adequada ao grau de compreensão da pessoa, e realizada de forma clara e precisa para que a pessoa consiga assimilar toda a informação, a situação descrita não cumpriu com este pressuposto, provocando transtorno emocional injustificado (Silva & Emídio, 2021). Esta situação foi essencial para adquirir conhecimentos acerca deste protocolo e das intervenções que devem ser realizadas por forma a potencializar o diálogo, fortalecer a relação terapêutica com a pessoa e família e fornecer um suporte centrado nos mesmos.

No SMI, apesar de não terem sido prestados cuidados diretos para a manutenção da pessoa dadora de órgãos, foi observada a realização das provas de morte cerebral, e garantidas as intervenções necessárias para manter o equilíbrio hemodinâmico da pessoa dadora, mantendo o respeito e a privacidade da mesma e garantindo a dignificação da morte. Sabendo que o EEEMCPSC deve demonstrar conhecimentos e aptidões nas situações de morte cerebral e de manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos (Regulamento n.º 429/2018, 2018),

esta competência foi pouco desenvolvida, mas percebendo que devem ser prestados cuidados de alta complexidade, com visão holística da PSC como potencial dadora e família.

No SMI foi dada bastante importância à família da PSC. Dado que algumas pessoas internadas neste serviço se encontravam com alteração do estado de consciência, a comunicação com a família foi essencial, não só para a transmissão de informação nos horários de visitas e telefonicamente, mas também para o bem-estar psicossocial e espiritual da família, percebendo os processos de transição de saúde-doença, e as suas implicações positivas e negativas no seio familiar. Neste sentido, a família é a unidade social que dá apoio emocional, sendo o porta-voz da PSC, e que vivencia processos de transição que podem levar à instabilidade e incapacidade de lidar com a situação complexa. Os momentos de internamento em SMI são, muitas vezes, inesperados e geradores de bastante *stress* para a PSC e família, em que o conhecimento de todo o processo permite cuidados de qualidade a ambos (Pinho, 2020). Neste sentido, em situações mais complexas ou agravamento do estado clínico da PSC foi permitida a visita de familiares, o que possibilitou o seu bem-estar nestas situações de vulnerabilidade.

2.2.2 Dinamiza a resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da conceção à ação

Segundo a Lei de Bases da Proteção Civil (Lei n.º 80/2015, 2015), a catástrofe é um acontecimento súbito, quase sempre imprevisível, caracterizado por um acidente grave, que provoca grandes prejuízos materiais, e provavelmente vítimas, afetando as condições de vida e socioeconómicas num país inteiro ou em áreas dele. Apesar de não existirem muitas situações de catástrofe em Portugal, é frequente a ocorrência de situações de exceção. Estas, em contexto de emergência médica, são uma situação pontual ou sustentada de um desequilíbrio entre as necessidades existentes e os recursos disponíveis. Este desequilíbrio condiciona a atuação dos profissionais de emergência, através de uma ponderada gestão de informação e gestão e coordenação de recursos humanos e técnicos que estão disponíveis, a cada momento (INEM, 2017e). O Regulamento n.º 429/2018 (2018) menciona que uma situação de emergência é o resultado de uma agressão sofrida por uma pessoa ou outro fator, causando perda de saúde de uma forma violenta e brusca, com ameaça da integridade de um ou mais órgãos vitais, resultando em risco de vida.

O INEM (2017e) refere que dado o cenário de permanente probabilidade de ocorrerem situações de emergência, exceção e catástrofe, é necessário que exista um planeamento

sistemático e integrado da resposta de emergência a qualquer um destes cenários. No estágio realizado no SUG e SMI foi possível consultar o plano de emergência interno. Segundo a Orientação n.º 007/2010 (2010), estes devem fazer parte das equipas funcionais, sendo que as Instituições devem atualizar o seu plano de emergência interno pelas mudanças de cenário constantes, de modo a gerirem o espaço e os cuidados caso seja necessário. O EEEMCPSC, no caso de situações de exceção e catástrofe, deve prestar cuidados de enfermagem à PSC e, ao mesmo tempo, atender à complexidade do cenário, atuando eficazmente tendo em conta o plano de emergência interno (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Ao analisar o plano da instituição hospitalar onde foi desenvolvido o estágio de SUG e SMI, foi notória a importância que este tinha, devendo ser do conhecimento dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, já que estes fazem parte da equipa de primeira intervenção e têm um papel fundamental na salvaguarda da segurança da PSC e continuidade de cuidados em situações de exceção. Segundo Brazão et al. (2022), o treino e a simulação são estratégias importantes para a preparação dos profissionais em situações de emergência e/ou exceção, dotando-os de habilidades clínicas. A simulação da prática, realizada num ambiente controlado, é essencial para aperfeiçoar competências técnicas e não técnicas sem o comprometimento da segurança da pessoa, sendo considerada o *gold standard* no treino dos profissionais de saúde. Nos estágios não foi vivenciada nenhuma situação de simulação ou treino.

Para além do Plano de emergência interno, foi igualmente consultado o plano de evacuação de pessoas internadas no SMI. O enfermeiro neste contexto, está perante uma imprevisibilidade de situações de exceção, e por isso, deve deter o conhecimento do plano de evacuação do serviço, de modo a existir uma prontidão na resposta e a promover a segurança na atuação (Fezes, 2022). A análise do plano de evacuação do SMI foi essencial para deter conhecimentos acerca da gestão que deve existir em situações de exceção, nomeadamente na ordem de evacuação das pessoas, na metodologia de transporte, do material necessário, e na solicitação de profissionais para a evacuação dentro do serviço. Esta gestão é normalmente realizada pela enfermeira gestora ou pelo enfermeiro em funções de coordenação. Pelo facto de o SMI se localizar no 5.º piso e, consequentemente não ter saída direta para o exterior, existem algumas dificuldades na evacuação das pessoas, sendo necessária a utilização de elevadores. Outra dificuldade na evacuação, neste serviço, é também devido ao quadro clínico das pessoas internadas, sendo que a ordem de prioridade da mesma é definida também pelo grau de dependência das mesmas, com as mais as independentes a serem evacuadas em

primeiro lugar, e em último as mais dependentes, como aquelas de dependem em grau elevado de profissionais de saúde e equipamentos específicos, como bombas infusoras e ventiladores. Assim, a preparação dos enfermeiros para situações de exceção é de extrema importância para os capacitar na atuação nestas situações, para a liderança, gestão e organização, e para o julgamento crítico.

Também no SMI foi possível observar a prestação de cuidados à PSC na EEMI, um importante mecanismo institucional criado para possibilitar uma rápida e eficiente atuação em situações de emergência interna, como foi o caso de uma alteração do estado de consciência. Tal como foi referido anteriormente, esta equipa era constituída por um enfermeiro do SMI, responsável pela atempada administração e otimização da terapêutica. A observação da atuação desta equipa foi essencial na aquisição de conhecimentos acerca da ativação e atuação da mesma em situações de emergência interna e dos seus benefícios, como a diminuição da mortalidade e morbilidade das pessoas internadas com deterioração clínica aguda através de uma intervenção adequada e precoce (Despacho n.º 9639/2018, 2018).

O desenvolvimento desta competência foi mais acentuado em contexto de EEH, pela diversidade de situações de emergência, sendo que a prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC em situação de multivítimas foi um desafio, com recurso a protocolos e procedimentos, salvaguardando as condições de segurança de todos os envolvidos, como a pessoa, profissionais de saúde, família e comunidade em geral. De modo a aprofundar os conhecimentos acerca da prevenção e preparação em situações de catástrofe, emergência ou exceção, foi consultado o Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil, segundo a Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil (2023a). Este Plano constitui um suporte às operações de proteção civil na ocorrência ou iminência de ocorrência de situações de catástrofe em Portugal, permitindo determinar as ações a desenvolver, a organização e coordenação operacional dos meios e a adequação de medidas excecionais. A ativação deste plano em caso de emergência, garante aos agentes de proteção civil uma eficaz e eficiente gestão de meios.

Uma das situações vivenciadas no estágio de EEH foi de um acidente de viação com embate em objeto imóvel e atropelamento, que apelou à utilização de vários procedimentos e protocolos. À chegada ao local da ocorrência foi aplicada a triagem primária através do *Simple Triage And Rapid Treatment*, em que foi feita a avaliação inicial da cinemática de ambas as situações, de modo a determinar os recursos necessários para o apoio. Foi realizada

uma articulação com os Bombeiros e Guarda Nacional Republicana, tendo sido adquiridos conhecimentos acerca dos protocolos existentes para ativação e coordenação de meios. Ainda na *Simple Triage And Rapid Treatment*, foram avaliados os focos de instabilidade e definidas prioridades de atuação consoante o fluxograma de triagem primária do adulto do INEM (2017e), com implementação das intervenções necessárias, tendo sido apresentadas dificuldades nomeadamente no tempo de avaliação de cada pessoa, que foram ultrapassadas com a aquisição de conhecimentos sobre esta triagem e as etiquetas correspondentes. A definição de prioridades foi bastante importante na determinação dos cuidados à PSC e área respetivas e no controlo de fluxo e distribuição dos profissionais pelas áreas, tal como refere o INEM (2017e). No caso das pessoas envolvidas no acidente, duas delas foram vítimas de trauma, ambas hemodinamicamente estáveis, em que numa foi necessário realizar várias técnicas de imobilização e extração do carro e na outra de imobilização do membro inferior por fratura, de modo a prevenir quaisquer complicações do trauma. A articulação e comunicação entre os vários meios envolvidos foi bastante importante para um eficaz encaminhamento das pessoas à instituição adequada. Ao longo da prestação de cuidados às PSC foi realizada a avaliação da eficácia da articulação entre os meios acionados e da adequação da resposta, o que foi essencial para a aquisição de competências na gestão de recursos humanos e técnicos e de conhecimentos em situações de emergência (Regulamento n.º 429/2018, 2018), tal como a utilização das técnicas referidas.

Ainda na situação descrita, as pessoas envolvidas foram questionadas acerca do sucedido e o carro permaneceu no local do acidente após o trabalho das equipas de emergência, tendo sido realizada a observação a todo o cenário e avaliado o estado clínico das pessoas, de modo a realizar uma reconstituição dos factos e a perceber a evolução do acidente e, consequentemente determinar a causa. Todos estes procedimentos foram essenciais na aquisição de conhecimentos e competências. Os acidentes de viação são um problema de segurança pública, mas também um problema de criminalidade, pela potencialidade das ofensas à integridade física das pessoas envolvidas (Leal, 2014).

Desta forma, no decorrer do estágio em EEH foi possível a articulação entre os vários agentes da proteção, como INEM, corpos de Bombeiros e forças de segurança, como Polícia de Segurança Pública e a Guarda Nacional Republicana (Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil, 2023b). Esta articulação possibilitou o trabalho em equipa e a coordenação entre os agentes em situações de multivítimas e falecimentos, realizando uma colaboração na

tomada de decisão em equipa, tendo sido importante para a aquisição de conhecimentos acerca dos protocolos e procedimentos e desta competência.

Entre as situações de exceção ocorridas, e que requereram a articulação dos meios da proteção civil foi o caso da morte da criança na creche, já descrito acima. À chegada ao local, esta já se encontrava sem sinais de vida, e apesar da realização de manobras de SAV, foi declarado o óbito pouco tempo depois. Para além de ser uma morte súbita, foi considerada também uma morte suspeita por as informações fornecidas pelas cuidadoras ao CODU não coincidirem com a observação do local. Apesar da aparência da criança não aparentar ter indícios de ter sido cometido crime, foi acionada a Guarda Nacional Republicana e o Gabinete Médico-legal e realizada uma articulação no sentido de preservação de provas existentes (respeitando a cadeia de custódia), importantes para a autópsia e a reconstituição do cenário, por se tratar de uma morte inexplicável dado o relato fornecido (Koehler & Applegate, 2014). Foi tido em conta as condições do local, a temperatura ambiente e o relato das cuidadoras (Gomes, 2014).

Outra situação de exceção ocorrida em EEH foi o falecimento suspeito de uma pessoa no seu local de residência. À chegada ao local, foi verificado um cenário de uma cama toda ensanguentada e uma pessoa que se identificou como médico a realizar manobras de suporte básico de vida. Tendo em conta a avaliação da situação, foram criadas condições de segurança e, aquando da prestação de cuidados à PSC com implementação do protocolo de PCR adulto, foi apenas manipulado o necessário e movidos os materiais essenciais para a realização das intervenções. Após ter sido declarado o óbito, todos os materiais usados pela equipa foram deixados no corpo da pessoa, e o cenário não foi mexido, para preservação de vestígios forenses de indícios de prática de crime. Foi documentada toda a situação e intervenções realizadas, e pedida colaboração à Guarda Nacional Republicana, tendo existido uma articulação entre equipas para restrição de acesso ao local por terceiros, reconstituição do evento e determinação da pessoa que afirmava ser médico, que pouco tempo depois de ter sido declarado o óbito desapareceu da habitação.

Estas situações foram essenciais para a aquisição de competências na eficácia dos cuidados de enfermagem especializados e, ao mesmo tempo, na preservação de provas de indício de prática de crime (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Foi igualmente importante para a aquisição de conhecimento acerca dos procedimentos para a investigação de morte suspeita, sendo que o EEEMCPSC em EEH deve avaliar todas as componentes do cenário e preservar os vestígios forenses, realizando uma articulação com as autoridades competentes. Em

situações de suspeita de crime, a preservação de vestígios forenses em EEH é de extrema importância, especialmente com cenários caóticos. A abordagem ao local e a preservação de provas devem seguir alguns procedimentos, tal como os mencionados acima, e a observação da posição do mobiliário e evitar pisar / mexer em fluídos (Gomes, 2014).

Em todas as ocorrências em EEH foi possível ter contacto e adquirir conhecimentos acerca do processo de comunicação entre o CODU e os meios, com a utilização das diferentes vias de transmissão de informação, como o *i-TEAMS*, o rádio SIRESP – *Status* e Geolocalização e o telemóvel de serviço, tal como já foi referido. Estes sistemas de comunicação foram essenciais para a constante transmissão da informação entre os meios de EEH e o CODU mesmo em locais mais remotos. Nestes casos foi utilizado o SIRESP – Geolocalização por forma a garantir a resposta às necessidades comunicacionais dos diversos agentes de proteção civil em caso de emergência. Em todas as ocorrências também foi usado o SIRESP – *Status*, com ligação direta ao *i-TEAMS*, para identificar o local onde se encontra o meio, com confirmação de saída do meio da base, chegada ao local, chegada à PSC, saída do local, e chegada à instituição de destino. Esta comunicação entre os meios acionados e o CODU e vias de transmissão de informação, foi essencial para garantir a gestão e continuidade de cuidados à PSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

2.2.3. Maximiza a intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência a Antimicrobianos, perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Segundo o Despacho n.º 10901/2022 (2022), um dos três *Global Patient Safety Challenges* para a segurança da pessoa são as IACS. Também a Organização Mundial da Saúde publicou o *Global Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance*, com um conjunto de intervenções com o objetivo de diminuir a transmissão de microrganismos multirresistentes. Em Portugal, devido ao aumento de IACS, microrganismos resistentes e consumo de antimicrobianos, foi necessária a criação de programas de saúde específicos, sendo um deles o Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos, definido como prioritário no âmbito do Plano Nacional de Saúde. Este Programa tem como objetivos gerais a diminuição da taxa de IACS, o uso correto de antimicrobianos, e a redução da taxa de microrganismos resistentes a antimicrobianos. Também o Plano Nacional de Combate à Resistência aos Antimicrobianos (Direção-Geral da Saúde, 2019) menciona que alguns dos objetivos propostos são a redução da infeção e a otimização do uso dos antimicrobianos.

Neste sentido, a prevenção e controlo das IACS e resistência aos antimicrobianos deve ser uma preocupação constante aquando da prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC pelo EEEMCPSC, por forma a promover um ambiente seguro. A realização dos estágios em diferentes contextos permitiu, tendo em conta a complexidade de cada situação e a necessidade de implementação de medidas invasivas de diagnóstico e terapêutica, determinar o risco de infeção e implementar medidas para a minimizar e / ou prevenir (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Considerando a acreditação pela JCI, na ULS onde foram realizados os estágios do SUG e SMI (JCI, 2023a), e a redução do risco de IACS como uma das suas metas internacionais (JCI, 2023b), o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos da ULS, e o Manual de Controlo de Infeção do INEM e Comissão de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (2022) no contexto de EEH, foram implementadas as precauções básicas do controlo de infeção (PBCI), segundo a Norma n.º 029/2012 (2013), por forma a garantir a segurança da PSC, familiares e profissionais. No SUG e SMI, estas medidas também foram adotadas pelos familiares aquando da visita, tendo sido realizados ensinamentos acerca das mesmas, promovendo o envolvimento dos mesmos.

A Norma n.º 029/2012 (2013) menciona que se deve presumir que a PSC se encontra infetada ou potencialmente colonizada com microrganismos e que pode ser um potencial reservatório ou fonte para transmissão cruzada. Em EEH, dados os diversos contextos e imprevisibilidade da prestação de cuidados, o risco de transmissão cruzada de microrganismos é maior, sendo que os profissionais neste contexto devem implementar medidas adequadas tendo em conta essas mesmas situações (INEM, 2022). Também no SMI, o risco de infeção é elevado, dado que este é dos serviços hospitalares que apresenta maior taxa de prevalência de infeção pela realização de procedimentos e presença de dispositivos invasivos, condição clínica da PSC, comorbilidades, idade, imunossupressão, desnutrição, características do SMI, e recursos humanos (Pereira, 2020).

Todos os locais de estágio foram exigentes e desafiantes na prevenção e controlo de infeção pelas suas características e dinâmicas. Foram apresentadas algumas dificuldades na implementação de medidas, mas que foram colmatadas ao longo de cada estágio com a prática e o estudo. Foram então implementadas as 10 PBCI aquando da prestação de cuidados de enfermagem, de acordo com a Norma n.º 029/2012 (2013), tendo sido essenciais para a

prevenção e controlo do risco de exposição aos agentes microbianos transmissíveis, e para a aquisição de conhecimentos e competências na prevenção e controlo de IACS.

Em contexto de SUG, a colocação de utentes foi um desafio dada a constante sobrelotação das áreas, com distância muito reduzida entre as macas, e a necessidade de movimentação das mesmas. Apesar disso, em todas as áreas do SUG existiram unidades individuais com separação por cortinas destinadas a isolamentos, e com um quarto individual de isolamento na área laranja, onde eram alocadas as pessoas infetadas ou colonizadas com microrganismo transmissível, qualquer que fosse a via, cumprindo com a Norma n.º 029/2012 (2013). Na impossibilidade de alocar as pessoas em unidades individuais, foi realizado um esforço para cumprir as medidas de isolamento de acordo com cada via de transmissão pelo microrganismo identificado, e foi colocada uma placa no suporte da maca com risco vermelho. Ainda em relação às cortinas, estas podem ser vetores de transmissão de infeções. Desta forma, neste serviço, dada a grande afluência de pessoas e consequente exposição a microrganismos, estas eram trocadas com alguma frequência, sendo que existiu dificuldade no cumprimento desta medida em dias de sobrelotação, dado os reduzidos recursos humanos para o fazerem. Neste sentido, uma das recomendações seria utilizar cortinas de material descartável, tal como preconiza a Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2015), por forma a garantir a prevenção e controlo de infeção.

No SMI, na admissão de pessoas era avaliado o risco de transmissão cruzada de modo a definir a colocação da pessoa e as precauções de isolamento baseadas nas vias de transmissão se necessário, com a realização do rastreio sético segundo o protocolo do SMI (Norma n.º 029/2012, 2013). A realização deste rastreio foi posteriormente documentado em registo informático, e adicionalmente, com datas de próximos rastreios e o resultado do mesmo com a identificação dos microrganismos presentes, nomeadamente para *Klebsiella Pneumoniae* Carbapenemase, *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente, *Acinetobacter Baumannii*, *Clostridium Difficile* e *Staphylococcus Aureus* resistente à metilicina. Consoante o microrganismo presente foram adotadas precauções e efetuado o tipo de isolamento apropriado ao mesmo, tendo sido usadas sinaléticas específicas para o microrganismo detetado, para que os profissionais identificassem quais as medidas a adotar de forma rápida, garantindo a segurança dos mesmos e de todas as pessoas que acessem ao serviço. Relativamente às pessoas com necessidade de isolamento por via aérea ou gotículas, estas eram alocadas em quartos individuais e iniciada pressão negativa. Assim, as precauções

baseadas nas vias de transmissão, como os isolamentos, promovem a contenção do microrganismo na fonte e impedem a transmissão cruzada (Rosário, 2019).

A higiene das mãos foi uma preocupação constante em todos os estágios, já que esta é uma das medidas mais simples e importantes na redução da transmissão de agentes infecciosos aquando da prestação de cuidados (Norma n.º 029/2012, 2013). Em todos os estágios foram removidos os adornos, expostos os antebraços, e cumpridos os cinco momentos da higienização das mãos, com recurso à solução antisséptica de base alcoólica, ou lavagem com água e sabão. No SUG, esta solução encontrava-se em pontos estratégicos, como entrada das áreas e balcão de enfermagem, tal como os lavatórios para lavagem das mãos. Em EEH, foi disponibilizada solução antisséptica de base alcoólica em cada ambulância, tanto na célula sanitária como nas portas laterais, tal como na VMER, e nas mochilas de abordagem à PSC. Em todas as ambulâncias, onde foram prestados cuidados, existia um lavatório para lavagem das mãos. No SMI, a solução antisséptica de base alcoólica foi disponibilizada aos pés da cama da pessoa, no balcão de enfermagem, na bancada para preparação de medicação e na entrada do serviço. Em cada quarto individual existia um lavatório, e também perto das restantes unidades. No SUG e SMI foram fornecidos cremes dermoprotetores para hidratação das mãos (Norma n.º 029/2012, 2013). A adoção das medidas de higienização das mãos, e a disponibilização de solução antisséptica de base alcoólica em locais estratégicos da prestação de cuidados, são essenciais na redução do risco de transmissão cruzada e na prevenção e controlo de IACS. O fornecimento dos produtos necessários e adequados para a higienização das mãos, como a solução, e de creme dermoprotetor, é importante para a prevenção de dermatites de contacto (Contreiras, 2019).

As medidas individuais de etiqueta respiratória foram também implementadas em todos os estágios, tanto pelos profissionais de saúde como pelas pessoas e familiares, por forma a conter secreções respiratórias, minimizando a transmissão de agentes infecciosos por gotículas ou por via aérea, como refere a Norma anterior (2013). Foram fornecidas máscaras cirúrgicas a todos aqueles com sintomas sugestivos ou diagnóstico confirmado de doença respiratória.

Aquando da prestação de cuidados, foram utilizados equipamentos de proteção individual, como luvas, máscara cirúrgica e calçado antiderrapante, de modo a criar uma proteção adequada tendo em consideração o risco do procedimento a realizar. Em todos os estágios, as luvas foram disponibilizadas em locais de fácil acesso, como foi o caso das portas laterais da ambulância e VMER e da célula sanitária da ambulância, banco traseiro da viatura, e do

armário amovível em cada unidade individual no SMI. As luvas foram utilizadas consoante o procedimento a realizar e removidas após o mesmo. Também foram usados aventais no SUG e SMI para prestação de cuidados diretos à PSC, e removidos entre pessoas e no final de algum procedimento. No estágio de opção em EEH foi usado um colete, retirado após o fim de cada ocorrência, para evitar contaminação cruzada entre pessoas e profissionais (Norma n.º 029/2012, 2013).

Segundo a mesma Norma (2013), a utilização de equipamentos clínicos nas pessoas pode significar transmissão cruzada por contaminação por agentes infecciosos ou fluídos orgânicos, através das mãos ou dos próprios equipamentos, constituindo fontes de infeção, devendo ser adequadamente descontaminados. Após a prestação de cuidados, em todos os estágios foi efetuada a descontaminação dos equipamentos clínicos usados, como o material usado na prestação de cuidados, de acordo com a classificação de uso do equipamento, e dos computadores, entre outros. A utilização do tipo de desinfetante para a descontaminação dos equipamentos foi realizada consoante se era superfície ou equipamento e pelas indicações do fabricante. Na esterilização de equipamentos foi usada a sala de esterilização no SUG e SMI, e em contexto de EEH a esterilização era realizada nas instalações da instituição de origem.

No controlo ambiental, em todos os estágios foi realizado um esforço para que o ambiente de prestação de cuidados estivesse limpo, seco e livre de objetos e equipamentos desnecessários (Norma n.º 029/2012, 2013). No SU, dada a elevada afluência de pessoas, esta premissa nem sempre foi possível cumprir totalmente, já que existia uma grande rotatividade de macas e pessoas, mas foi realizado um esforço nesse sentido. Em EEH, foi igualmente realizada a limpeza da ambulância de SIV, tendo em consideração as listas de verificação existentes. Na célula sanitária foi realizada a desinfecção de todas as superfícies, incluindo as que raramente são lembradas, como as pegas do teto da mesma.

Nos estágios realizados no SUG e SMI, toda a roupa utilizada aquando da prestação de cuidados era considerada contaminada, e por isso, manuseada de forma segura, de modo a não contaminar o ambiente ou a farda (Norma n.º 029/2012, 2013). No SUG, a roupa limpa encontrava-se em armários fechados e era transportada no carro para as higienes e, após ser utilizada, a roupa suja era depositada em sacos próprios. No SMI, a estrutura de cada unidade individual foi favorável ao manuseamento seguro da roupa, já que no armário amovível se encontrava a roupa limpa, colocada diariamente, e em cada uma tinha um recipiente para

colocar a roupa suja, devendo ser preenchido no máximo até 2/3 da sua capacidade. A restante roupa era acondicionada em local fechado e reservado para o efeito.

Em todos os estágios, a recolha de resíduos foi realizada corretamente e de forma segura. Os resíduos foram triados e eliminados junto ao local de prestação de cuidados, e separados de acordo com o grupo a que pertenciam, acondicionados em sacos de recolha de resíduos ou contentores de cortoperfurantes, para evitar manipulação. No SUG, os sacos e contentores encontravam-se maioritariamente junto do local de preparação de medicação e do material, permitindo eliminar de imediato os resíduos. Em EEH, era levado um saco e os resíduos eram acondicionados no mesmo, sendo considerados contaminados e, portanto, depositados no Grupo III, com exceção dos cortoperfurantes. No SMI, todos os resíduos produzidos na unidade da pessoa eram considerados contaminados e, por isso, eliminados para o saco de Grupo III igualmente, na mesma existia um contentor para depositar os cortoperfurantes. Junto ao local de preparação de medicação existiam também vários sacos para separação correta dos lixos e um contentor de corto-perfurantes. Os contentores de corto-perfurantes encontravam-se sempre fechados, de modo a evitar uma picagem acidental ou contaminação. Foi realizada a troca dos mesmos semanalmente ou até 2/3 da sua capacidade, estando identificados com data de abertura e encerramento (Norma n.º 029/2012, 2013).

De acordo com esta Norma (2013), a preparação e administração de injetáveis deve ser realizada segundo uma técnica assética. Em todos os estágios foi implementada esta medida, mas em EEH, esta foi um desafio e não cumprida na totalidade em relação à preparação de medicação, dado o espaço limitado das bancadas da célula sanitária da ambulância, sendo que na maior parte das vezes, a preparação era realizada em cima da mochila de abordagem à pessoa. Foi assim usada uma técnica o mais assética possível dado o contexto. Apesar disso, nos estágios foram utilizadas embalagens de doses únicas em medicamentos injetáveis e sempre que não foi usada a totalidade da dose de uma ampola, o resto da medicação era desperdiçada. No caso de ser necessário fazer diluição de solução em pó com soro fisiológico, por exemplo, era usada uma agulha diferente para cada embalagem.

A implementação das PBCI foi essencial na prevenção e controlo do risco de exposição aos agentes infecciosos pelas várias vias em todos os contextos. Para além destas medidas, no estágio realizado no SUG e SMI, na prestação de cuidados de enfermagem especializados foram implementados e incorporados os “feixes de intervenção” da Direção-Geral da Saúde. No SUG foram aplicadas medidas para a prevenção da infeção urinária associada a cateter

vesical (Norma n.º 019/2015, 2022), prevenção de infeção relacionada com CVC (Norma n.º 022/2015, 2022), e prevenção de infeção do Local Cirúrgico (Norma n.º 020/2015, 2022). No SMI, para além destes, foi igualmente implementado o “feixe de intervenção” para prevenção de pneumonia associada à intubação (Norma n.º 021/2015, 2022). Dado estas infeções representarem cerca de 80% das IACS em SMI (Pereira, 2020), a implementação destas intervenções foi essencial na prevenção e controlo das IACS.

Na prevenção de infeção associada ao CVC foi cumprida a técnica assética durante o procedimento e na manutenção do cateter, com higienização corretas das mãos, uso de equipamentos de proteção individual adequados e realização do penso com técnica assética (Norma n.º 022/2015, 2022). Em relação à prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical, foi avaliada e documentada diariamente a necessidade da sua colocação e manutenção, realizada técnica assética no procedimento de colocação, e assegurados os cuidados para a manutenção do cateter vesical, como a higienização do meato urinário e a fixação adequada (Norma n.º 019/2015, 2022).

Na realização dos estágios em SUG e SMI, foi verificado que alguns enfermeiros assumiram a função de elos de ligação com o Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos, o que foi essencial na atualização e implementação de boas práticas para a prevenção e controlo de IACS, e na comunicação de problemas e dificuldades, para criar estratégias facilitadoras para a prestação de cuidados de enfermagem, por forma a promover a segurança e melhoria dos mesmos. No SMI foi também possível observar uma auditoria realizada por este Grupo, acerca do cumprimento das PBCI, tendo sido fundamental para perceber as funções do mesmo, e para identificar áreas de melhoria na adoção de medidas para a prevenção e controlo das IACS.

Neste sentido, no decorrer dos estágios, a criação de condições específicas e a aquisição de conhecimentos acerca de medidas de prevenção e controlo das IACS, como as PBCI e os “feixes de intervenção” da Direção-Geral da Saúde, foi essencial para o desenvolvimento desta competência, e para promover a qualidade das práticas e a segurança da pessoa e profissionais, segundo o Regulamento n.º 429/2018 (2018).

PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

O EE deve basear a sua prática clínica especializada em evidência científica, implementando intervenções com base no conhecimento atual, válido e pertinente. Ainda, no seu local de trabalho, o EE deve avaliar a qualidade das práticas clínicas e as necessidades formativas, planear, implementar e avaliar programas de melhoria contínua da qualidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

1. PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Foi elaborado e implementado um PMCQ sobre “Obstrução da via aérea por corpo estranho no idoso: Conhecimentos dos profissionais de uma unidade de cuidados continuados integrados”, no contexto profissional da mestranda, pela identificação da necessidade de conhecimentos dos profissionais acerca da prevenção e atuação em caso de OVACE, o qual teve o parecer favorável da uma Comissão de Ética (Anexo III).

A realização deste projeto inseriu-se no domínio da melhoria contínua da qualidade e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019), e na competência do cuidar da pessoa a vivenciar processos de doença crítica (Regulamento n.º 429/2018, 2018), que refere que o EEEMCPSC deve prevenir e detetar precocemente, atuando prontamente e corretamente na doença, e prevenindo complicações.

Este PMCQ permitiu implementar estratégias de melhoria contínua da qualidade dos cuidados para aumentar os conhecimentos dos profissionais da UCCI onde foi realizado o estudo, com realização de formação acerca da prevenção e atuação em OVACE no idoso e implementação de um fluxograma de atuação (Apêndice IV). Foram igualmente implementados dois instrumentos de colheita de dados, em formato de Questionário (Apêndice V) para avaliar o nível de conhecimentos dos profissionais, antes e após a implementação das estratégias referidas.

O PMCQ elaborado, é apresentado em seguida, em formato artigo, de acordo com as recomendações da Unidade Curricular. Este projeto cumpriu os requisitos da *checklist* SQUIRE 2.0 (2020) para a implementação de PMCQ de forma rigorosa. Cumpriu, ainda, as regras de submissão de artigos científicos da RIAGE (2022a), tendo sido submetido a esta revista científica a 28 de fevereiro de 2024, encontrando-se no prelo, previsto para junho de 2024.

Título Completo do manuscrito: OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA POR CORPO ESTRANHO NO IDOSO: CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Título resumido do manuscrito: Conhecimentos sobre Obstrução da Via Aérea

Flávia Susana Azevedo Brás

Santa Casa da Misericórdia da Marinha Grande | flavia.susana.bras@gmail.com

ORCID ID: 0009-0004-1993-6316

Cristina Raquel Batista Costeira

CitechCare; UICISA:E; Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria |
cristina.costeira@ipleiria.pt

ORCID ID: 0000-0002-4648-355X

Resumo

Introdução: A obstrução da via aérea por corpo estranho no idoso é uma situação frequente e uma das causas de morte mais comum. Esta pode ser reversível se forem de imediato realizadas intervenções adequadas. **Objetivos:** Aferir o nível de conhecimentos dos profissionais de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados; realizar formação com treino aos profissionais sobre prevenção e atuação em caso de Obstrução da Via Aérea por corpo estranho, com elaboração e implementação de um fluxograma de atuação baseado nas *guidelines* internacionais; comparar o nível de conhecimentos dos profissionais, após as intervenções implementadas. **Método:** Implementado projeto de melhoria contínua da qualidade em três etapas: diagnóstico de situação, implementação das intervenções de melhoria

e avaliação. Desenvolvido entre julho e outubro de 2023, com 33 profissionais de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados. Aplicados dois questionários de autopreenchimento e realizado tratamento estatístico dos dados colhidos. Cumpridos todos os pressupostos éticos. **Resultados:** Verificou-se que existiu uma diferença estatisticamente significativa, entre os conhecimentos, antes e após as intervenções, com aumento das respostas corretas. Verificou-se, ainda, que os participantes eram jovens e com poucos anos de experiência profissional. **Discussão:** O socorro ao idoso com Obstrução da Via Aérea por corpo estranho é uma preocupação dos profissionais. As estratégias de formação com treino e a existência de fluxogramas são estratégias facilitadoras de melhoria dos cuidados. **Conclusão:** As estratégias implementadas foram importantes para melhorar os conhecimentos dos profissionais, contribuindo para a prevenção e atuação perante uma ocorrência de Obstrução da Via Aérea por corpo estranho.

Palavras-chave: Obstrução da Via Aérea por corpo estranho; Idoso; Conhecimentos dos Profissionais

Introdução

O envelhecimento é um processo natural do corpo, em que ocorrem diversas alterações, nomeadamente fisiológicas, morfológicas e psicológicas. Estas alterações podem interferir com a qualidade de vida e provocar vulnerabilidades, significando perdas funcionais irreversíveis e um aumento na dependência das atividades de vida diária (Ramos et al., 2022). Como principal causa do aumento do envelhecimento da população, reconhece-se o aumento da esperança média de vida associada ao desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde. Este fenómeno tem levado ao aumento do número de idosos e adultos com múltiplas doenças crónicas diagnosticadas, acarretando a um compromisso ou mesmo dependência de cuidados por terceiros (Campos et al., 2021; PORDATA, 2022; Ramos et al., 2022).

Neste seguimento, têm emergido várias opções de resposta a esta necessidade, uma delas tem sido a criação de Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), que segundo a Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados

Continuados Integrados (2023), procuram dar resposta às necessidades de cuidados das populações, onde são prestados cuidados de saúde de forma continuada e integrada a utentes com vários níveis de dependência e em situação de agudização ou cronicidade. O Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e o Ministério da Saúde (2019) acrescentam ainda que nestes contextos de cuidados, 85% dos utentes internados são idosos, sendo importante a compreensão de todo o processo de envelhecimento e das doenças crónicas associadas, como a demência. Pelo aumento da população idosa e sua dependência, tem sido verificada a necessidade de cuidados cada vez mais complexos pelos profissionais e cuidadores, nomeadamente na intervenção de socorro a ocorrências relacionadas com a obstrução da via aérea por corpo estranho (OVACE) ou, mais comumente designada, engasgamento.

A OVACE é uma das causas de morte acidental de milhares de pessoas em todo o mundo (Igarashi et al., 2019; Olasveegen et al., 2021), sendo que mais de 50% das mesmas foram em idosos com mais de 70 anos (Duckett et al., 2022). De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2022), as ocorrências por OVACE têm vindo a aumentar em Portugal Continental de uma forma gradual. Sabe-se que esta deve ser corrigida rapidamente, pois pode conduzir a uma paragem cardiorrespiratória, em poucos minutos (Olasveengen et al., 2021). A OVACE é, na maior parte das vezes, reversível (Olasveengen et al., 2021), especialmente quando existe a presença de terceiros que estejam devidamente preparados para dar resposta adequada, uma vez que uma deteção precoce da situação leva ao sucesso do socorro. Se a mesma não for testemunhada é importante despistar todas as possíveis causas, já que alguns idosos não conseguem verbalizar a ocorrência, de forma a permitir uma atuação em conformidade (Duckett et al., 2022).

As guidelines da *American Heart Association* de 2020 e da *European Resuscitation Council* (Olasveengen et al., 2021) preconizam que o diagnóstico da OVACE não deve ser tardio ou incorretamente realizado, alertando ainda, que o motivo mais frequente de OVACE é a presença de alimentos, o que torna os momentos da refeição e pós-refeição, momentos que exigem particular atenção (Igarashi et al., 2019).

Assim, os cuidados ao idoso devem centrar-se na prevenção de ocorrências evitando a OVACE, sendo que na sua impossibilidade deverão ser mobilizadas estratégias de

socorro rápido e eficaz através da desobstrução da via aérea (Gaspar, 2021; Ramos et al., 2022). Neste contexto, a educação e treino dos profissionais acerca da ocorrência de OVACE e dos métodos de desobstrução da via aérea é fundamental (Duckett et al., 2022; Silva et al., 2021; Rose & Dubensky, 2023).

Para a formação e treino de profissionais podem ser utilizadas tecnologias pedagógicas, de modo a permitir diagnosticar necessidades formativas. No caso da OVACE, estas tecnologias permitem capacitar os cuidadores formais e informais para os riscos, reconhecimento e o procedimento de desobstrução. Os conhecimentos adquiridos possibilitam que profissionais que não sejam da área da saúde consigam identificar e atuar mais precocemente em caso de OVACE, aumentando a probabilidade de sobrevivência do idoso (Silva et al., 2021). Os sinais mais frequentemente identificados numa OVACE são a tosse, alterações da voz e da postura (Rose & Dubensky, 2023) e alterações no padrão respiratório, sendo que os sinais mais graves são a asfixia, cianose (cor azulada) e a alteração do estado de consciência (Olasveengen et al., 2021).

Pelo reconhecimento desta problemática e por se ter verificado um aumento de cerca de 8% dos casos entre 2022 e 2023 na UCCI, foi desenvolvido este projeto de melhoria contínua da qualidade, com o objetivo geral de capacitar os profissionais de uma UCCI da Região Centro de Portugal com conhecimentos para detetar e atuar eficazmente em caso de OVACE no idoso. Foram assim delineados três objetivos específicos: i) aferir o nível de conhecimentos dos profissionais de uma UCCI; ii) realizar formação com treino aos profissionais sobre prevenção e atuação em caso de OVACE, com elaboração e implementação de um fluxograma de atuação baseado nas *guidelines* internacionais; iii) comparar o nível de conhecimentos dos profissionais, após as intervenções implementadas.

Método

Tipo de estudo: Trata-se de um projeto de melhoria contínua da qualidade desenvolvido entre julho e outubro de 2023, e desenhado em três etapas. Na etapa I, que decorreu em julho de 2023, foi realizado um estudo de diagnóstico com características descritivas, e abordagem quantitativa, para aferição dos conhecimentos

e necessidades formativas dos profissionais de uma UCCI da região Centro de Portugal. Na segunda etapa, de julho a outubro de 2023, foram implementadas duas estratégias de melhoria contínua da qualidade de cuidados, tendo por base a evidência científica recente para a resolução das necessidades e carências educativas identificadas na etapa I. As estratégias de melhoria contínua da qualidade implementadas foram a criação e a implementação de um fluxograma de atuação e a formação com treino fundamentadas nas *guidelines* internacionais. Na etapa III, em outubro de 2023, foi avaliado o efeito das intervenções implementadas, no que diz respeito ao conhecimento dos profissionais. Em todas as fases do desenvolvimento do projeto de melhoria contínua da qualidade, foi respeitada a *Checklist* SQUIRE 2.0, garantindo a qualidade da realização do estudo.

Amostra: Participaram 33 profissionais que exerciam funções numa UCCI da Região Centro de Portugal, entre os quais enfermeiros, auxiliares de ação direta, auxiliares de serviços gerais, entre outros (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais), de um total de 60 profissionais a exercerem funções na UCCI. Foram definidos como critérios de inclusão todos os profissionais que exerciam funções na UCCI, que concordassem participar no estudo preenchendo o documento de consentimento informado, frequentassem a formação com treino desenvolvida, e que preenchessem os dois instrumentos de colheita de dados. O estudo excluiu todos os profissionais ausentes no momento de implementação do projeto, por motivos de atestados de incapacidade temporária e licenças de maternidade (n=5).

Instrumentos de colheitas de dados: Foram aplicados dois questionários de autopreenchimento com trinta questões de verdadeiro e falso acerca da temática da OVACE no idoso fundamentadas nas *guidelines* internacionais. Os questionários foram aplicados em dois momentos, na etapa I e etapa III da implementação do projeto, de forma a poder ser realizada uma comparação pelo número de questões certas e erradas e avaliar as intervenções implementadas. O questionário aplicado na etapa I foi ainda composto por questões relacionadas com dados sociodemográficos e profissionais e o aplicado na etapa III por questões que pretendiam recolher a opinião dos profissionais acerca das intervenções.

Tratamento estatístico: Os dados recolhidos foram analisados através do *Software IBM Statistical Package for the Social Sciences®* (SPSS®) versão n.º 28 de 2021, com recurso a estatística descritiva e inferencial. Como estatística descritiva foram utilizados os valores de média (M), desvio padrão (s), valores mínimos (min) e máximos (máx), e percentagem (%). Como estatística inferencial foram utilizados testes paramétricos. Foi previamente verificada a distribuição das variáveis, através do teste de *Shapiro-Wilk*, tendo-se verificado uma distribuição normal ($p \geq 0,05$), e a homogeneidade das variâncias, através do teste de Levene. Para o estudo de verificação de diferenças, na mesma amostra, em dois momentos distintos, foi usado o teste *T – student* emparelhado. O nível de significância estatística foi aceite para $p < 0,05$.

Procedimentos formais e éticos: Foi obtido um parecer positivo por uma comissão de ética (N.º CE/.../38/2023) e autorização do Provedor da UCCI da Região Centro de Portugal para a realização do estudo. Todos os participantes do mesmo manifestaram a sua concordância através da validação de um consentimento informado. O preenchimento dos questionários foi de carácter anónimo com utilização de sistema de codificação numérica, impedindo a identificação dos participantes. Neste, foi pedido a cada participante, para introduzir os últimos quatro dígitos do seu número de telemóvel em ambos os questionários, permitindo assim, um emparelhamento de respostas, e garantindo através deste código a possibilidade de estes manifestarem a sua vontade de desistir em qualquer fase da investigação, respeitando o seu direito à autodeterminação.

Resultados

Na aplicação do primeiro questionário, na etapa I, participam 33 profissionais da UCCI: enfermeiros (18,2%), auxiliares de ação direta (39,4%), auxiliares de serviços gerais (30,3%), e outros (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais) (12,1%). Os participantes tinham em média $34,88 \pm 10,21$ anos de idade, $6,67 \pm 6,19$ anos de experiência profissional e $2,92 \pm 3,48$ anos de experiência profissional na UCCI onde se realizou o estudo. Os profissionais efetuaram em média $2,09 \pm 3,22$ desobstruções por ano, afirmando ainda que se sentiram preparados para atuar em caso de OVACE (60,6%), mas que necessitavam de formação (97%) (Tabela 1).

Tabela 1: Dados sociodemográficos e profissionais dos participantes do estudo

Variáveis	n	Mín.	Máx.	M	s
Idade	33	22	60	34,88	10,21
Anos de Experiência Profissional	33	0	30	6,67	6,19
Anos de Experiência Profissional na UCCI	33	0	12	2,92	3,48
Desobstruções / ano	33	0	12	2,09	3,22
	n	%			
Função desempenhada na UCCI					
Enfermeiro	6	18,2			
Auxiliar de Enfermagem	13	39,2			
Auxiliar de Serviços Gerais	10	30,3			
Outro	4	12,1			
Das obstruções sentiu-se preparado para atuar?					
Sim	20	60,6			
Não	13	39,4			
Sente que deveria existir formação?					
Sim	32	97			
Não	1	3			

Legenda: n – Tamanho da amostra; Mín. – Mínimo; Máx. – Máximo; M – Média; s – Desvio Padrão; % - Percentagem

Nas respostas ao primeiro questionário, obtiveram-se em média $19,39 \pm 3,77$ respostas certas, e consequentemente 35,37% de respostas erradas, revelando dificuldades na identificação precoce e atuação em ocorrências de OVACE no idoso e, consequentemente, a necessidade de implementação de intervenções adequadas (Tabela 2).

Já no segundo questionário todos os participantes consideraram que adquiriram os conhecimentos necessários após a formação, referindo que as estratégias utilizadas tinham sido úteis (100%). 87,9% dos participantes mencionaram que não existia a necessidade de melhorar as estratégias implementadas. Quando comparados os resultados de respostas certas ao mesmo questionário aplicado na etapa I, os

participantes acertaram em média a $22,85 \pm 3,18$ das perguntas, evidenciando, menos respostas erradas do que na etapa I (Tabela 2).

Tabela 2: Descrição de dados relativos às respostas do 1º e 2º Questionário

	1º Questionário						2º Questionário					
	Mín.	Máx.	M	s	n	%	Mín.	Máx.	M	s	n	%
Respostas Certas	8	25	19,39	3,77	30	64,63	15	30	22,85	3,18	30	76,17
Respostas Erradas	5	22	10,61	3,77	30	35,37	0	15	7,15	3,18	30	23,83

Legenda: n – Tamanho da amostra; Min. – Mínimo; Máx. – Máximo; M – Média; s – Desvio Padrão; % - Percentagem

No sentido de se verificar a diferença entre os dois momentos, para a mesma amostra, foi aplicado o Teste de *t-Student* emparelhado (tabela 3), tendo-se encontrado uma diferença estatisticamente significativa entre os resultados do primeiro questionário e o segundo ($t=0,86$; $p=0,00$).

Tabela 3: Diferenças entre os dois momentos

Variáveis	n	t	p
Respostas Certas do 1º Questionário e Respostas Certas do 2º Questionário	33	0,86	0,00

Legenda: n – Tamanho da amostra; t – Valor do teste *p* – Nível de significância

Discussão

A OVACE é um problema frequente (Olasveengen et al., 2021) e associado às alterações morfológicas, fisiológicas e psicológicas que envolvem o envelhecimento (Igarashi et al.2019). Neste estudo verificou-se que os profissionais da UCCI experienciaram em média $2,09 \pm 3,22$ situações de OVACE por ano. Esta realidade é preocupante pelo desafio imposto aos profissionais em atuar de forma adequada perante a situação ou prevenir que a mesma ocorra (Rose & Dubensky, 2022). Os profissionais envolvidos neste estudo caracterizavam-se por serem jovens ($34,88 \pm 10,21$ anos) e com pouca experiência profissional no contexto de UCCI ($2,92 \pm 3,48$ anos). Estes dados podem ser explicativos da consciencialização dos profissionais acerca da necessidade de formação

acerca da OVACE no idoso, uma vez que 97% dos participantes referiram essa necessidade.

Verificou-se que 35,37% das respostas dos participantes, no estudo de diagnóstico, estavam erradas, sugerindo que os participantes apresentavam dificuldades na identificação precoce e atuação na OVACE no idoso. Sabe-se que 18,2% dos participantes da UCCI eram enfermeiros, detendo já previamente formação e treino na área, decorrente da sua formação graduada. Consequentemente, os restantes participantes eram maioritariamente, profissionais da área social. Justificando a dificuldade sentida na temática, a Ordem dos Médicos (2016) refere que os prestadores da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados detêm escassos conhecimentos técnicos para atuar em caso de doença. Apesar disso, 60,6% dos participantes referiram que se tinham sentido preparados para atuar.

Neste seguimento, quando comparados os conhecimentos, antes e depois da implementação das intervenções, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na avaliação ($p=0,00$), evidenciando que as estratégias implementadas foram importantes para melhorar os conhecimentos dos profissionais.

O estudo realizado por Martínez-Isasi et al. (2023), com 564 participantes, utilizou a estratégia de formação com treino, tendo-se verificado, à semelhança deste projeto, que os participantes se sentiram mais preparados perante situações de obstrução da via aérea, após a sua realização. Sabe-se que programas formativos de treino são estratégias importantes para desenvolver competências profissionais técnicas, comunicacionais e conceptuais potenciadoras da qualidade dos cuidados oferecidos (Amaral et al., 2022 Ravaghi et al., 2021).

Neste estudo, foi também desenvolvido e disponibilizado um fluxograma de atuação em caso de OVACE baseado nas *guidelines* internacionais mais recentes, o que parece também ter sido uma estratégia importante, segundo os participantes. O desenvolvimento e disponibilização de protocolos baseados em evidência, em formato de fluxogramas, são também estratégias que segundo Dusi et al. (2023) podem ser potenciadoras de boas práticas, por permitirem sistematizar as etapas de atuação de forma simples e visual.

No sentido de garantir a sustentabilidade deste projeto, prevê-se a realização anual de formações de atualização na área da OVACE no idoso aos profissionais da UCCI. Sabe-se que a atualização de procedimentos técnicos é fundamental para a garantia da qualidade dos cuidados prestados (Silva et al. 2021).

Este estudo teve como limitação o tamanho da amostra, com apenas 33 participantes dos 60 profissionais que trabalhavam na Instituição, não sendo representativo da mesma. Sugere-se que em estudos futuros sejam também envolvidos os utentes e familiares, contribuindo para um papel mais ativo de todos, na prevenção da OVACE em idosos, quer em contexto de internamento em UCCI quer em regime de domicílio.

Conclusão

Sendo a OVACE em idosos um problema que exige uma atuação pronta e eficaz por parte dos cuidadores, é importante que estes estejam empoderados com conhecimentos e treino, de forma a garantir a qualidade e segurança na sua atuação.

A realização deste estudo parece ter contribuído para a capacitação dos profissionais da UCCI onde foi realizado, pelo facto de estes terem melhorado o seu nível de conhecimentos na área. A formação com treino em prevenção e atuação em caso de OVACE no idoso e a implementação de protocolo em formato de fluxograma, fundamentados nas *guidelines* internacionais, parecem ter sido estratégias importantes para a melhoria do nível de conhecimentos dos profissionais, relativamente à prevenção, deteção e atuação em caso de OVACE no idoso. Assim sendo, a implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade é fulcral para a garantia da qualidade de cuidados dirigidos a idosos.

Referências

- Amaral, C., Sequeira, C., Albacar-Riobóo, N., Coelho, J., Pinho, L.G. & Ferré-Grau, C. (2023). Patient Safety Training Programs for Health Care Professionals: A Scoping Review. *Journal of Patient Safety*, 19(1), 48-58. DOI: 10.1097/PTS.0000000000001067
- Campos, S. M. de L., Trindade, D. R. P., Cavalcanti, R. V. A., Taveira, K. V. M., Ferreira, L. M. de B. M., & Magalhães Júnior, H. V. (2021). Sinais e sintomas de disfagia

- orofaríngea em idosos institucionalizados: Revisão integrativa. *Audiology - Communication Research*, 27. <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2021-2492>
- Duckett, S. A., Bartman, M., & Roten, R. A. (2022). Choking. *StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499941/>
- Dusin, J., Melanson, A. & Mische-Lawson, L. (2023). Evidence-based practice models and frameworks in the healthcare setting: A scoping review. *BMJ Open*, 13(5), 1-9. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071188>
- Gaspar, L. (2021). Urgências Respiratórias: Fisiopatologia Respiratória. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (1ª Ed, pp. 129-139). Lisboa: Lidel.
- Igarashi, Y., Norii, T., Sung-Ho, K., Nagata, S., Tagami, T., Femling, J., Mizushima, Y., & Yokota, H. (2019). New classifications for Life-threatening foreign body airway obstruction. *The American Journal of Emergency Medicine*, 37(12), 2177–2181. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.03.015>
- Martínez-Isasi, S., Carballo-Fazanes, A., Jorge-Soto, C., Otero-Agra, M., Fernández-Méndez, F., Barcala-Furelos, R., Izquierdo, V., García-Martínez, M., & Rodríguez-Núñez, A. (2023). School children brief training to save foreign body airway obstruction. *European journal of pediatrics*, 182(12), 5483–5491. <https://doi.org/10.1007/s00431-023-05202-x>
- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social & Ministério da Saúde. (2019). *Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019*. Cuidados Continuados – Saúde e Apoio Social. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI-2016-2019-Ofi%CC%81cial-Anexo-III.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>
- Ordem dos Médicos. (2016). Estudo das dificuldades sentidas pelos Prestadores da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

- <https://ordemdosmedicos.pt/estudo-das-dificuldades-sentidas-pelos-prestadores-da-rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados/>
- PORDATA (2022). Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento. <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento-526-3745>
- Ramos, B. L. V. de L., Florentino, C. V. F. S., Andrade, I. C. R., Tenório, M. A., & Silva, J. I. F. da. (2022). Acidentes domésticos prevalentes na pessoa idosa. Em A. M. Soares, *Tópicos Especiais em Ciências da Saúde: teoria, métodos e práticas 5* (pp. 392–401). AYA Editora. <https://doi.org/10.47573/aya.5379.2.78.34>
- Ravaghi, H., Beyranvand, T., Mannion, R., Alijanzadeh, M., Aryankhesal, A. & Belorgeot V.D. (2021). Effectiveness of training and educational programs for hospital managers: A systematic review. *Health Services Management Research*, 34(2), 113-126. <http://doi.org/10.1177/0951484820971460>
- Rose, D., & Dubensky, L. (2023). Airway Foreign Bodies. *StatPearls Publishing*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30969578/>
- Silva, F. L. da, Galindo Neto, N. M., Sá, G. G. de M., França, M. S. de, Oliveira, P. M. P. de, & Grimaldi, M. R. M. (2021). Tecnologias para educação em saúde sobre obstrução das vias aéreas por corpo estranho: Revisão integrativa. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 55(03778), pp.1-10. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2020035103778>
- Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2023). Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Instituto da Segurança Social, I.P. https://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a

“Os autores declaram que não há conflito de interesse”

CONCLUSÃO

Com a elaboração deste relatório foi possível descrever os contextos da prática especializada em enfermagem, as situações vivenciadas, as dificuldades sentidas e estratégias adotadas para as ultrapassar, em cada um dos contextos. Foram realizadas várias reflexões derivadas da prática de enfermagem especializada, com base na pesquisa bibliográfica realizada. Apesar disso, o n.º de páginas para a realização deste relatório foi limitado, por forma a incluir todas intervenções realizadas na prática e respetivas reflexões, incluindo a evidência que deu suporte às mesmas, apelando à capacidade de síntese. Também os contextos da prática especializada foram desafiantes de descrever todos os detalhes, dada a sua dimensão e respetiva estrutura física.

Na realização dos estágios foram vivenciadas situações complexas e desafiantes, que permitiram promover um processo crítico e reflexivo acerca da prática especializada em enfermagem, das intervenções realizadas e da postura adotada. Este processo foi essencial no desenvolvimento e aquisição das competências comuns e específicas do EEEMCPSC, constatando que existe uma completa interligação entre as mesmas, permitindo a realização de uma PBE e especializada à PSC, com uma abordagem holística.

Através da realização dos estágios, e da escolha de EEH como estágio de opção, foi importante observar o percurso da PSC, com a prestação de cuidados de enfermagem especializados desde o ambiente extra-hospitalar até ao SMI. Assim, a dinâmica dos diferentes contextos, permitiu ter uma visão global das intervenções do EEEMCPSC e perceber o circuito da PSC, desde o EEH, para o SUG e finalizando no SMI. Apesar do processo de aprendizagem, através dos estágios, ter iniciado no SUG, foi realizada uma ligação entre os cuidados prestados em todos os contextos. Para além de um melhor entendimento da atuação do EE nestes contextos, foi possível desenvolver competências de liderança, realizando um raciocínio clínico com tomada de decisão.

Tendo em conta estes contextos e as respetivas oportunidades de aprendizagem, no decorrer dos estágios foram sentidas dificuldades, em que algumas foram colmatadas com pesquisa bibliográfica e o treino informal em contexto de clínica. Isto significa que ainda persistem algumas dificuldades, nomeadamente na competência específica do cuidar da PSC, que serão objeto de investimento pessoal futuro. Esta limitação é explicada pela inexistência de prestação de cuidados mais diferenciados. O facto de não existir experiência prévia em nenhum dos locais de estágio realizados, tornou as integrações nos mesmos mais demoradas e

com maiores sentimentos de *stress* e insegurança. Neste sentido, considera-se que o tempo de realização de cada estágio foi curto para desenvolver completamente cada competência, propondo o aumento do período de realização de cada estágio.

Com a realização do PMCQ surgiu a oportunidade de desenvolver o conhecimento dos profissionais da UCCI, onde se desenvolviam funções, acerca da abordagem ao idoso com OVACE. Este projeto permitiu a aquisição das competências da melhoria contínua da qualidade e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Prevê-se de forma a sustentar e atualizar o PMCQ implementado, desenvolver replicação anual das formações acerca da OVACE no idoso aos profissionais da UCCI e da aplicação do fluxograma de atuação, de modo a existir um maior aumento do nível de conhecimento dos mesmos, e consequentemente, melhorar a prevenção e atuação no socorro à OVACE.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos* (RT 09/2013). https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2015). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência* (RT 11/2015). https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2019). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos* (RT 14/2019). <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>
- Alves, F. & Sampaio, C. (2020). Monitorização em Unidade de Cuidados Intensivos. Em J. A., Pinho (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1ª ed., pp. 69-80). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Apóstolo, J. L. A. (2017). *Síntese da Evidência no Contexto da Translação da Ciência* (1ª Ed.). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://www.esenfc.pt/pt/download/3868/dXeLMhjCvHFwDpAvDd>
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (s.d.). *Declaração de Montreal*. <https://www.aped-dor.org/index.php/informacoes-uteis/declaracao-de-montreal>
- Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil (2023a). *Plano Nacional de Emergência*. <https://prociv.gov.pt/pt/prevencao-e-preparacao/planeamento-de-emergencia/plano-nacional-de-emergencia/>
- Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil (2023b). *Sistema Nacional de Proteção Civil*. <https://prociv.gov.pt/pt/sistema-de-protecao-civil/sistema-nacional-de-protecao-civil/>
- Barroilha, T. M. O. (2020). Debriefing da Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência como Determinante na Segurança do Doente Crítico (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre). Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/33210>
- Bouça, B. (2021). Comunicações em Emergência. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (1ª ed, pp. 39-43). Lidel – Edições Técnicas
- Brazão, M. L., Nóbrega, S., Barreto, F. & Almada, S. (2022). O Papel da Simulação no Treino de Equipas de Urgência. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 29(4), 287-294. <https://doi.org/10.24950/rspmi.1229>
- Brito, G. C. & Cordeiro, J. P. (2020). Competências-Chave do Formador: Estudo de caso no CENFIM-NSli. *European Journal of Human Resource Management Studies*, 4(3), 74-104. DOI: 10.46827/ejhrms.v4i3.894
- Campos, C. (2017). A Comunicação Terapêutica enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *PsiLOGOS*, 15(1), 91-101. <https://doi.org/10.25752/psi.9725>
- Contreiras, B. (2019). Lavagem e antissepsia das mãos. Em A. Duarte & O. Martins, *Controlo da Infecção Hospitalar* (1ª ed, pp. 46-55). Lidel – Edições Técnicas
- Costa, P. (2021). Abordagem Sistematizada do Doente Crítico. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (1ª ed, pp. 53-59). Lidel – Edições Técnicas
- Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde (1996). Diário da República: I Série, n.º 205. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-241640>
- Despacho n.º 1057/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: II Série, n.º 22. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/01/Legislac%CC%A7a%CC%83o-Despacho-1057-2015-Obrigatoriedade-Triagem-Manchester-Rede-SU.pdf>
- Despacho n.º 5561/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: II Série, n.º 79. <https://diariodarepublica.pt/dr/analise-juridica/despacho/5561-2014-25696609>
- Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde. (2021). Diário da República: II Série, n.º 187. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>

- Despacho n.º 9639/2018 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2018). Diário da República: II Série, n.º 198. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>
- Despacho n.º 10901/2022 do Ministério da Saúde. (2022). Diário da República: II Série, n.º 174. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>
- Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: II Série, n.º 153. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho n.º 13427/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: II Série, n.º 228. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/13427-2015-71066231>
- Direção-Geral da Saúde (2019). Plano Nacional de Combate à Resistência aos Antimicrobianos 2019-2023. Âmbito do Conceito “Uma Só Saúde”. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Dou, S., Han, C., Li, C., Liu, X., & Gan, W. (2022). Influence of emotional intelligence on the clinical ability of nursing interns: a structural equation model. *BMC nursing*, 21(149), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00933-y>
- Escola Superior de Saúde de Leiria. (2018, junho). *Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos: Manual de referências técnicas para a elaboração de trabalhos académicos na ESSLei*. Conselho Técnico-Científico ESSLei – IPLLeiria. <https://www.ipleiria.pt/esslei/wp-content/uploads/sites/28/2015/03/Guia-de-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-trabalhos-acad%C3%A9micos-ESSLei-2018.pdf>
- Fezes, P. A. C. (2022). *Evacuação do doente crítico da Unidade de Cuidados Intensivos - da segurança do doente à qualidade dos cuidados de enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Beja, Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal, Instituto Politécnico de Castelo Branco). Repositório Científico do Instituto Politécnico de Beja. <https://hdl.handle.net/20.500.12207/5736>
- Figueira, A. I. R. & Pereira, M. (2020). Avaliação da pessoa em situação crítica: Aplicação do National Early Warning Score. *Projetar Enfermagem*, 3(1), 32-42. <http://hdl.handle.net/10400.26/34813>
- Gaspar, L. (2021). Urgências Respiratórias: Fisiopatologia Respiratória. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (1ª Ed, pp. 129-139). Lidel – Edições Técnica, Lda.
- Gomes, A. (2014). Preservação de Vestígios no Pré-hospitalar. Em A. Gomes, *Enfermagem Forense – Volume 1* (1ª Ed., pp. 106-123). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Gonçalves, J. F. C. (2018). *A sobrelotação no serviço de urgência: estratégias de redução pela metodologia DELPHI* (Dissertação de Mestrado, Politécnico de Leiria). Repositório Institucional do Politécnico de Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/3530>
- Guimarães, M. S. F.; Silva, L. R. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Rio de Janeiro. <https://journaldados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2017a). *O INEM*. <https://www.inem.pt/category/inem/o-inem/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2017b). *Missão, Visão e Valores*. <https://www.inem.pt/2017/05/22/missao-visao-e-valores/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2017c). *Meios de Emergência*. <https://www.inem.pt/category/cidadaos/meios-de-emergencia/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2017d). *Direitos e Deveres do Utente*. <https://www.inem.pt/2017/05/29/direitos-e-deveres-do-utente/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2017e). *Situação de Exceção – Manual TAS* (1ª Ed.). Instituto Nacional de Emergência Médica. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2021). *Relatório de Atividade do CODU*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-de-Atividade-do-CODU-2021.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2022). *Código de Ética e Conduta do INEM*. <https://www.inem.pt/2022/09/07/codigo-de-etica-dos-profissionais-do-inem/>

- Instituto Nacional de Emergência Médica & Comissão de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (2022). *Manual de Controlo de Infecção do INEM* (1ª Ed.). INEM.
- Joint Commission International. (2023a). *JCI – Accredited Organizations*. <https://www.jointcommissioninternational.org/who-we-are/accredited-organizations/#sort=%40aoname%20ascending>
- Joint Commission International. (2023b). *International Patient Safety Goals*. <https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>
- Koehler, S. A. & Applegate, K. M. (2014). Atribuições e Funções do Instituto de Medicina Legal / Gabinetes Médico-legais: O que os Enfermeiros Forenses devem saber. Em A. Gomes, *Enfermagem Forense – Volume 2* (1ª Ed., pp. 359-376). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Leal, A. J. P. (2014). Investigação de Acidentes de Viação. Em A. Gomes, *Enfermagem Forense – Volume 2* (1ª Ed., pp. 411-427). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Lei n.º 31/2021 da Assembleia da República. (2021). Diário da República: I Série, n.º 100. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/31-2021-163866213>
- Lei n.º 35/2023 da Assembleia da República. (2023). Diário da República: I Série, n.º 141. https://diariodarepublica.pt/dr/analise-juridica/lei/35-2023-215980339?_ts=1711128852510
- Lei n.º 80/2015 da Assembleia da República. (2015). Diário da República: I Série, n.º 149. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/80-2015-69927759>
- Lei n.º 156/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: I série, n.º 181. <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Lima, L. M. M., Pinto, C. A. S. & Gonçalves, S. M. B. (2018). Nurses' coping with the unexpected death of children and adolescents. *Rev RENE*, 19, e33087. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20181933087>
- Luís, L. (2014). *Tradução, validação e aplicação dos sistemas de pontuação de alerta precoce 'ViEWS' e 'NEWS' em Portugal* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa). Repositório Científico. <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/4230>
- Magano, P. (2021). Sedação e Analgesia em Emergência. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (1ª Ed, pp. 87-92). Lidel – Edições Técnica, Lda.
- Marquis, B. L. & Huston, C. J. (2015). *Administração e Liderança em Enfermagem, teoria e prática* (8ª Ed). Artmed.
- Matos, T. M. L. F. (2012). *Comunicação com o Doente Ventilado: Cuidados de Enfermagem Especializados na Área da Pessoa em Situação Crítica* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/15807>
- Meleis, A. I.; Sawyer, L. M.; Im, E.; Messias, D. K. & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory. In: A. I. Meleis. (Ed.), *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Mendes, A. S. M. (2022). *Abordagem à Pessoa em Situação Crítica pelo Enfermeiro no Serviço de Urgência em contexto de Via Verde de Trauma* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho). RepositóriUM. <https://hdl.handle.net/1822/81386>
- Miguel, P. & Mendes, F. (2020). Ventilação Mecânica. Em J. A., Pinho (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1ªed., pp. 137-150). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Monte, R. (2020). Sedação e Analgesia no Doente Crítico. Em J. A., Pinho (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1ªed., pp. 107-116). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Moreno, J., Silva, A., Santos, I. A. & Maia, P. (2020). Erro e Eventos Adversos na Unidade de Cuidados Intensivos. Em J. A., Pinho (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1ªed., pp. 33-41). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Mota, M., Sousa, L. M. M., Bico, I. & Marques, M. C. P (2020). Decúbito Ventral na Síndrome de Dificuldade Respiratória no Adulto após Infecção por Coronavírus. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 16-22. DOI: 10.33194

- Norma n.º 001/2017 da Direção-Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
- Norma n.º 002/2018 da Direção-Geral da Saúde. (2018). Sistemas de Triage dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2018/01/09/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata/>
- Norma n.º 015/2017 da Direção-Geral da Saúde. (2017). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/07/13/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto/>
- Norma n.º 019/2015 da Direção-Geral da Saúde. (2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical/>
- Norma n.º 020/2015 da Direção-Geral da Saúde. (2022). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>
- Norma n.º 021/2015 da Direção-Geral da Saúde. (2022). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>
- Norma n.º 022/2015 da Direção-Geral da Saúde. (2022). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>
- Norma n.º 029/2012 da Direção-Geral da Saúde. (2013). Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci/>
- Oliveira, A., Sousa, A., Gonçalves, C., Figueira, C., Marote, E., Silva, N., Faria, V. & Lourenço, T. (2021). O Impacto da Liderança Transformacional do Enfermeiro Gestor na Satisfação dos Enfermeiros. *Journal of Aging and Innovation*, 10(1), 143-153. DOI: 10.36957/jai.2182-696X.v10i1-9
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *DOR – Guia Orientador de Boa Prática*. Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Conselho de Enfermagem Regional. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (s.d.). *Carta dos Direitos do Doente Internado*. https://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/?type_field=&location_field=carta+dos+direitos+do+doente+internado&subtype_field=&mandate_field=
- Ordem dos Farmacêuticos. (2019). Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar. Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar. https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/capitulo_d_manual_de_boas_praticas_de_farmacia_hospitalar_21223437045d07678534ad5.pdf
- Orientação n.º 007/2010 da Direção-Geral da Saúde (2010). Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Parecer n.º 065/2023 da Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Pedido de Parecer sobre Decisão de Não Reanimar (DNR)*. Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28319/parecer-cj-n%C2%BA-65-2023_decisa-o-de-na-o-reanimar-dnr.pdf
- Pereira, R. (2020). Prevenção e Controlo de Infecção. In J. A. Pinho (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1ª ed, pp. 161-174). Lidel – Edições Técnicas
- Pereira, R. P. G. (2021). Eficácia clínica e prática baseada em evidências: avaliação de atitudes, competências e práticas. Em R. S. D. Molin (Ed.), *Teoria e Prática de Enfermagem, da atenção básica à alta complexidade* (1ªed, pp. 15-35) Editora Científica. DOI: 10.37885/210303903

- Pinheiro, P. A. & Madureira, A. (2020). Técnicas de Substituição Renal nas Unidades de Cuidados Intensivos. Em J. A., Pinho (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1ªed., pp. 175-185). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Pinho, J. A. (2020). O Doente e a Família na Unidade de Cuidados Intensivos. Em J. A., Pinho (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1ªed., pp. 311-320). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Pinto, A. C. P. & Mota, L. A. N. (2023). Instrumentos de prática baseada na evidência para enfermeiros validados para Portugal: protocolo de scoping review. *RevSALUS – Revista Científica Internacional da Rede Académica das ciências da Saúde da Lusofonia*, 5(1), 61-67. <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>
- Politécnico de Leiria (2021). *Guia para a Elaboração de Citações e Referências Bibliográficas: Normas APA 7ª Edição*. Bibliotecas do Politécnico de Leiria. https://www.ipleiria.pt/sdoc/wpcontent/uploads/sites/10/2021/05/Guia_APA_7%C2%AAEd._v1.pdf
- Rebelo, J. T. (2022). *A problemática do consentimento informado no âmbito da Responsabilidade Civil Médica* (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Veritati – Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/36597>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, n.º 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 361/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II Série, n.º 123. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II Série, n.º 135. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série, n.º 184. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Revista Ibero-Americana de Gerontologia. (2022a). *Sobre a Revista*. RIAGE – Revista Ibero-Americana de Gerontologia. <https://riagejournal.com/index.php/riage/about>
- Revista Ibero-Americana de Gerontologia. (2022b). *Submissões*. RIAGE – Revista Ibero-Americana de Gerontologia. <https://www.riagejournal.com/index.php/riage/about/submissions>
- Rocha, E. & Passos, H. (2020). Nutrição Artificial. Em J. A., Pinho (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1ªed., pp. 151-159). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Rosa, I., Pais, D. & Consciência, J. G. (2016). Os Princípios da Bioética Aplicados em Urgência Hospitalar. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23(1), 18-23. https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n1_2016_18_23.pdf
- Rosa, N. V. (2021). *A comunicação do doente traqueostomizado mecanicamente ventilado: uso de válvula fonatória numa Unidade de Cuidados Intensivos* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho). RepositóriUM. <https://hdl.handle.net/1822/77557>
- Rosário, E. M. O. C. (2019). Medidas de Isolamento. Em A. Duarte & O. Martins (Eds.), *Controlo de Infecção Hospitalar* (1ªed., pp. 80-93). Lidel – Edições Técnica, Lda.
- Santos, E. J. F.; Marcelino, L. M. M. S.; Abrantes, L. C. B.; Marques, C. F. F.; Correia, R. M. L.; Coutinho, E. C. & Azevedo, I. C. S. C. (2016). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 49(20), 153-171. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083>
- Santos, S. S. (2019). *Impacto da Liderança no desempenho da equipe de Enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra). Repositório Científico da UC. <https://hdl.handle.net/10316/89596>
- Silva, A. D. & Nascimento, S. S. (2023). Teoria do conforto de Kolcaba no cuidado de enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista JRG de Estudos Académicos*, 6(13), 946-969. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8065092>
- Silva, D. & Emídio, M. (2021). Comunicação de Más Notícias. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (1ª Ed, pp. 423-426). Lidel – Edições Técnica, Lda.

- SIRESP. (2024). *Projetos – Gestão de Redes Digitais de Segurança e Emergência*. <https://www.siresp.pt/rede-siresp/projetos/>
- Soares, C. S. C. (2021). *Formação de estudantes em ensino clínico: intervenção supervisiva do tutor* (Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro). Ria – repositório institucional. <http://hdl.handle.net/10773/30568>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (s.d.). *Plano Nacional de Avaliação da Dor – Resultados*. Grupo de Avaliação Dor. <https://www.spci.pt/documentos>
- Sousa, M. H., & Figueiredo, A. S. (2021). Os registos de enfermagem nas revistas portuguesas (1958-1998): Um estudo bibliométrico. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), e20173. <https://doi.org/10.12707/RV20173>
- SQUIRE. (2020). *Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0)*. <https://www.squire-statement.org/index.cfm?fuseaction=Page.ViewPage&PageID=471>
- Stryker (2024). *RCP LUCAS*. LUCAS Chest Compression System. <https://www.lucas-cpr.com/pt/#home>
- Trevisano, R. G., Almeida, J. V. & Barreto, C. A. (2019). O olhar da Enfermagem no processo de luto. *Revista Saúde em Foco*, 11, 574-587. https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/05/052_O-OLHAR-DA-ENFERMAGEM-NO-PROCESSO-DE-LUTO.pdf
- Tseng, L. P., Hou, T. H., Huang, L. P., & Ou, Y. K. (2022). The Effect of Nursing Internships on the Effectiveness of Implementing Information Technology Teaching. *Frontiers in public health*, 10(893199), 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.893199>
- Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. S, Trindade, L. L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>

APÊNDICES

APÊNDICE I

Poster “Gasometria Arterial: Uma Breve Revisão”

GASOMETRIA ARTERIAL: UMA BREVE REVISÃO

Estudantes do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico -Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
Enfermeiros Orientadores: _____
Serviço de Medicina Intensiva _____
Janeiro, 2024



IPL
escola superior de saúde
instituto politécnico de leiria

Gasometria Arterial

Exame invasivo que permite determinar valores de potencial de hidrogénio (pH) e dos gases sanguíneos arteriais, avaliando principalmente o equilíbrio ácido-base do organismo

Principais parâmetros:

- pH
- Saturação de oxigénio (SatO₂)
- Pressão parcial de dióxido de carbono (pCO₂ ou PaCO₂)
- Pressão parcial de oxigénio (pO₂ ou PaO₂)
- Bicarbonato de Sódio (HCO₃⁻)
- Anion Gap
- Taxa PaO₂ / Fração Inspirada de Oxigénio (FiO₂)
- Entre outros

Valores de Referência

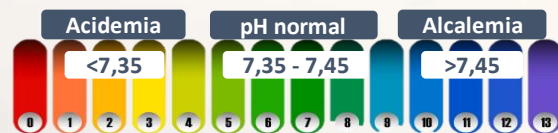
pH	7,35 - 7,45
PaO ₂	80 - 100 mmHg
PaCO ₂	35 - 45 mmHg
HCO ₃ ⁻	22 - 26 mEq/L
CO ₂ total	24 - 31 mmol/L
Base excess (B.E.)	-2 - +2 mEq/L
SatO ₂	95 - 99%

Interpretação dos Valores

1º Analisar o pH e avaliar a presença de acidemia vs alcalemia

2º Verificar se o distúrbio é metabólico e/ou respiratório

3º Avaliar se existe compensação do distúrbio primário



Processo	pH	Alteração primária		Resposta compensatória
		PaCO ₂	HCO ₃ ⁻	
Acidose respiratória	↓	↑	-	↑ HCO ₃ ⁻ ↑ B.E.
Alcalose respiratória	↑	↓	-	↓ HCO ₃ ⁻ ↓ B.E.
Acidose metabólica	↓	-	↓	↓ PaCO ₂
Alcalose metabólica	↑	-	↑	↑ PaCO ₂

ACIDOSE RESPIRATÓRIA

Causas

- Doença Respiratória Aguda
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
- Sedação excessiva
- Fibrose Pulmonar
- Doenças Neuromusculares
- Síndrome de Apnéia Obstrutiva do Sono
- Dor aguda
- Deformações torácicas
- Compromisso dos músculos respiratórios
- Lesão medular

Sinais e Sintomas

- Rubor facial e de extremidades
- Dispneia ou bradipneia (doentes com depressão do centro respiratório)
- Ansiedade
- Delírio
- Tremores
- Crise convulsiva
- Coma

Tratamento

- Otimização Ventilatória (Ventilação Mecânica)
- Aspiração das vias aéreas
- Oxigenoterapia
- Broncodilatadores

ACIDOSE METABÓLICA

Causas

- Paragem Cardiorrespiratória
- Cetoacidose
- Acidose Lática
- Doença Renal Crónica
- Intoxicação por drogas ou medicamentos
- Diarreia

Sinais e Sintomas

- Respiração Kussmaul
- Diminuição da contratilidade cardíaca
- Arritmia cardíaca
- Vasodilatação arterial
- Vasoconstrição venosa

Tratamento

- Corrigir causa subjacente
- Permeabilizar vias aéreas
- Monitorizar a ingestão/ perdas e arritmias
- Evitar infeções
- Administração de Bicarbonato

ALCALOSE RESPIRATÓRIA

Causas

- Ansiedade
- Hipoxemia Aguda
- Estados Hipermetabólicos
- Insuficiência hepática
- Tromboembolismo pulmonar
- Edema Agudo do Pulmão
- Hipóxia
- Sépsis
- Hiperventilação mecânica
- Traumatismo do Sistema Nervoso Central
- Intoxicação por salicilatos

Sinais e Sintomas

- Arritmia cardíaca
- Parestesias faciais e periféricas
- Cãibras
- Confusão mental
- Síncope
- Crise convulsiva

Tratamento

- Sedação para controlo de hiperventilação
- Reduzir Frequência Respiratória e Volume Corrente

ALCALOSE METABÓLICA

Causas

- Vómitos persistentes
- Perdas Gastrointestinais
- Diuréticos
- Hipercalcemia
- Síndrome de Bartter
- Transfusão sanguínea maciça
- Estados pós-hipercapnia crónica

Sinais e Sintomas

- Hipóxia
- Hipercapnia
- Crise convulsiva
- Arritmia

Tratamento

- Corrigir causa subjacente
- Promover a redução de HCO₃⁻ com reposição de Potássio
- Diálise (casos graves)

Referências Bibliográficas :

Costa, M. (2012). *Gases Sanguíneos / Equilíbrio Ácido-base*. Universidade de Évora. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/5396/1/Gases%20angu%C3%AAdncos%202012.pdf>
Kaufman, D. A. (2016). *Interpretation of Arterial Blood Gases*. American Thoracic Society. <https://www.thoracic.org/professionals/clinical-resources/critical-care/clinical-education/abgs.php>
Pinto, J. M. A., Saracini, K. C., Lima, L. C. A., Souza, L. P., Lima, M. G., & Algeri, E. D. B. O. (2017). Gasometria arterial: aplicações e implicações para a enfermagem. *Revista Amazônia Science & Health*, 5(2), 33 -39. DOI: 10.18608/2318 -1419

APÊNDICE II

Poster “O Enfermeiro Forense no Pré-Hospitalar”

Jornadas de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

A Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados no Pré-hospitalar



INTRODUÇÃO

A Enfermagem forense afasta-se da tradicional prática do cuidar em Enfermagem, englobando os domínios do Direito e das ciências médicas forenses e exige do Enfermeiro uma abordagem holística e específica, estabelecendo a ligação entre a saúde e a lei. Este tem contacto com várias situações forenses, que desafiam a sua abordagem perante a vítima(3). A necessidade de articulação dos cuidados de saúde com a justiça fez com que os profissionais de saúde adquirissem conhecimentos judiciais por forma a beneficiar a vítima. A enfermagem é essencial a essa articulação, pois existe um cuidado diferenciado à vítima e agressor(6).

OBJETIVO

Enumerar as competências do Enfermeiro Forense no Pré-Hospitalar.

METODOLOGIA

Revisão da literatura, com pesquisa bibliográfica em Repositórios, Revistas Científicas, Regulamentos da Ordem dos Enfermeiros e Livros, em abril de 2023.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Competências do Enfermeiro Forense no Pré-Hospitalar:

- Desenvolve um processo de enfermagem diferenciado em contexto multidisciplinar e atua nos domínios da competência da prática profissional, ética e legal, e do exercício em Enfermagem Forense (5);



O ENFERMEIRO FORENSE NO PRÉ-HOSPITALAR

Flávia Susana

Azevedo Brás3,

RESULTADOS E DISCUSSÃO

- Participa na colheita e preservação de vestígios forenses em todas as situações, tendo em atenção os limites e requisitos legais, promovendo a cadeia de custódia (4, 5);



- Promove um ambiente seguro para a vítima, permitindo a sua privacidade e bem-estar (2);



- Efetua educação no sentido de prevenir a violência e promover um ambiente seguro e saudável (2).

CONCLUSÕES

O enfermeiro forense presta cuidados diferenciados em vários cenários forenses. Deve ter em atenção os aspetos legais, nomeadamente na preservação das provas.

PALAVRAS-CHAVE

Enfermagem Forense; Situações Forenses; Vítima

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Associação Portuguesa de Enfermagem Forense (2015, maio 8). Padrões de Aptidão do Enfermeiro Forense. APEFORENSE – Associação Portuguesa de Enfermagem Forense. <http://apeforense.blogspot.com/2015/05/padroes-de-aptidao-do-enfermeiro-forense.html>
- (2) Coelho, M., Cunha, M. & Libório, R. (2016). Impacto da formação em ciências forenses. *Revista Servir* 59(1), 27-33. <http://hdl.handle.net/10400.19/4068>
- (3) Gomes, A. (2014). *Enfermagem Forense (Volume 1)*. Lidel – Edições Técnicas.
- (4) Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II Série, n.º135/2018. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- (5) Regulamento n.º 728/2021 da Ordem dos Enfermeiros. (2021). Diário da República: II Série, n.º151/2021. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23526/regulamento_7282021.pdf
- (6) Susano, J. P. (2019). Práticas Forenses dos Enfermeiros em contexto Pré-Hospitalar (Dissertação de Mestrado, Politécnico de Leiria). Repositório Institucional do Politécnico de Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/4712>

APÊNDICE III

Resumo para Congresso Envelhecer nos Eixos II – “Obstrução da via aérea por corpo estranho no idoso: Conhecimentos e atuação dos profissionais de uma unidade de cuidados continuados”

OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA POR CORPO ESTRANHO NO IDOSO: CONHECIMENTOS E ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS

Flávia Susana Azevedo Brás

Enfermeira na Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia da Marinha Grande

Cristina Raquel Batista Costeira

Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria

Resumo

As ocorrências por obstrução da via aérea por corpo estranho (OVACE) no Idoso são cada vez mais frequentes e uma das causas comuns de morte. A OVACE pode ser reversível se forem realizadas intervenções imediatas, que dependem dos conhecimentos de deteção e atuação dos profissionais. Este estudo deteve como objetivo determinar o nível de conhecimentos e as necessidades de intervenção formativa dos profissionais de uma Unidade de Cuidados Continuados (UCC) da Região Centro de Portugal acerca da temática da OVACE no Idoso. Foi realizado um estudo descritivo, integrado num projeto de melhoria contínua da qualidade, em julho de 2023 com profissionais de uma UCC, que apresentava cerca de 80% de idosos internados. Foi aplicado um questionário de autopreenchimento com questões fundamentadas nas *guidelines* internacionais. Os dados recolhidos foram analisados através do *software* SPSS®. Foram cumpridos os pressupostos éticos (PARECER N.º CE/.../38/2023). Participaram no estudo 33 profissionais sendo que 96,9% eram do sexo feminino e tinham 34,88±10,21 anos. A maioria dos participantes (69,7%) eram auxiliares. Os resultados indicam que em 30 questões existiram 35,33% de respostas erradas, relativas a dificuldades em identificar precocemente ocorrências de OVACE no Idoso e respetiva atuação. Após a análise dos resultados, foi verificado que existe a necessidade de realizar uma intervenção formativa aos profissionais acerca da temática da OVACE, por forma a aumentar o nível de conhecimentos e melhorar a deteção precoce e atuação, produzindo um efeito benéfico na saúde do idoso.

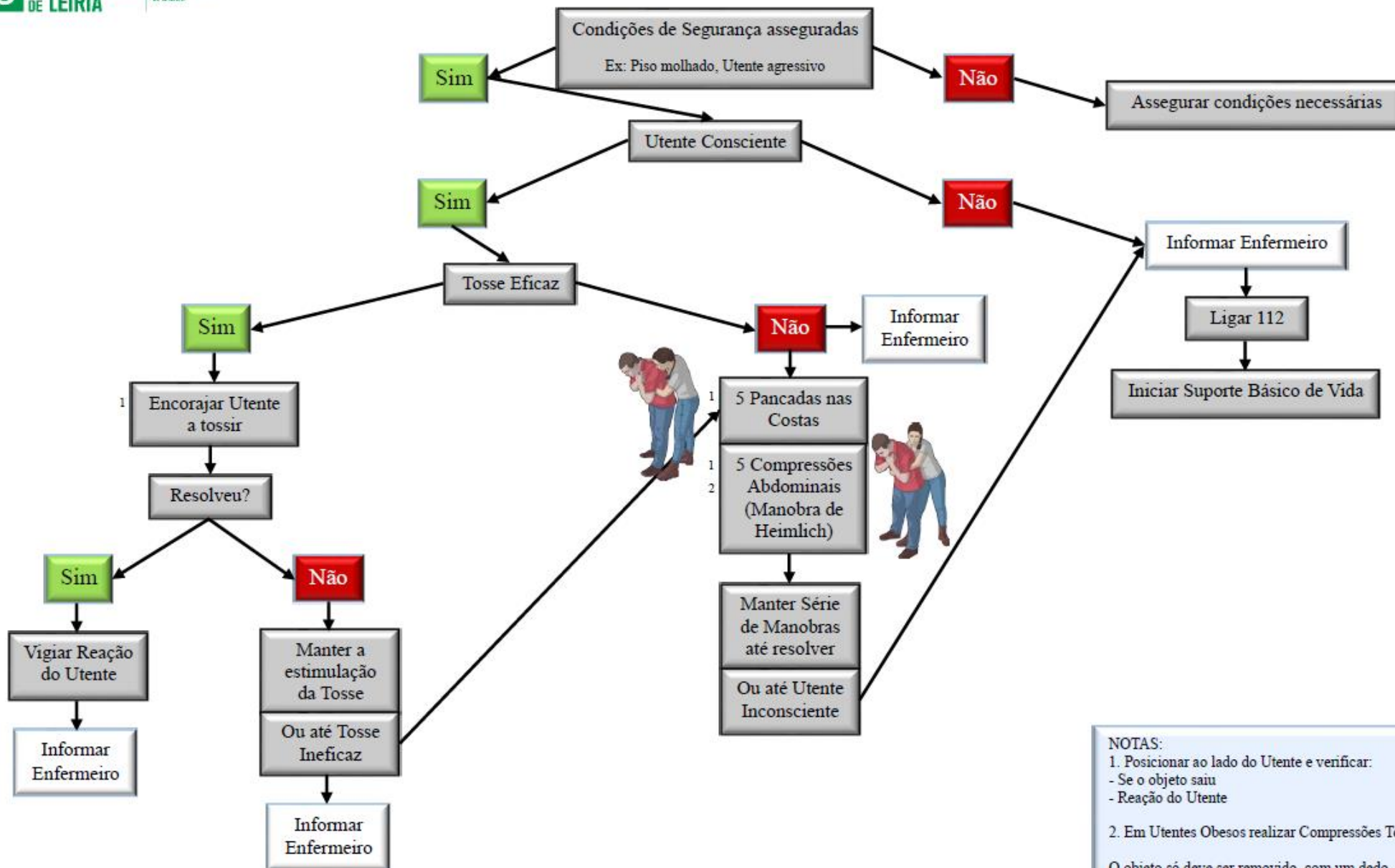
Palavras-chave: obstrução da via aérea; idoso; conhecimentos dos profissionais de saúde

- American Heart Association (2020). *SBV - Suporte Básico de Vida: Manual do Profissional*. American Heart Association. ISBN 13 : 978-1-61869-862-1
- Pavitt, M. J., Swanton, L. L., Hind, M., Apps, M., Polkey, M. I., Green, M., & Hopkinson, N. S. (2017). Choking on a foreign body: a physiological study of the effectiveness of abdominal thrust manoeuvres to increase thoracic pressure. *Thorax*, 72(6), 576–578. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2016-209540>
- Silva, F. L. de, Galindo Neto, N. M., Sá, G. G. de M., França, M. S. de, Oliveira, P. M. P. de, & Grimaldi, M. R. M. (2021). Tecnologias para educação em saúde sobre obstrução das vias aéreas por corpo estranho: revisão integrativa. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 55. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2020035103778>
- Ramos, B. L. V. de L., Florentino, C. V. F. S., Andrade, I. C. R., Tendório, M. A., & Silva, J. I. F. de. (2022). Acidentes domésticos prevalentes na pessoa idosa. Em *Tópicos Especiais em Ciências da Saúde: teoria, métodos e práticas 5* (pp. 392–401). AYA Editora. <https://doi.org/10.47573/aya.5379.2.76.34>
- Rose, D., & Dubensky, L. (2022). *Always Foreign Bodies*. NCBI Bookshelf: StatPearls Publishing LLC. Bookshelf ID: NBK539756, PMID: 30969578. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539756/>

APÊNDICE IV

Fluxograma “Atuação em caso de Obstrução da Via Aérea / Engasgamento no Utente Idoso”

Atuação em caso de Obstrução da Via Aérea / Engasgamento no Utente Idoso



Fonte: INEM (2022); ERC (2021); AHA (2020)

APÊNDICE V

Instrumento de Colheita de dados – Questionário 1 e 2

Questionário 1

Obstrução da Via Aérea Superior Por Corpo Estranho No Idoso: Conhecimentos e Atuação dos Profissionais de Saúde de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados

INVESTIGADORA PREPONENTE: Flávia Susana Azevedo Brás

ORIENTADORA: Cristina Costeira (PhD) – Professora Adjunta ESSLei-IPL

O preenchimento deste Questionário, constituído por questões de verdadeiro e falso, com a duração máxima de 10 minutos.

1. No sentido de comparar os resultados dos Questionários antes e após a implementação das estratégias de melhoria contínua da qualidade, e mantendo a privacidade, solicito que insira um código da seguinte forma, que deve ser igual nos dois questionários: **Últimos quatro dígitos do Telemóvel**_____

PARTE 1

1. Idade (anos)				
2. Função desempenhada na UCCI	Enfermeiro <input type="checkbox"/>	Auxiliar de Enfermagem <input type="checkbox"/>	Auxiliar de Serviços Gerais <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>
3. Anos de experiência profissional				
4. Anos de experiência profissional na UCC				
5. Em média quantas desobstruções da via aérea / engasgamentos faz por ano?				
6. Das obstruções da via aérea / engasgamentos em Idosos que existiram na UCC, sentiu-se preparado para atuar?	Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>	
7. Sente que deveria existir formação e algum documento de atuação em caso de engasgamento na UCC?	Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>	

PARTE 2

Nesta parte do questionário procura-se aferir conhecimentos acerca da Obstrução da Via Aérea superior por Corpo Estranho no Idoso. Para isso por favor, coloque uma cruz na resposta que considera correta.

V – Verdadeiro; F – Falso

Afirmação	V	F
Apenas um objeto grande pode provocar um engasgamento.		
Um engasgamento é uma situação emergente e reversível.		
Um engasgamento requer sempre o envolvimento dos profissionais.		
O envelhecimento provoca perdas funcionais irreversíveis e aumento na dependência nas atividades de vida diária.		
Um engasgamento pode ser evitado.		
O engasgamento é mais prevalente nas mulheres.		
A causa mais frequente de engasgamento é a comida pastosa.		
O comportamento do Idoso em relação à comida / recusa alimentar não desencadeia um engasgamento.		
O posicionamento / postura do utente pode desencadear um engasgamento.		
Os alimentos que podem provocar mais frequentemente um engasgamento são arroz, carne, nozes e chocolate.		
A comida deve ser dada segundo uma dieta segura para o utente, o que implica cortar a comida em pedaços grandes.		
Um engasgamento deve ser reconhecido precocemente por forma a alcançar um resultado positivo.		
A idade do utente não é um fator para ocorrência de engasgamento.		
O sinal mais evidente de engasgamento é a falta de ar.		
O engasgamento ocorre quando um objeto é capaz de obstruir parcialmente ou completamente a passagem de ar na via aérea.		
Se a pessoa levar as mãos ao pescoço constitui-se um sinal ligeiro de engasgamento.		

Se o engasgamento não for corrigido pode levar a perda de consciência e paragem cardiorrespiratória.		
O atraso na correção de engasgamento não leva a pneumonia por aspiração.		
Quando um engasgamento não é testemunhado, o profissional deve suspeitar de complicações, mesmo que o utente fique bem.		
Quando é identificado um engasgamento, o primeiro passo é encorajar o utente a tossir.		
Se um utente se engasgar com um bocado de arroz, o primeiro passo é verificar as condições de segurança.		
O profissional deve tentar sempre remover o objeto que causou o engasgamento.		
Para resolver um engasgamento ligeiro é necessário que o profissional ajude o utente a expelir o objeto e vigiar a sua reação.		
Com a pessoa a tossir eficazmente devem ser aplicadas pancadas nas costas.		
Com o utente ainda consciente, mas com um reflexo de tosse a falhar, devem ser aplicadas até 5 pancadas nas costas e 10 compressões abdominais.		
Num Utente obeso que tem uma tosse ineficaz devem ser aplicadas 5 pancadas nas costas e 5 pancadas no abdómen.		
Num utente com engasgamento completo, as pancadas e compressões devem ser alternadas e contínuas até resolver ou o utente ficar inconsciente.		
Por forma a realizar uma pancada nas costas o profissional deve posicionar-se somente ao lado do utente para poder visualizar a eventual saída do objeto da boca.		
A manobra de <i>Heimlich</i> ou as compressões abdominais, é um procedimento bastante usado em que deve ser aplicada uma força repentina no abdómen para dentro e para cima.		
Mesmo após a realização de manobras, se o utente ficar inconsciente, deve ser iniciado o algoritmo de suporte básico de vida.		

Obrigada pela sua colaboração

Questionário 2

Obstrução da Via Aérea Superior Por Corpo Estranho No Idoso: Conhecimentos e Atuação dos Profissionais de Saúde de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados

1. No sentido de comparar os resultados dos Questionários antes e após a implementação das estratégias de melhoria contínua da qualidade, e mantendo a privacidade, solicito que insira um código da seguinte forma, que deve ser igual nos dois questionários: **Últimos quatro dígitos do Telemóvel**_____

PARTE 1

1. Participou na Formação acerca da Obstrução da Via Aérea superior por Corpo Estranho?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
2. Após a formação, das obstruções da via aérea / engasgamentos em Idosos que existiram na UCC, sentiu que adquiriu a experiência necessária para conseguir atuar prontamente e corretamente?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3. Acha que as estratégias (fluxograma, grelha de autoavaliação pós ocorrência e a formação com treino) foram úteis para a aquisição de conhecimentos e para a sua atuação enquanto profissional?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4. Existiu algum aspeto nas estratégias mencionadas acima que na sua opinião possam ser melhorados?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

PARTE 2

Nesta parte do questionário procura-se aferir conhecimentos acerca da Obstrução da Via Aérea superior por Corpo Estranho no Idoso. Para isso por favor, coloque uma cruz na resposta que considera correta.

V – Verdadeiro; F – Falso

Afirmação	V	F
Apenas um objeto grande pode provocar um engasgamento.		
Um engasgamento é uma situação emergente e reversível.		
Um engasgamento requer sempre o envolvimento dos profissionais.		
O envelhecimento provoca perdas funcionais irreversíveis e aumento na dependência nas atividades de vida diária.		
Um engasgamento pode ser evitado.		
O engasgamento é mais prevalente nas mulheres.		
A causa mais frequente de engasgamento é a comida pastosa.		
O comportamento do Idoso em relação à comida / recusa alimentar não desencadeia um engasgamento.		
O posicionamento / postura do utente pode desencadear um engasgamento.		
Os alimentos que podem provocar mais frequentemente um engasgamento são arroz, carne, nozes e chocolate.		
A comida deve ser dada segundo uma dieta segura para o utente, o que implica cortar a comida em pedaços grandes.		
Um engasgamento deve ser reconhecido precocemente por forma a alcançar um resultado positivo.		
A idade do utente não é um fator para ocorrência de engasgamento.		
O sinal mais evidente de engasgamento é a falta de ar.		
O engasgamento ocorre quando um objeto é capaz de obstruir parcialmente ou completamente a passagem de ar na via aérea.		
Se a pessoa levar as mãos ao pescoço constitui-se um sinal ligeiro de engasgamento.		
Se o engasgamento não for corrigido pode levar a perda de consciência e paragem cardiorrespiratória.		
O atraso na correção de engasgamento não leva a pneumonia por aspiração.		
Quando um engasgamento não é testemunhado, o profissional deve suspeitar de complicações, mesmo que o utente fique bem.		

Quando é identificado um engasgamento, o primeiro passo é encorajar o utente a tossir.		
Se um utente se engasgar com um bocado de arroz, o primeiro passo é verificar as condições de segurança.		
O profissional deve tentar sempre remover o objeto que causou o engasgamento.		
Para resolver um engasgamento ligeiro é necessário que o profissional ajude o utente a expelir o objeto e vigiar a sua reação.		
Com a pessoa a tossir eficazmente devem ser aplicadas pancadas nas costas.		
Com o utente ainda consciente, mas com um reflexo de tosse a falhar, devem ser aplicadas até 5 pancadas nas costas e 10 compressões abdominais.		
Num Utente obeso que tem uma tosse ineficaz devem ser aplicadas 5 pancadas nas costas e 5 pancadas no abdómen.		
Num utente com engasgamento completo, as pancadas e compressões devem ser alternadas e contínuas até resolver ou o utente ficar inconsciente.		
Por forma a realizar uma pancada nas costas o profissional deve posicionar-se somente ao lado do utente para poder visualizar a eventual saída do objeto da boca.		
A manobra de <i>Heimlich</i> ou as compressões abdominais, é um procedimento bastante usado em que deve ser aplicada uma força repentina no abdómen para dentro e para cima.		
Mesmo após a realização de manobras, se o utente ficar inconsciente, deve ser iniciado o algoritmo de suporte básico de vida.		

Obrigada pela colaboração.

ANEXOS

ANEXO I

Certificado de integração na Comissão Organizadora das Jornadas de Enfermagem à
Pessoa em Situação Crítica

Jornadas de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

A Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados no Pré-hospitalar



COMISSÃO ORGANIZADORA

Para os devidos efeitos, certifica que:

Flávia Susana Azevedo Brás

integrou a Comissão Organizadora das Jornadas de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica – ESSLei 2023, que decorreram no dia 30 de setembro de 2023, na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Leiria.

Leiria, 30 de setembro de 2023,

Num. de Identificação: 05813419
Data: 2023.10.04 17:13:50+01'00'



ESCOLA SUPERIOR
de SAÚDE



ANEXO II

Certificado Comunicação Livre para Congresso Envelhecer nos Eixos II – “Obstrução da via aérea por corpo estranho no idoso: Conhecimentos e atuação dos profissionais de uma unidade de cuidados continuados”

CERTIFICADO

PARA OS DEVIDOS EFEITOS CERTIFICAMOS QUE, **FLÁVIA BRÁS**, ESTEVE PRESENTE NA QUALIDADE DE ORADOR NO "CONGRESSO ENVELHECER NOS EIXOS II - TEMPO, TRABALHO E FELICIDADE", QUE DECORREU NO FORMATO ONLINE NOS DIAS 25 E 26 DE OUTUBRO E PRESENCIAL, NO QUARTEL DAS ARTES EM OLIVEIRA DO BAIRRO, E ONLINE NO DIA 27 DE OUTUBRO, ENTRE AS 9H00 E AS 17H30, ONDE APRESENTOU A COMUNICAÇÃO INTITULADA "OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA POR CORPO ESTRANHO NO IDOSO: CONHECIMENTOS E ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS", DA AUTORIA DE FLÁVIA SUSANA AZEVEDO BRÁS E CRISTINA RAQUEL BATISTA COSTEIRA.

O RESUMO DA COMUNICAÇÃO FOI ACEITE E PUBLICADO NO LIVRO "ENVELHECER NOS EIXOS 2 - TEMPO, TRABALHO E FELICIDADE" COM O ISBN: 978-989-54452-5-7.

OLIVEIRA DO BAIRRO, 27 DE OUTUBRO DE 2023



Associação
Nacional de
Gerontologia
Social

PROFESSOR DOUTOR RICARDO POCINHO
PRESIDENTE E COORDENADOR CIENTÍFICO DA ANGES



ORGANIZAÇÃO:



PARCEIROS:

ANEXO III

Parecer da Comissão de Ética

COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER N.º CE/ [REDACTED] /2023

Data: 23/06/2023

Título do estudo – Obstrução da Via Aérea Superior por Corpo Estranho no Idoso: Conhecimentos e Atuação dos Profissionais de Saúde de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Nome do (s) proponente (s):

Investigadora Principal: Cristina Raquel Batista Costeira

Membros da equipa de investigação:

Enfermeira Flávia Susana Azevedo Brás

O estudo tem como objetivo(s): -----

Geral: -----

Contribuir para uma intervenção, baseada na evidência, em casos de Obstrução da Via Aérea (OVA) superior por Corpo Estranho (CE) no Idoso, pelos profissionais da equipa multidisciplinar na Unidade de Cuidados Continuados Integrados [REDACTED] (UCCI). -----

Específicos: -----

Diagnosticar necessidades da equipa multidisciplinar da UCCI [REDACTED] na intervenção de situações de OVACE no Idoso; -----

Elaborar um fluxograma e uma grelha de autoavaliação de etapas de atuação em caso de OVACE no Idoso, a implementar pelos Profissionais; -----

Realizar formação e treino na prevenção e atuação em caso de OVA superior por CE no Idoso aos Profissionais da equipa multidisciplinar; -----

Comparar os conhecimentos dos profissionais da equipa multidisciplinar da UCCI [REDACTED] na atuação em caso de OVACE no Idoso antes e após a implementação das intervenções. -----

A data de início (prevista) do estudo/projeto está definida como sendo julho de 2023. -----

A data de fim (prevista) do estudo/projeto está definida como sendo outubro de 2023. -----

A data prevista de início da recolha de dados está definida como sendo julho de 2023. -----

A data prevista de fim da recolha de dados está definida como sendo outubro de 2023. -----

METODOLOGIA: -----

Tipo de estudo: Descritivo. -----

População e amostra/participantes: A população-alvo e amostra estão identificadas e corretamente justificadas. -----

Critérios de inclusão/exclusão dos participantes: -----

Os critérios de inclusão estão definidos e corretamente justificados. -----

Os critérios de exclusão estão definidos e corretamente justificados. -----

Locais onde decorre o estudo e procedimentos de recolha de autorizações: -----

Os locais onde decorre o estudo estão identificados e os procedimentos para a recolha de autorizações apresentados. -----

Instrumento(s) de recolha de dados: -----

O(s) instrumento(s) de recolha de dados estão devidamente descritos. -----

Procedimentos para a garantia de confidencialidade: -----

Os procedimentos para a garantia de confidencialidade estão devidamente descritos. -----

Como é garantida a voluntariedade e autonomia dos participantes: -----

Os procedimentos para garantir a voluntariedade e autonomia dos participantes estão devidamente descritos. -----

DANOS PARA OS PARTICIPANTES NO ESTUDO (Há previsão de danos para os participantes no estudo?) -----

Não foram identificados danos para os participantes. -----

Existência de riscos físicos, psicológicos, legais ou sociais para os participantes: -----

Não foram identificados riscos físicos, psicológicos, legais ou sociais para os participantes. -----

BENEFÍCIOS PARA OS PARTICIPANTES NO ESTUDO (Há previsão de benefícios para os participantes no estudo?) -----

Não foram identificados benefícios para os participantes no estudo. -----

Custos de participação para os participantes no estudo e possível compensação: -----

Não foram identificados custos de participação para os participantes no estudo, bem como possíveis compensações. -----

Os termos de responsabilidade foram apresentados e em conformidade com o solicitado. -----

O consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----

O consentimento do participante foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----

O compromisso de honra da investigadora principal foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----

Após a reformulação da proposta submetida, no seguimento dos esclarecimentos adicionais solicitados, a CE emite parecer favorável. -----

P¹a CE a Presidente

