

IPL

escola superior de saúde
instituto politécnico de leiria

**1.ª TURMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica

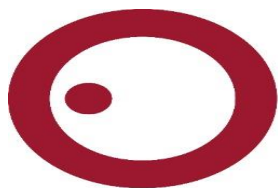
**O Enfermeiro do Serviço de urgência e os cuidados pré-operatórios: Proposta de
melhoria**

Mestrando: Andreia Sofia Carreira Domingues

Docente Orientador: Professora Mestre Cátia Alexandra Suzano dos Santos

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

Leiria, março de 2024



IPL

escola superior de saúde
instituto politécnico de leiria

**1.ª TURMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica

**O Enfermeiro do Serviço de urgência e os cuidados pré-operatórios: Proposta de
melhoria**

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

Mestrando: Andreia Sofia Carreira Domingues, N.º 5220167

Docente Orientador: Professora Mestre Cátia Alexandra Suzano dos Santos

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

Leiria, março de 2024

PENSAMENTO

“O que sabemos é uma gota; o que ignoramos é um oceano.”

Isaac Newton

AGRADECIMENTOS

Concretizar esta etapa jamais teria sido possível sozinha.

Agradeço em primeiro lugar à minha família pelo apoio incondicional e compreensão pelas minhas ausências, pela motivação que me transmitiram diariamente para que desse o meu melhor e assim atingisse a realização pessoal e profissional.

Agradeço à Professora Mestre Cátia Alexandra Suzano dos Santos, pela orientação de excelência, pela motivação, disponibilidade e oportunidades de novas aprendizagens.

Aos contextos da prática clínica por mim selecionados, por me abrirem as portas e acolherem como se fosse um elemento da equipa; e aos enfermeiros orientadores de ensino clínico, pela paciência, dedicação e carinho demonstrados a este meu projeto, sem esquecer todos os outros enfermeiros com quem tive a oportunidade de trabalhar e aprender ao longo dos estágios.

Aos meus colegas de mestrado, pela partilha de experiências e companheirismo.

A todos aqueles que contribuíram para a conclusão deste percurso com sucesso.

Dedico ainda este trabalho a todos os doentes de quem cuidei durante os ensinamentos clínicos, na certeza de ter contribuído para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

RESUMO

O presente relatório tem como finalidade dar cumprimento à conclusão do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, e está estruturado em duas partes distintas, que se complementam entre si. A parte I corresponde à componente dos ensinamentos clínicos realizados durante este percurso académico, onde se começou por fazer um enquadramento dos contextos das práticas clínicas, seguidamente, tendo por base os princípios orientadores do processo formativo definidos pela Escola e as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação crítica, apresentaram-se as atividades realizadas ao longo dos ensinamentos clínicos, procurando evidenciar como é que estas permitiram e contribuíram para a aquisição e desenvolvimento das várias competências, recorrendo à metodologia descritiva, reflexiva e analítica fundamentada na evidência científica.

A fim de dar cumprimento ao desenvolvimento de competências de investigação, na parte II encontra-se o trabalho de investigação intitulado “O Enfermeiro do Serviço de urgência e os cuidados pré-operatórios: Proposta de melhoria”. É um tema de elevada importância quer a nível de investigação, quer no contexto prático, uma vez que os cuidados pré-operatórios no serviço de urgência desempenham um papel crucial na garantia da qualidade dos cuidados, na segurança do doente, na eficácia do procedimento cirúrgico e na satisfação do doente com necessidade de procedimentos cirúrgicos urgentes/emergentes. No projeto começou-se por fazer o enquadramento/fundamentação teórica, seguidamente apresentaram-se as questões de investigação, a metodologia e os resultados obtidos, fazendo posteriormente uma discussão fundamentada desses resultados e terminou-se com uma breve conclusão.

O desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista e o trabalho de investigação foram cruciais para aprimorar os conhecimentos em domínios específicos de enfermagem e demonstrar níveis elevados de julgamento crítico e tomada de decisão fundamentada.

Palavras-chave: Competências; Enfermeiros; Pessoa em situação crítica; Serviço de Urgência; Cuidados pré-operatórios.

ABSTRACT

The purpose of this report is to conclude the 1st master's degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Critical Situations, at the Escola Superior de Saúde of the Instituto Politécnico de Leiria, and it is structured in two distinct parts, which complement each other. Part I corresponds to the component of clinical training carried out during this academic journey, where the contexts of clinical practice were first framed, then, based on the guiding principles of the training process defined by the School and the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the Area of Nursing for the Critically Ill Person, the activities carried out during clinical training were presented, seeking to show how they enabled and contributed to the acquisition and development of the various competences, using descriptive, reflective and analytical methodology based on scientific evidence.

To fulfill the development of research skills, Part II contains the research paper entitled "The Emergency Department Nurse and Preoperative Care. A Proposal for Improvement": Proposal for improvement". It is a topic of great importance both in terms of research and in the practical context, since preoperative care in the emergency department plays a crucial role in guaranteeing the quality of care, patient safety, the effectiveness of the surgical procedure and the satisfaction of patients in need of urgent/emergent surgical procedures. The project begins with a theoretical framework, then presents the research questions, the methodology and the results obtained, followed by a reasoned discussion of these results, and ends with a brief conclusion.

The development of the Specialist Nurse's competencies and the research work were crucial to improving knowledge in specific nursing domains and demonstrating high levels of critical judgment and informed decision-making.

Keywords: Skills; Nurses; Critically ill; Emergency Department; Preoperative care.

LISTA DE SIGLAS

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

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APA - *American Psychological Association*

AR - Assembleia da República

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BIS - Índice Bispectral

BO – Bloco Operatório

BPS - *Behavioral Pain Score*

CDI - Cardioversor Desfibrilhador Implantável

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem®

CODU - Centro de Orientação de Doente Urgentes

CRE - Enterobacteriáceas resistentes aos carbapenemes

CVC – Cateter Venoso Central

DGS - Direção-Geral da Saúde

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

EC – Ensino Clínico

ECDC - *European Centre for Disease Prevention and Control*

EE – Enfermeiro Especialista

E EI - Equipa de Emergência Interna

EEMI - Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EPSC – Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

FOP - Forame Oval Patente

GHAF - Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

IR – Insuficiência Respiratória

ISBAR – Identificação, Situação, *Background*, Avaliação, Recomendações

JCI - *Joint Commission International*

LASA - *Look-Alike, Sound-Alike*

LRA – Lesão Renal Aguda

LVPO - Lista de Verificação Pré-operatória

LVSC - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

MAM - Medicamentos de Alerta Máximo

MRSA - *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina

MS – Ministério da Saúde

OCT - Tomografia de Coerência Ótica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAI - Pneumonia Associada à Intubação

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS – Escala de Agitação e Sedação de *Richmond*

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SE – Sala de Emergência

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences®*

START - *Simple Triage And Rapid Treatment*

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TSFR – Terapia de Substituição da Função Renal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UHCIV - Unidade de Hemodinâmica e Intervenção Cardiovascular

ULS - Unidade Local de Saúde (ULS)

WHO - *World Health Organization*

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS	XI
INTRODUÇÃO	12
PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS	15
1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	15
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	15
1.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDÍACOS / UNIDADE DE HEMODINÂMICA E INTERVENÇÃO CARDIOVASCULAR.....	17
1.3. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA.....	19
2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	21
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	21
2.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	21
2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	26
2.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados.....	31
2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	34
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	37
2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	37
2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	44
2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência aos 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.....	47
PARTE II - PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: PROJETO DE INVESTIGAÇÃO	52

CONCLUSÃO75

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS77

APÊNDICES

**APÊNDICE I – PROPOSTA DE MELHORIA DA FOLHA DE PASSAGEM DE TURNO -
ISBAR**

APÊNDICE II - PARTILHA DE DOCUMENTOS ATUALIZADOS

APÊNDICE III - PÓSTER – GASOMETRIA ARTERIAL: UMA BREVE REVISÃO

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros do SU na preparação pré-operatória.....	60
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica, profissional e académica	61
Tabela 3 – Questões relacionadas com o “feixe de intervenções” de Prevenção da Infecção de Local Cirúrgico e com a LVPO	63
Tabela 4 – Perceção sobre a utilidade e exequibilidade das intervenções de enfermagem na prestação de cuidados pré-operatórios no SU.....	64
Tabela 5 – Registos da LVPO em SClínico®	65

INTRODUÇÃO

O presente relatório de análise crítico-reflexiva surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório II, inserido no 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica (EMC) na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EPSC), da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, sob a supervisão da Professora Mestre Cátia Alexandra Suzano dos Santos, constituído por duas partes, em que na primeira se aborda o percurso de desenvolvimento de competências especializadas ao longo dos Ensinos Clínicos (EC) na área de EPSC, e na segunda, a fim de dar cumprimento ao desenvolvimento de competências de investigação, encontra-se o trabalho de investigação/ação intitulado “O Enfermeiro do Serviço de urgência e os cuidados pré-operatórios: Proposta de melhoria”.

Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, desempenhando um papel preponderante nos cuidados de saúde prestados à população em geral, sendo a diferenciação e a especialização cada vez mais importantes. A Pessoa em Situação Crítica (PSC) é aquela que se encontra em risco de vida, ou seja, está perante um cenário de falência ou eminência de falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018). Ao Enfermeiro Especialista (EE) em EMC compete prestar cuidados de enfermagem de qualidade em todos os contextos onde se possa encontrar a PSC, com a função de promover a transição saúde/doença, tendo sempre como objetivo a sua total recuperação. Tem ainda como principal finalidade uma prestação de cuidados centrados numa intervenção prática e holística, e como tal é-lhe exigido um aperfeiçoamento contínuo das competências teóricas. Neste sentido, a aquisição de competências surge como uma necessidade de fazer face à evolução dos contextos sociais e profissionais, sendo um processo contínuo de desenvolvimento, obrigando a uma atualização sistemática dos conhecimentos, com vista à valorização pessoal e profissional, à otimização dos recursos e à maximização dos resultados (Coelho & Pedro, 2021). Pelo que, para que o EE seja cada vez mais um profissional reflexivo, capaz de mobilizar todo o conhecimento científico, técnico, tecnológico e relacional, emergem várias necessidades formativas que implicam uma busca ininterrupta pelo saber, fundamental para um cuidar mais dirigido e específico (Dias, 2016).

É nesta perspetiva de otimização de resposta enquanto profissional de enfermagem e procurando o desenvolvimento de competências especializadas que contribuam para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem à PSC, que a realização destes EC e do projeto de investigação se revelaram de extrema importância. Desta forma, a opção por este

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

mestrado justifica-se não só por ser uma área de interesse pessoal, bem como por se constituir como uma oportunidade de desenvolvimento profissional, através da aplicação de conhecimentos, em diferentes contextos da prática clínica e na área da investigação, no sentido de serem reconhecidas as competências de Mestre e EE em EMC na área de EPSC.

A prática clínica requer a incorporação da dimensão teórica, neste sentido, as teorias de enfermagem assumem um papel essencial na prestação de cuidados, pois baseadas em evidências científicas fornecem uma estrutura conceitual sólida, promovem o pensamento crítico, personalizam os cuidados, facilitam a comunicação interprofissional e contribuem para o desenvolvimento profissional (Souza, Brandão, Martins, Morais & Jesus, 2021). Do ponto de vista do doente crítico, dado o seu ponto de partida ser a transição de um estado de saúde para um estado de doença, a Teoria das Transições de Afaf Meleis que remete para o paradigma simultaneidade/transformação, com a escola da interação, parece ser a que melhor empodera o EE para a prática clínica, orientando para uma interação entre o enfermeiro como elemento capaz de oferecer ajuda e a PSC como o elemento que necessita de ajuda. É a partir da interação entre estas duas partes que o crescimento individual de ambos acontece, e que é realizada a avaliação das necessidades da pessoa, formulados os diagnósticos de enfermagem e planeadas as intervenções (Meleis, 2012). Desta forma, o relatório tem assim por base esta teoria como motor do pensamento e das conceções sobre o cuidar, ajudando a ajustar e analisar as intervenções de enfermagem de forma a integrar todas as necessidades da PSC.

Com o objetivo do desenvolvimento das competências comuns e específicas do Mestre e do EE em EMC na área de EPSC, assente numa prática orientada pelos padrões de qualidade, os EC realizaram-se no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC)/Unidade de Hemodinâmica e Intervenção Cardiovascular (UHICV) e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), de duas instituições hospitalares do centro do país. Em relação aos serviços hospitalares, o SUMC apresenta-se como um local onde é feita a primeira abordagem e estabilização da PSC. Por outro lado, a UCIC e o UCIP como são serviços altamente diferenciados e acreditados no domínio da qualidade, constituem-se como campos ideais e ricos em oportunidades de aprendizagem para o desenvolvimento das referidas competências. Para além destes, foram também fatores determinantes para a escolha destes serviços, a sua localização geográfica, permitindo mais facilmente conciliar a vida académica, profissional e pessoal. Os EC concretizaram-se nos períodos entre maio e julho de 2023 e posteriormente entre setembro de 2023 e janeiro de 2024, perfazendo um total de 540 horas.

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Por outro lado, a investigação constitui-se igualmente como um pilar fundamental para o desenvolvimento das competências do Mestre e do EE em EMC na área de EPSC, promovendo as boas práticas baseadas na evidência científica. Dentro destas competências e no campo da atuação dos enfermeiros que exercem a sua atividade no Serviço de Urgência (SU), foi desenvolvido um projeto de investigação/ação que incidiu sobre os cuidados pré-operatórios, por parte da equipa de enfermagem, no âmbito das metas internacionais estabelecidas para a segurança do doente e da redução do risco de infeções associadas aos cuidados de saúde, que se constituem como prioridades para a unidade hospitalar onde foi desenvolvido, de acordo com as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Direção-Geral da Saúde (DGS) e da *Joint Commission Internacional (JCI)*, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, promoção da segurança do doente e redução dos custos hospitalares associados. Ao documentar e refletir sobre as atividades e experiências no contexto onde o projeto foi desenvolvido, procurou-se não apenas partilhar conhecimentos adquiridos, mas também contribuir para a promoção de práticas seguras e eficazes na prestação de cuidados pré-operatórios.

Em relação à primeira parte, a metodologia utilizada foi a descritiva e reflexiva e os objetivos definidos foram: caracterizar os contextos dos EC; descrever as atividades desenvolvidas nos EC; analisar a concretização dos objetivos propostos em projeto de aprendizagem; desenvolver reflexão crítica sobre as competências comuns e específicas do EE em EMC na área de EPSC; identificar as estratégias desenvolvidas para concretizar as competências de Mestre e de EE em EMC na área de EPSC; servir como instrumento de avaliação para discussão pública na obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

A segunda parte deste trabalho utilizou como recurso a metodologia quantitativa na colheita e tratamento dos dados, tendo sido definido como principal objetivo uniformizar os cuidados de enfermagem à pessoa com necessidade de ir ao Bloco Operatório, para melhorar a eficácia da preparação pré-operatória.

Este trabalho foi elaborado segundo o Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. Particularmente, na parte II utilizou-se como ferramenta na construção do artigo, a STROBE (*STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology*) *Check List* para estudos transversais (*Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology*), e as fontes bibliográficas foram referenciadas segundo as normas *American Psychological Association (APA)*, 7ª edição.

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

1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

A aprendizagem no contexto da prática clínica, numa perspetiva interdisciplinar é uma parte essencial para a formação do enfermeiro, exigindo a mobilização de diferentes saberes, fundamentais para o desenvolvimento de competências através da interação com situações reais em contextos diferenciados (Alarcão & Rua, 2005). Neste sentido, a prática reflexiva traduz uma potencial situação de aprendizagem, na qual assumimos uma curiosidade científica, questionando não só a ação, mas o porquê da mesma. Essa prática reflexiva permite capacitar o enfermeiro para lidar, de modo crítico, com os condicionantes e determinantes do processo saúde/doença e realizar as suas práticas com autonomia (Netto, Silva & Rua, 2018). O contacto com o doente crítico surge habitualmente durante os períodos transicionais de instabilidade provocados por mudanças de desenvolvimento, de situação ou de doença, que podem causar modificações profundas na vida pessoal de cada um, bem como, nas pessoas que os rodeiam, provocando complicações no bem-estar e na saúde (Meleis, 2010). O EE necessita de ter uma visão ampla, sensibilidade, conhecimento e experiência de forma a conhecer todo o meio envolvente, intervindo como facilitador do processo de transição. Os EC são considerados como momentos importantes de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo a consolidação e o desenvolvimento de novos conhecimentos, ou seja, de um saber contextualizado, fundamental para a construção de saberes e atitudes profissionais, permitindo relacionar a teoria com a prática (Alarcão & Rua, 2005).

Os diversos contextos de EC revelaram-se bastante desafiantes, proporcionando um vasto conjunto de experiências das quais resultaram diversos momentos, não só de aprendizagem, mas também de consolidação de conhecimentos já existentes e de partilha com as equipas multidisciplinares.

1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA

O EC I foi realizado no SU de um dos Hospitais de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região centro, do grupo E (Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2017), e de acordo com os recursos disponíveis corresponde a um SUMC (Despacho n.º 13427/2015 do Ministério da Saúde (MS), 2015). Nesse sentido, a entrada em vigor deste despacho envolveu

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

a mudança do Serviço de Urgência Polivalente (SUP) deste Hospital para SUMC, designado como o segundo nível de acolhimento das situações de urgência/emergência (Despacho n.º 10319/2014 do MS, 2014), com atividade permanente e integrado na Rede de Referência Hospitalar (DGS, 2001). O SUMC tinha disponíveis as especialidades de Clínica Geral e Medicina Interna, e o apoio da Cirurgia Geral e Cardiologia. Em funcionamento durante os 365 dias por ano, 24 horas por dia e com uma média diária de 100-120 admissões.

Quanto à caracterização do serviço, tendo em conta as diferentes áreas de prestação de cuidados, detinha: 2 gabinetes de triagem; as Salas 1 e 7 destinadas a doentes com queixas respiratórias; as Salas 2,4 e 6 para as restantes situações; uma sala de pequena cirurgia; uma Sala de Emergência (SE) composta por 3 unidades individualizadas e devidamente equipadas com dispositivos de monitorização cardíaca contínua, ventilação invasiva e não invasiva, sistemas de infusão/perfusão, carro de emergência, rampas de oxigénio, ar comprimido e aspiração; o Corredor com identificação de 13 unidades e um quarto de isolamento; as Macas SU com 10 unidades e 2 quartos de isolamento.

O SUMC estava articulado com o SUP, considerado o ponto de referência das situações a que não conseguia dar resposta. Neste âmbito, relativamente à necessidade de transferência intra-hospitalar era preenchida a folha de transferência e adequado o tipo de acompanhamento de acordo com o *score* obtido. Para os serviços de internamento, o doente ia acompanhado por um assistente operacional e por um enfermeiro, e a transmissão da informação era feita segundo a técnica ISBAR (Identificação, Situação, Background, Avaliação, Recomendações), respeitando assim a Norma n.º 001/2017 da DGS, segundo a qual “a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada” (DGS, 2017, p. 1).

O SU tinha instituídos protocolos relativos às Vias Verdes Coronária e Acidente Vascular Cerebral (AVC) e à Triagem de *Manchester*.

Em relação aos recursos humanos, a equipa de enfermagem era composta por 75 enfermeiros, sendo que 1 exercia funções de gestão de serviço e 30 possuíam formação especializada, destes, 19 na área de EMC, pelo que relativamente às dotações seguras dos cuidados de enfermagem, pôde-se verificar que no SU não estavam ainda reunidas as condições ideais, uma vez que é recomendado que 50% dos enfermeiros sejam EE em EMC na área de EPSC, em permanência 24 horas (Regulamento n.º 743/2019 da OE, 2019). A grande maioria exercia funções em horário rotativo de 8 horas, distribuídos em 3 turnos (08:00 – 16:15; 16:00 – 24:00; 23:45 – 08:15), sendo os 15 minutos referentes ao tempo destinado à

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

passagem de turno. Os enfermeiros eram distribuídos pelas várias áreas de trabalho designadamente: Triagem, SE, Informações, Macas SU, Corredor, Sala 1 e 7, Sala 2, Sala 4 e 6, Equipa de Emergência Interna (EEI) e Coordenação. A EEI era constituída por um Enfermeiro e um Anestesiologista e dava apoio não só ao SU, como aos restantes serviços do Hospital, nos turnos da tarde e da noite. Existia um mínimo de 10 enfermeiros escalados no turno da noite, e habitualmente 14 na manhã e 15 na tarde. O gabinete de informações, tinha um período de funcionamento de 16 horas (08:00 - 24:00), onde o enfermeiro fornecia informações aos acompanhantes, presencialmente e via telefónica.

Em relação às ferramentas informáticas utilizadas, na triagem era usado o Sistema de Triagem de *Manchester* e nas restantes áreas, o sistema de registos era o SClínico®.

1.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDÍACOS / UNIDADE DE HEMODINÂMICA E INTERVENÇÃO CARDIOVASCULAR

O EC II (local de opção) foi realizado num Hospital de uma ULS da região centro, que de acordo com a ACSS (2017) é uma das 17 unidades de saúde do grupo C, e tem uma área de influência que abrange uma população de cerca de 400.000 habitantes. O Serviço de Cardiologia desse hospital integrava na sua estrutura, a UHICV, um serviço de internamento de Cardiologia, o Hospital de Dia de Cardiologia e a UCIC.

Na UHICV eram realizados diversos procedimentos invasivos, nomeadamente cateterismo cardíaco, procedimentos terapêuticos endovenosos, colocação de dispositivos de estimulação elétrica (*pacemaker*) definitivo ou temporário, de Cardioversor Desfibrilhador Implantável (CDI) e registadores de eventos cardíacos. A Unidade ao permitir a otimização do tratamento de doentes com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), possibilitava ao hospital estar incluído na rede de referenciação para tratamento desta patologia, desenvolvendo a Via Verde Coronária (DGS, 2015). A UHICV dispunha de vários equipamentos de alta tecnologia que permitiam a realização de procedimentos como estudo fracionário cardíaco e ultrassonografia coronária, bem como possuía também ventilador, carro de emergência, equipamento de monitorização, e inúmero material específico para os procedimentos desenvolvidos nessa unidade. Na UHICV, de segunda a sexta-feira, num período de 10 horas (8:00 - 18:00) eram realizados os procedimentos eletivos, e de emergência provenientes do SU do próprio hospital ou de outras unidades hospitalares, e ainda as referenciadas pelo Centro de Orientação de Doente Urgentes (CODU). Nos restantes dias e fora desse período, existia uma equipa de prevenção composta por um médico, um enfermeiro e um técnico de cardiopneumologia. Essa

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

equipa multidisciplinar desenvolvia um trabalho muito complexo, que exigia entrosamento entre os vários elementos, bem rotinados com os vários procedimentos a realizar e preparados para lidar com situações emergentes, visto tratar-se de doentes em situação crítica e com a possibilidade de surgirem diversas intercorrências nomeadamente disritmias graves que pudessem colocar em risco a vida do doente. As situações abordadas na UHICV e as intervenções realizadas, exigiam vigilância apertada, e neste sentido, segundo Costa et al. (2014) o enfermeiro que trabalha no serviço de hemodinâmica deve ter capacitação intelectual, ações de liderança, atualização e treino, e ainda pensamento crítico. Devendo igualmente acompanhar a evolução da tecnologia do serviço e da constante inovação de materiais (Capetini, 2020), e que consiga desenvolver estratégias de educação em saúde para o doente, fornecendo-lhe as informações necessárias acerca do procedimento e patologia, agindo de forma segura e eficaz, visando minimizar riscos e intercorrências (Tobin, 2021).

A UCIC dispunha de 5 unidades de internamento, onde os critérios de admissão eram doentes com patologia cardíaca e que dada a gravidade da sua situação clínica necessitavam de vigilância e monitorização contínuas e de intervenção terapêutica avançada. Eram admitidos doentes para ou após a realização de procedimentos de alto risco, tais como cateterismo cardíaco para angioplastia coronária, colocação de *pacemaker* ou para cardioversão elétrica. Cada unidade possuía ventilador de suporte ventilatório invasivo ou não invasivo; monitor fisiológico conectado a uma central de monitorização, tendo capacidade de monitorização de parâmetros ventilatórios e hemodinâmicos invasivos e não invasivos (traçado cardíaco, frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial invasiva e não invasiva e oximetria de pulso); sistemas de infusão/perfusão; rampas de aspiração, de oxigénio e de ar comprimido; material e consumíveis diversos necessários à prestação de cuidados.

A equipa de enfermagem do serviço de cardiologia era constituída na totalidade por 27 enfermeiros, onde incluía 1 enfermeiro gestor, divididos pelas 4 unidades, exercendo a grande maioria funções em horário rotativo de 8 horas, distribuídos em 3 turnos (08:00 – 15:15; 15:00 – 23:15; 23:00 – 08:15), sendo os 15 minutos referentes ao tempo destinado à passagem de turno. Dos 26 elementos, 15 desempenhavam as funções na UCIC, destes últimos, 4 enfermeiros pertenciam também à UHICV. Na UCIC eram escalados 2 enfermeiros em cada turno. Da equipa de enfermagem da UCIC, apenas 3 eram EE em EMC, pelo que relativamente às dotações seguras dos cuidados de enfermagem, pôde-se verificar que na UCIC não estavam ainda reunidas as condições ideais, uma vez que nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) é recomendado que 50% dos enfermeiros sejam EE em EMC na Área de EPSC, em permanência 24 horas (Regulamento no 743/2019 da OE, 2019).

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Na UCIC era utilizada como principal ferramenta de trabalho a plataforma *BSimple*®, onde estavam centralizados todos os registos relativos ao doente, incluindo planos de cuidados em interligação com sistema informático *SClínico*®.

1.3. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

O ECIII (UCIP) foi realizado no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do centro hospitalar de uma ULS da região centro. De acordo com a ACSS (2017), esse centro hospitalar é uma das 17 unidades de saúde do grupo C, e tem uma área de influência que abrange uma população de cerca de 400.000 habitantes.

O SMI situava-se fisicamente no 5º piso do hospital, partilhando-o com o Serviço de Cardiologia e apresentava-se como uma UCIP especializada no tratamento do doente agudo grave, independentemente da sua tipologia, assumindo-se como uma Unidade de Nível III destinada a “doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e, portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico” (MS, 2017, p. 7)., e neste sentido, deve ter preferencialmente quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada por especialistas de Medicina Intensiva, em presença física permanentemente (MS, 2017). Este tipo de unidades exige ainda o acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, e a implementação de programas de controlo de qualidade e quadros de formação e treino em cuidados intensivos (MS, 2020).

O serviço dispunha de 10 camas de cuidados intensivos, destas, 4 eram quartos de isolamento pressurizados, o que permitia otimizar medidas de isolamento, as restantes numa sala ampla em *open space*, e um sistema suspenso de elevação e transporte de doentes. A disposição das unidades no serviço permitia a vigilância de todos os doentes e assegurava de forma atempada o tratamento e assistência à PSC (ACSS, 2013). Nessa mesma sala, as 6 camas encontravam-se separadas por cortinas (abertas à frente para manter contacto visual com o doente), e os quartos de isolamento virados para a mesma permitiam a visualização direta do doente (ACSS, 2013). Cada unidade cumpria o recomendado relativamente às áreas, circuitos (limpos e sujos), instalações e equipamentos técnicos, como ainda contava com a presença de iluminação natural, promovendo assim os ritmos circadianos como elementos facilitadores da recuperação, e ainda a iluminação artificial regulável (ACSS, 2013). Cada unidade possuía ventilador de suporte ventilatório invasivo ou não invasivo; monitor fisiológico conectado a 2 centrais de monitorização, tendo capacidade de monitorização de

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

parâmetros ventilatórios e hemodinâmicos invasivos e não invasivos (traçado cardíaco, frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial invasiva e não invasiva, oximetria de pulso e temperatura esofágica); sistemas de infusão/perfusão; rampas de aspiração, de oxigénio e de ar comprimido; material e consumíveis diversos necessários à prestação de cuidados. Para além do material existente na unidade de cada doente, existia ainda a possibilidade de aceder a bombas de nutrição entérica, máquinas para realização de Terapia de Substituição da Função Renal (TSFR), máquinas de gasometria e de monitorização de Índice Bispectral (BIS); ventiladores de transporte e carro de emergência equipado com desfibrilhador.

Sendo uma unidade que presta cuidados de elevada complexidade, em relação à equipa de enfermagem, possuía um plano de integração por um período total de 36 semanas, dividido em 4 fases, e ao fim do qual era esperado que o enfermeiro tivesse desenvolvido capacidade de prestação de cuidados de forma autónoma ao doente crítico. Da equipa de 33 enfermeiros, 1 exercia funções de gestão de serviço e 16 enfermeiros possuíam formação especializada: 14 na área de EMC e 2 na área da Reabilitação. Tal como a OE recomenda, no parecer N°15/2018 relativo às funções do EE em EMC nas UCI, 50% dos profissionais enfermeiros deverão “possuir Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica” (OE, 2018, p. 2), já que a “formação específica e especializada é justificada pela crescente complexidade dos equipamentos, técnicas e procedimentos” (OE, 2018, p.2). Neste sentido, relativamente às dotações seguras dos cuidados de enfermagem, pôde-se verificar que no SMI não estavam ainda reunidas as condições ideais, não se conseguindo cumprir que 50% dos enfermeiros fossem EE em EMC na área de EPSC, em permanência 24 horas (Regulamento n.º 743/2019 da OE, 2019). Ressalva-se que, sendo uma UCI com predomínio de doentes com necessidade assistencial de nível II e III, o rácio enfermeiro/doente preconizado é de 1:2 ou 1:1, respetivamente (OE, 2019). Tendo em conta os recursos humanos disponíveis na unidade e os fatores mencionados anteriormente, o rácio era frequentemente de 1:2. A maioria dos elementos da equipa de enfermagem exercia funções em horário rotativo, distribuídos em 3 turnos (08:00 – 15:15; 15:00 – 23:15; 23:00 – 08:15), sendo os 15 minutos referentes ao tempo destinado à passagem de turno. Encontravam-se em permanência física 5 enfermeiros por turno, à exceção do período da manhã nos dias úteis em que estava presente a enfermeira gestora, com funções exclusivas na área da coordenação e gestão. Na ausência da enfermeira gestora era designado um enfermeiro responsável de turno, aos quais foram reconhecidas competências pelo enfermeiro gestor necessárias ao desempenho desta função, tendo-se verificado que eram exercidas maioritariamente, mas não exclusivamente, por EE. A organização dos enfermeiros por turno era baseada em equipas de enfermagem, sendo a constituição das mesmas

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

sustentada na experiência profissional na área do doente crítico, formação especializada e experiência clínica em áreas de elevada complexidade, constatando-se que não era utilizado nenhum instrumento para calcular a carga de trabalho de enfermagem. Diariamente era realizada uma passagem de informação clínica multiprofissional, com a participação ativa da enfermagem, com o objetivo de definição de estratégias e objetivos clínicos (MS, 2017). O SMI integrava ainda, a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI), constituída por um médico e um enfermeiro que asseguravam a resposta a situações de emergência em ambiente hospitalar, conforme preconizado pela DGS na sua Circular normativa n.º 15/DQS/DQCO de 2010 atualizada em 2018 (DGS, 2018).

O SMI, encontrava-se inserido na Rede de Referenciação de Medicina Intensiva na zona centro, ainda assim, constatou-se que essa zona mantinha o rácio de camas nível III/camas de agudos (1,7%), inferior à taxa nacional (2,2%) (MS, 2017). Para a admissão do doente no SMI eram usados três modelos ou tipos de critérios em separado ou em conjunto, sendo o primeiro o critério de prioridade, o segundo o de diagnóstico e o terceiro o de parâmetros objetivos.

Os registos clínicos eram realizados informaticamente na plataforma informática *BSimple®*. Este sistema permitia não só o acesso a meios complementares de diagnóstico, como também aos dados captados pelo monitor e pelo ventilador que eram transmitidos em tempo real para a central de monitorização e para o sistema informático.

2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

2.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O enfermeiro ao longo da sua prática profissional, depara-se em vários momentos com questões éticas e deontológicas. Estas tendem a surgir mais, inevitavelmente, nas situações limite, tornando-se muito importante a gestão e a consciência dos limites no agir do enfermeiro (Nunes, 2015).

Enquanto EE, a prática clínica, materializa-se numa tríade constituída pelos deveres, pelas competências e pelos referenciais de qualidade (Nunes, 2016), ou seja, pelo Código Deontológico, pelo Perfil de Competências comuns e específicas do EE em EPSC e pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em EMC.

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

O domínio da responsabilidade ética, profissional e legal é essencial para garantir uma prática de cuidados seguros, eficazes e éticos em todas as situações e contextos da prática, constituindo-se assim, como um pilar estruturante à intervenção do enfermeiro no cuidar da PSC. Neste sentido, segundo Chaves e Massarollo (2009), espera-se que os profissionais cuidem com dignidade, integridade e autonomia, respeitando os princípios da justiça, beneficência e não maleficência, indo ao encontro do artigo 8º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) que refere que “os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015, p. 101). Nesta linha de pensamento, segundo a Constituição da República Portuguesa e de acordo com a Lei n.º 95/2019 que consagra a Lei de Bases da Saúde, todos temos direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover, bem como os princípios da privacidade, confidencialidade, da igualdade e da não discriminação.

Durante os EC procurou-se aderir sempre aos mais altos padrões éticos, por forma a garantir a integridade, a honestidade e o respeito pelos direitos e pela dignidade da pessoa/família. Neste sentido, as intervenções de enfermagem foram norteadas pelos princípios básicos da ética e da deontologia, que incluíram a garantia de confidencialidade, o respeito pela autonomia e uma prática baseada nos valores éticos, procurando estabelecer igualmente uma relação terapêutica eficaz, uma integração na equipa multidisciplinar, e o cumprimento de deveres como o do sigilo profissional e o de informar sobre cada procedimento a executar, de forma a obter o consentimento e participação da pessoa/família. Por outro lado, foi também tido em conta as características e as especificidades de cada contexto que poderiam interferir na manutenção de alguns princípios.

Em relação ao SU, sendo a priorização de cuidados definida de acordo com as prioridades da Triagem de *Manchester*, e não pela ordem de admissão no serviço, leva a que alguns doentes se sintam desvalorizados nas suas queixas e no tempo despendido na resolução dos seus problemas (Azevedo, 2021). Por outro lado, a procura crescente dos cuidados de saúde conduz por norma a um aumento dos tempos de espera, e conseqüentemente a uma redução na capacidade de proteger a privacidade do doente e de prestar cuidados centrados no mesmo (Vilhena, 2018). Para além disso, a sobrelotação dos serviços e a inexistência de rácios adequados não permitem que os enfermeiros consigam disponibilizar o tempo necessário para a prestação de cuidados, nomeadamente os cuidados especializados (Carvalho, 2019). Tendo em consideração todas estas questões, durante o EC no SU foram efetuados sempre que necessário esclarecimentos sobre a funcionalidade do serviço e as regras de atribuição de prioridades, bem como foi dada informação relevante e pertinente

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

sobre a situação do doente e sobre cada técnica ou procedimento a executar, de forma a obter o consentimento e a participação da pessoa/família.

A confidencialidade e privacidade, tal como referem Bettinelli, Pomatti e Brock (2010), são direitos fundamentais para a manutenção da dignidade, sobre os quais os enfermeiros devem demonstrar preocupação na prestação dos cuidados, e estão intimamente ligados com a transmissão da informação oral e escrita e na segurança das mesmas. Em relação à passagem de turno, esta constitui um momento de reunião da equipa em que há transmissão de informação por via oral, no sentido de garantir uma continuidade dos cuidados (OE, 2001). No SU nem sempre foi possível ter uma passagem de turno num local calmo, privado e sem a presença de terceiros, bem como, a qualidade da comunicação foi muitas vezes afetada por excesso de ruído. Face a estas situações de dificuldade em manter a privacidade, procurou-se adequar sempre o tom de voz, bem como, transmitir determinadas informações num local mais reservado ou de forma escrita, e ainda, utilizar recursos, como cortinas e biombos para individualizar os espaços e prestar os cuidados de enfermagem em gabinetes sempre que possível.

No que concerne à UCIC e ao SMI, foi possível quase sempre ter uma passagem de turno calma, constatando-se que as equipas de enfermagem se reuniam no centro do serviço, o que por um lado permitia a proximidade e a observação de todos os doentes, por outro lado, a informação também nestes contextos se podia facilmente tornar acessível ao ambiente envolvente, pelo que se procurou moderar sempre o tom de voz, e que alguma informação fosse transmitida de forma mais reservada. Reconhecendo ainda que, em contexto de emergência, é difícil manter um nível adequado de privacidade, particularmente numa área aberta e com a exigência de cuidados complexos e bastante técnicos, na UCIC pelo facto de cada unidade possuir cortinas que permitiam individualizar totalmente os espaços foi bastante facilitador, ao passo que no SMI, devido a cada unidade possuir apenas cortinas laterais, houve a necessidade de recorrer ao uso de biombos para minimizar a exposição do doente.

Nos EC foi procurado igualmente atender à privacidade da família, e neste sentido, no SMI no momento de transmissão de más-notícias as famílias eram encaminhadas para um espaço específico para esse efeito, no entanto, no SU e na UCIC não havendo esse local, teve-se de procurar a adaptação de um espaço onde o ambiente fosse calmo e desprovido de muitos ruídos e estímulos externos e sempre que possível foi permitida a visita ao doente.

Uma outra situação que, por vezes, é causadora de conflitos entre a pessoa/família e os profissionais de saúde, é a permanência de um acompanhante no SU e a visita ao doente. Neste sentido, segundo a Lei n.º 15/2014 está contemplado nos direitos e deveres dos

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

doentes dos serviços de saúde que as pessoas admitidas no SU têm direito a ter um acompanhante (Assembleia da República (AR), 2014). Devido às condições físicas do SU e à sua sobrelotação, nem sempre foi possível a permanência de acompanhantes nas áreas de prestação de cuidados, no entanto, procurou-se permitir a visita do acompanhante em determinados momentos como antes do seu internamento, ou na transferência para outra instituição, bem como em situações de prognóstico reservado. Na UCIC e no SMI o período de visitas era muito restrito, mas sempre que possível e atendendo a cada situação em particular foram permitidas visitas fora do período estipulado e/ou por um tempo superior. Procurou-se assim, ir ao encontro das afirmações de Anguita et al. (2019), na medida em que estes autores defendem que é exigido ao enfermeiro a responsabilidade da humanização dos cuidados e que cuide da pessoa de uma forma holística.

Há um outro ponto de referência essencial neste subcapítulo que é a importância do consentimento informado, livre e esclarecido, no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos da pessoa. Relativamente a este, a Lei n.º 95/2019 refere que a pessoa tem o direito “a decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos” (AR, 2019, p.56).

Posto isto, a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, transpostos na Resolução da AR n.º 1/2001, remete para a importância de se obter o consentimento da pessoa para qualquer ato médico, enfermagem ou de outro profissional. O consentimento explícito escrito é necessário para atos como cirurgias e doação de hemoderivados. Por outro lado, existem exceções, sendo estas as situações *life-saving* de urgência, onde se assume um consentimento presumido, atuando como medida imprescindível para o benefício da saúde da pessoa. No consentimento presumido, o princípio é o de que aquela pessoa daria o seu consentimento se se encontrasse capaz de o fazer. A Norma n.º 015/2013 da DGS, orienta para a utilização do consentimento presumido quando a pessoa está inconsciente ou não está legalmente representada, havendo risco para a sua saúde/vida, sendo importante que não se adie o ato para a obtenção do seu consentimento escrito. Prevaecem nestas situações o princípio da beneficência, assumindo a equipa de saúde a responsabilidade de fornecer toda a informação à pessoa/representante legal, assim que este esteja disponível/capaz para a receber.

Na UCIC, sempre que possível procedeu-se ao consentimento explícito e escrito para procedimentos a realizar na UHICV nomeadamente para o cateterismo cardíaco e para a implantação de *pacemaker*. Já no SU e no SMI, foram mais frequentes as situações em que se assumiu o consentimento como presumido, do que escrito e explícito, devido à própria

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

condição e incapacidade do doente, em que breves segundos se poderiam traduzir em danos irreversíveis para a pessoa em causa, consultando sempre a família assim que fosse possível, passando esta a assumir a responsabilidade pela decisão.

Abordar esta temática remete para a importância do testamento vital, legalmente descrito como diretiva antecipada de vontade, de acordo com a Lei n.º 25/2012. Neste documento está explícita a vontade da pessoa, de forma consciente, livre e esclarecida, face aos cuidados de saúde que deseja receber ou não receber, em caso de, nalgum instante da sua vida, não se encontrar capaz de expressar a sua vontade pessoal (AR, 2012, p. 3728). A portaria n.º 141/2018 regulamenta a organização e funcionamento do Registo Nacional do Testamento Vital, garantindo o acesso por parte dos profissionais de saúde ao mesmo a qualquer instante, de qualquer cidadão no nosso país, uma vez que “tem como finalidade rececionar, registar, organizar e manter atualizada, quanto aos cidadãos nacionais, estrangeiros e apátridas residentes em Portugal, a informação e documentação relativas ao documento de diretivas antecipadas de vontade e à procuração de cuidados de saúde” (AR, 2018, p. 2212).

Procurou-se em todas as situações uma prestação de cuidados com vista ao bem-estar, conforto, dignidade e privacidade do doente, mesmo nas situações mais urgentes, de forma consciente e responsável, no entanto, nem todas as tomadas de decisões se traduziram em processos simples e fáceis. Todos esses momentos necessitaram de uma análise crítico-reflexiva, atendendo sempre às preferências e individualidade de cada pessoa. Contou também a experiência profissional, momentos de partilha de conhecimentos e experiências junto dos enfermeiros orientadores e restante equipa multidisciplinar, sempre com a finalidade de se decidir e zelar pelo bem-estar e os melhores interesses da pessoa e sua família. Nas situações de paragem cardiorrespiratória vivenciadas nos diferentes contextos de EC, a decisão de continuar ou suspender as manobras de reanimação presenciadas foram decididas após o médico responsável consultar a opinião de toda a equipa presente e o processo clínico do doente. Estas medidas são muito importantes para que todos os elementos da equipa se sintam parte integrante da decisão, partilhando a responsabilidade da mesma. Sem dúvida que em todos estes momentos a experiência profissional, a maturidade dos elementos da equipa multidisciplinar e o processo crítico-reflexivo individual e em equipa, fizeram a diferença, acabando sempre por ser tomada uma decisão consciente e sustentada pelos princípios éticos e deontológicos.

Ao longo dos EC, procurou-se em todas as situações uma prestação de cuidados no sentido de zelar pelo bem-estar da pessoa e sua família, indo assim ao encontro do enunciado da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, segundo a qual, a humanização é alcançada quando se

articulam as intervenções técnicas com as atitudes personalizadas, desenvolvendo uma relação de empatia e confiança com o doente/família (OE, 2015).

2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Atualmente, as instituições de saúde, assumem-se como elementos ativos na procura e promoção da qualidade em saúde, pelo que devem desenvolver esforços no sentido de adequar os recursos e criar as estruturas que promovam o exercício profissional de qualidade (OE, 2001). Neste sentido, recentemente, o Despacho n.º 9390/2021, do qual consta o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, assente em cinco pilares essenciais, entre eles: a cultura de segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de incidentes; e práticas seguras em ambientes seguros, constitui-se como uma das principais linhas orientadoras, para que se apliquem métodos que permitam objetivar e definir metas que melhorem a qualidade dos cuidados.

O domínio da melhoria contínua da qualidade é crucial para o EE, capacitando-o para uma prestação de cuidados de saúde centrados no doente, eficazes e seguros, promovendo o desenvolvimento profissional e a excelência na prática. Neste âmbito, a OE tem desenvolvido igualmente vários esforços tendo criado os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, que se constituem num referencial que estrutura e orienta o exercício profissional dos enfermeiros em Portugal (OE, 2001) e mais recentemente, em 2017, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC. Neste último documento, os enunciados descritivos são semelhantes ao anterior, tendo alguns mais específicos e particulares nomeadamente para a área de cuidados à PSC. Estes englobam a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

De acordo com o Despacho n.º 5613/2015, do Decreto-Lei n.º 102/2015, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, reforça a necessidade de expansão da acreditação de instituições e unidades prestadoras de cuidados de saúde, na melhoria da qualidade clínica e organizacional (MS, 2015). Desta forma, um dos objetivos que foram delineados para as práticas clínicas deste mestrado passaram por conhecer as estratégias de qualidade dos serviços e os seus programas de acreditação, mais concretamente a UCIC e o SMI pertenciam a um centro hospitalar com acreditação pela JCI, e neste sentido, possuíam objetivos que fomentavam a segurança do doente e que pretendiam refletir boas práticas e reduzir os erros e eventos adversos associados à prestação de cuidados.

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Relativamente a protocolos, todos os serviços onde foram realizados os EC possuíam um conjunto de protocolos revistos e atualizados, elaborados à luz da mais recente evidência científica, e estavam disponíveis para consulta nos manuais próprios de cada um destes serviços. Estes traduzem-se num meio de orientação para que os cuidados prestados sejam uniformizados, contribuindo para uma tomada de decisão fundamentada, reduzindo a probabilidade do erro (Velo, 2018) e traduzindo-se em “maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado” (Netto, Dias, & Goyanna, 2016, p.71). Neste sentido, os mesmos assumem particular importância perante situações de grande instabilidade e complexidade, destacando-se alguns dos protocolos que foram considerados essenciais como o das Vias Verdes AVC e Coronária no SU; o de cateterismo cardíaco, *pacemaker* provisório e definitivo e o de cardioversão elétrica na UCIC; e o de administração de potássio em situações de hipocaliemia, insulino-terapia e nutrição entérica no doente crítico e TSFR com anti coagulação com citrato no SMI.

Sobre este domínio, foram realizadas várias reflexões com os enfermeiros orientadores e restante equipa sobre indicadores de qualidade dos hospitais e dos próprios serviços, nomeadamente no SU sobre a taxa de úlceras de pressão, na UCIC sobre a prevenção da infeção de local cirúrgico aos doentes submetidos à colocação de *pacemaker* definitivo e no SMI relacionados com o Cateter Venoso Central (CVC) e com a Pneumonia Associada à Intubação (PAI), nos quais eram feitas auditorias internas mensais aos processos. E transversalmente aos três contextos, os indicadores como a dupla identificação do doente, a avaliação do risco de queda e de úlcera por pressão; a identificação de doentes com alergias ou com presença de microrganismos epidemiologicamente importantes, a segurança na administração de substâncias terapêuticas de alta vigilância e a manutenção das boas práticas para a prevenção e controlo de infeção. Na UCIC e no SMI estes indicadores estavam relacionados com os “Feixes de intervenções” de Prevenção da Infeção de Local Cirúrgico, de Prevenção de Infeção Relacionada com o CVC e Prevenção de PAI, dando cumprimento às normas da DGS nº 020/2015, nº 022/2015 e nº 021/2015 respetivamente, o que demonstra uma abertura e disponibilidade para a mudança de comportamentos em função das boas práticas (DGS, 2022). Além disso, era dado um *feedback* construtivo à equipa sobre o seu desempenho e sobre os resultados nestes indicadores do serviço.

Durante os EC, foram consultados indicadores de qualidade aplicáveis às instituições, nomeadamente na “Lista de Indicadores para Monitorização da Qualidade” do Despacho nº 5739/2015, do Diário da República, 2.ª série nº 104 de 29 de maio, sobre a “Taxa de Úlceras de Pressão”, “Volume de angioplastia percutânea transluminal de artérias coronárias”, “Taxa de Infeções da Corrente Sanguínea Relacionada Com Cateter Venoso Central”, “Sépsis Pós-

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Operatória p/100.000”, em relação aos anos de 2022 e 2023. Onde se constatou que o centro hospitalar do grupo C teve o melhor desempenho do seu grupo em relação a alguns destes indicadores em diversos meses do ano de 2023 (ACSS, 2023).

Ao longo das práticas clínicas, procurou-se igualmente conhecer os projetos de melhoria contínua da qualidade em cada serviço e, apesar de não se ter integrado especificamente em nenhum deles, houve a oportunidade de discutir com os enfermeiros orientadores acerca da sua implementação. Já na UCIC, no momento em que decorreu o EC não se encontravam a desenvolver nenhum projeto, no entanto, procurou-se refletir e discutir com a equipa acerca da sua importância, e identificar áreas de interesse para o serviço, tais como atualização dos protocolos já existentes com base na evidência científica atual.

Nestes serviços, as funções e responsabilidades de cada elemento da equipa multidisciplinar estavam bem definidas e existiam elos de ligação aos diferentes projetos das instituições. No SMI existia ainda um plano de integração para novos profissionais no serviço.

Os serviços onde decorreram os EC eram detentores de um sistema que permitia a formulação por escrito de possíveis incidentes referentes a atos clínicos/não-clínicos. Este registo permite posteriormente realizar uma análise e reflexão acerca das causas, avaliar as consequências e desta forma melhorar a qualidade dos cuidados, sem atribuição de culpa, como preconiza o PNSD 2021-2026.

A comunicação entre os profissionais de saúde é igualmente de extrema importância e determinante para a qualidade e para a segurança na prestação de cuidados (Sousa, Brandão, Cardoso, Archer & Belfort, 2020). Neste âmbito, a DGS criou a norma n.º 001/2017, que preconiza que a transmissão da informação entre os profissionais de saúde ou entre os enfermeiros seja feita segundo a técnica ISBAR. Em todos os respetivos serviços, a transmissão da informação relevante do doente nas passagens de turno e entre as várias unidades ou serviços das instituições era baseada nesta metodologia. Em relação ao SU, sobre a folha de passagem de turno existente, durante o EC foi desenvolvida e apresentada à equipa uma outra folha, também ela fundamentada nesta metodologia, onde foram sugeridas algumas alterações, de forma a organizar a informação e servir de base para a passagem da informação mais relevante (APÊNDICE I).

Sobre a segurança dos medicamentos, em particular em relação aos Medicamentos de Alerta Máximo (MAM) e aos Medicamentos LASA (*Look-Alike, Sound-Alike*), e de acordo com as Normas da DGS n.º 020/2014 e n.º 014/2015 (DGS, 2015), durante os EC foi dada especial importância na preparação destes medicamentos, bem como à confirmação e identificação de toda a medicação antes da sua administração. Neste âmbito, no SU para a gestão da

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

medicação detinham o sistema *Pyxis®* e *stock* por níveis, com identificação dos MAM através de etiquetas amarelas com sinal de “ATENÇÃO”. Na UCIC e no SMI, possuíam o *software* GHAF® (Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia) e o *BSimple®*, ambos permitiam imprimir uma etiqueta com a identificação do doente, nome do medicamento, nº da cama, horário, via de administração e dosagem, para além de que aquando da prescrição, emitiam um alerta de nova prescrição e identificavam a medicação com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspetos semelhantes, conhecidos como medicamentos “*look-alike*” e “*sound-alike*”, alertando assim para um maior risco de erro na preparação/administração.

A segurança na utilização da medicação faz parte de um dos pilares do Despacho n.º 9390/2021. Neste sentido, segundo Azevedo, Sousa e Coelho (2020), o erro de medicação, consiste num evento evitável que pode levar ao seu uso inadequado de medicação, ou mesmo causar danos ao doente. Estando-se alerta para tal, nos EC foram adotadas diariamente medidas que visavam reduzir o risco da ocorrência deste tipo de erro, através da confirmação da prescrição e da dupla identificação do doente, e que a administração era efetuada à hora certa e pela via certa, com uma duração de administração correta e com um prazo de validade válido, sempre com a implementação de medidas para o controlo de infeção. Após a administração, procedeu-se à avaliação e ao registo de todo o procedimento.

A identificação inequívoca dos doentes, traduz-se igualmente num ato essencial para a segurança na prestação de cuidados, para isso, em todos os EC procedeu-se sempre à colocação de uma pulseira com o nome completo do doente, número de processo e data de nascimento. Durante os EC, procedeu-se à dupla identificação do doente através do nome completo e da data de nascimento ou do número do processo, quer no momento da triagem no SU, quer no momento do internamento na UCIC e no SMI, quer antes da realização de alguma técnica ou procedimento específico ou administração de terapêutica em todos os serviços.

Ainda no contexto da segurança dos doentes sobre a prevenção de quedas, transversalmente nos três campos de EC era implementada a Escala de *Morse* para a avaliação do risco de queda. Em contexto hospitalar, a ocorrência de quedas representa um problema sério, com impacto importante na redução da longevidade e qualidade de vida, pelo que a implementação de estratégias preventivas é fundamental, e que de acordo com a Norma n.º 008/2019 (DGS, 2019) devem passar pela educação, treino e a criação de ambientes mais seguros através do estabelecimento de políticas eficazes para reduzir os riscos. Durante os EC foi aplicada a escala de *Morse* a todos os doentes, com a periodicidade prevista, e aplicadas medidas preventivas destacando-se a colocação das macas/camas na cota zero e travadas, a elevação

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

das grades das macas/camas, a orientação da pessoa em relação ao ambiente envolvente e procurando a colocação da pessoa nas áreas com maior vigilância, principalmente as que apresentavam um risco de queda mais elevado. Nos locais de EC, foi possível objetivar ainda que existia uma plataforma informática onde era possível registar a ocorrência de queda, sendo que a partir da análise desses registos pretendia-se entender os motivos desencadeantes e tentar desse modo evitar que se repetissem.

O PNSD remete ainda para a importância da prevenção das úlceras por pressão. A existência de uma úlcera por pressão significa dor, sofrimento, risco de infeção e por isso deterioração da qualidade de vida do doente, podendo culminar em morte (Ribeiro, 2021). No SU, aos doentes com necessidade de permanência no mesmo superior a 6 horas era feita a avaliação do risco de desenvolver úlcera por pressão. Na UCIC, os doentes eram muitas vezes portadores de dispositivos médicos que aumentavam o risco de ocorrência de úlcera por pressão, bem como pela necessidade de repouso no leito após realização de cateterismo ou da colocação de *pacemaker* provisório, igualmente no SMI, que além dessas situações mencionadas, a maioria encontravam-se sedados e curarizados, alguns deles com necessidade de permanecer em decúbito ventral, pelo que estes dois últimos serviços para a prevenção destes eventos, equiparam todas as unidades com colchões de pressão alterna, almofadas de posicionamento e camas articuladas. Durante os EC foi aplicada a escala de *Braden* a todos os doentes, com a periodicidade prevista, e aplicadas medidas preventivas como a alternância de decúbito, a vigilância, massagem e hidratação da pele e a gestão e supervisão do aporte nutricional e hídrico.

Sobre este domínio ainda, é elemento importante a “existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros especialistas promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção especializada” (OE, 2015, p. 17243), e que devem trabalhar em colaboração com outros profissionais de saúde, incluindo médicos, ou outros terapeutas para promover a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados. Neste sentido, no EC no SMI houve a oportunidade de assistir a uma formação desenvolvida pelos enfermeiros em colaboração com os médicos do SMI, subordinada ao tema “Prevenção das PAI”.

As intervenções realizadas aos longos destes EC, bem como as reflexões efetuadas e as pesquisas bibliográficas sobre a evidência científica e as diretrizes na área da melhoria contínua da qualidade, procurando interiorizá-las e incorporá-las na prática, facilitaram o desenvolvimento das competências esperadas neste domínio.

2.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados

A gestão de cuidados é uma das competências do EE. Este, deve adotar o estilo de liderança mais adequado e procurar otimizar as respostas da equipa face às necessidades dos doentes, por forma a garantir a qualidade e a segurança dos cuidados (OE, 2019).

De acordo com o Regulamento n.º 76/2018, a gestão é considerada um domínio da área de competências do enfermeiro com vista à manutenção de um padrão elevado da qualidade dos cuidados prestados, uma vez que estes são avaliados pelos ganhos em saúde, como também pela gestão de recursos utilizados na prestação dos mesmos (OE, 2018).

Dada a complexidade da PSC, torna-se essencial focar a importância que a gestão de cuidados assume para que a sua estabilidade seja alcançada, e neste sentido, os EE assumem um papel preponderante na priorização dos cuidados, uma vez que são detentores de conhecimentos atualizados e encontram-se aptos para identificar precocemente eventos críticos e intervir de forma prioritária (Teixeira & Vieira, 2020). Exige uma correta compreensão dos recursos humanos existentes e do seu nível de competências, pelo que, o conhecimento, cálculo e aplicação das dotações seguras deve preparar o serviço para uma prestação adequada de cuidados, no sentido de “atingir índices de segurança e de qualidade de cuidados de saúde para a população alvo e para a própria organização de saúde” (OE, 2019, p.128).

Neste âmbito, ao longo dos EC houve a oportunidade de acompanhar e observar o papel do enfermeiro gestor do serviço e do coordenador de turno, sempre que possível e pertinente, no desempenho das suas funções, nomeadamente em diversas atividades relacionadas com a coordenação de turno, gestão de recursos humanos, materiais e farmacêuticos. No que concerne à primeira prática clínica, o SU, foram várias as oportunidades de observar e colaborar nas funções de gestão, uma vez que os enfermeiros orientadores desempenharam muitas vezes essas funções, tendo a oportunidade de compreender o método de distribuição dos elementos da equipa pelos postos de trabalho procurando alocar o profissional ao posto para o qual este possuía maior diferenciação de competências e experiência para que se obtivesse uma melhor resposta às diversas situações. As funções de gestão de acordo com o Parecer da OE n.º 20/2015 devem ser atribuídas aos enfermeiros EE em EMC, uma vez que “dispondo as equipas dos serviços de urgência de profissionais com estas competências, deverão ser estes a exercerem as funções de chefes de equipa”. Gerir um SU é uma tarefa complexa, dada a imprevisibilidade dos acontecimentos e a complexidade de grande parte das situações que ocorrem. No referido SU, o enfermeiro coordenador assumia diversas funções, nomeadamente: organização da escala de distribuição dos enfermeiros para as 24

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

horas seguintes e durante o turno no apoio às diferentes áreas; gestão e controlo de psicotrópicos e estupefacientes; gestão de recursos humanos e materiais; gestão do transporte de doentes; armazenamento de espólios; pedidos de material não existente em *stock* no serviço; pedidos de manutenção de equipamentos; pedido das dietas; gestão e controlo do material esterilizado; articulação com os serviços de internamento; gestão de transferências inter e intra-hospitalares; mediação de conflitos entre profissionais e apoio à tomada de decisão.

Quanto à gestão dos recursos humanos no SU, a distribuição diária pelos postos de trabalho permitia que todos os elementos pudessem ocupar qualquer posto de trabalho, independentemente da sua área de especialização. Exceto, o posto de triagem que exigia formação específica da responsabilidade do Grupo Português de Triagem.

Na UCIC e no SMI, relativamente à organização do trabalho, existia um enfermeiro coordenador de turno que fazia a gestão da distribuição dos enfermeiros pelas unidades, analisando cada caso e tomando as decisões de forma a prestar os melhores cuidados de acordo com a situação clínica do doente, não sendo aplicado nenhum sistema de classificação de doentes. No SMI, o mesmo assistia às passagens de turno de enfermagem e médica, permitindo uma adequação dos planos de atuação em conjunto para a gestão das vagas do serviço, avaliando a necessidade de transferir algum doente, de forma a tentar manter uma cama vaga para a eventualidade de ocorrer alguma emergência. Em cada turno, transversal aos dois serviços, era ainda da responsabilidade do enfermeiro coordenador preencher o documento relativamente ao controlo de estupefacientes, testar o desfibrilhador do carro de emergência e o de transporte, confirmar a operacionalidade de todo o material existente no carro de emergência, confirmar a temperatura adequada do frigorífico onde ficava acondicionada a medicação, entre outros.

Tanto na UCIC, como no SMI, os registos dos consumos eram efetuados através do *software* de gestão de *stocks*, em que existiam níveis predefinidos de material de consumo clínico e farmacêutico, sendo registado o seu consumo através de um terminal portátil, que era automaticamente enviado para a farmácia do hospital ou para os armazéns de material para a sua posterior reposição.

Nos EC, para a atribuição dos doentes aos enfermeiros era seguido o método individual. Segundo Silva (2017), este é caracterizado pela responsabilidade individual do enfermeiro na tomada de decisão sobre os cuidados prestados, existindo um maior controlo sobre a evolução do doente, promovendo cuidados personalizados e individualizados, alcançando uma melhoria da qualidade, com aumento na satisfação do profissional e do doente,

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

conseguindo-se estabelecer uma relação de maior confiança e segurança. O enfermeiro responsável é quem melhor conhece a PSC e por isso é o mais capacitado para a elaboração de um plano de cuidados devidamente personalizado. Assim sendo, por norma, sempre que possível, os doentes em estado mais crítico ficavam atribuídos aos EE em EMC.

É igualmente importante referir que a dotação adequada de enfermeiros e o nível de qualificação e competência dos mesmos, representam aspetos essenciais no que concerne aos índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a pessoa e para a própria organização, sendo que, para isso, devem-se instituir metodologias e critérios que visem uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados (Regulamento n.º 743/2019). Deste Regulamento, consta a Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, que defende a importância da existência de um modelo de prestação de cuidados que permita a capacidade de adaptação dos recursos humanos face às características demográficas da população, aos equipamentos tecnológicos de saúde, às características de saúde/doença da população e ainda aos métodos de gestão, garantindo assim a qualidade e segurança dos cuidados. O Regulamento n.º 743/2019, defende ainda que o posto de triagem num SU deve ser assegurado por um enfermeiro com formação específica no Sistema de Triagem de *Manchester*, e que, no caso específico de um SU de adultos, este seja assegurado por um EE em EMC na área de EPSC. No EC no SU denotou-se que a triagem era realizada por um enfermeiro detentor do curso de triagem de *Manchester*, mas não por um EE em EMC na área EPSC. Ainda no Regulamento n.º 743/2019 consta que as equipas de enfermagem dos SU e das UCI deveriam, idealmente, ser composta por cerca de 50% de EE em EMC na área de EPSC, detentores de formação em Suporte Avançado de Vida (SAV), em permanência nas 24 horas. Neste sentido, relativamente às dotações seguras dos cuidados de enfermagem, pôde-se verificar transversalmente nos 3 serviços que não estavam ainda reunidas as condições ideais, não se conseguindo cumprir que 50% dos enfermeiros fossem EE em EMC na área de EPSC, em permanência 24 horas (OE, 2019).

Em todas as práticas clínicas houve a oportunidade de colaborar em diversos tipos de transporte da PSC. Importa salientar que o transporte do doente crítico, acarreta vários riscos para o doente, mas também para os profissionais, uma vez que as condições do ambiente podem influenciar a segurança do transporte (Coimbra, 2021). Outra vertente que não pode ser descurada aquando do transporte é a gestão, pois este é um momento que exige a mobilização de elementos para fora do serviço, requerendo para isso a sua substituição no posto onde inicialmente estava alocado. Cabe ao enfermeiro coordenador da equipa gerir todo este procedimento, sempre com o objetivo de garantir a segurança e promover a melhoria

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

contínua dos cuidados de enfermagem. Ainda nesta linha de pensamento, emerge referenciar outro aspeto essencial para a segurança da PSC e para que o sucesso do transporte seja alcançado, que é uma comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar que participa nas diversas fases do transporte. A DGS na sua Norma n.º 001/2017 sobre comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, acrescenta que a comunicação entre profissionais deverá ser “oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor”. O EE deve conseguir coordenar os cuidados de forma eficaz, garantido uma comunicação clara e uma cooperação entre os vários membros da equipa de saúde e outros profissionais envolvidos nos cuidados ao doente. Devem supervisionar e, quando apropriado, delegar tarefas a outros membros da equipa de enfermagem, garantindo que as responsabilidades sejam distribuídas de forma adequada e que o cuidado seja prestado de forma segura e eficaz.

Assim sendo, todas as oportunidades no âmbito da gestão de cuidados traduziram-se numa mais-valia para o todo o percurso formativo, tornando-se bastante produtivo e evidenciando a importância do EE no âmbito da gestão, tal como preconiza o artigo 7º do Regulamento n.º 140/2019 da OE. Em todos os EC foi possível compreender os grandes desafios que os gestores enfrentam, e foram evidentes as dificuldades de gestão sentidas pelo aumento da procura de cuidados de saúde, exigindo uma reorganização de espaços, estruturas e rentabilização dos recursos humanos e materiais.

Sendo a gestão da equipa uma experiência nova, o acompanhamento e as reflexões efetuadas, foram fundamentais para a aquisição de competências na gestão de cuidados e de recursos, de acordo com as situações mais ou menos complexas que foram surgindo.

2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais é crucial para o EE, pois permite que o mesmo se mantenha atualizado com as melhores práticas, avanços tecnológicos e mudanças nas políticas de saúde.

A formação e a aquisição de competências na profissão de enfermagem devem ser vistas como um processo contínuo de aprendizagem, não só através das próprias experiências, como pela partilha das mesmas e de conhecimentos com outros profissionais, e pela pesquisa e acesso a bases de dados científicos. Neste âmbito, o EE deve conduzir a sua intervenção desenvolvendo o autoconhecimento e assertividade, bem como uma prática clínica baseada na evidência científica (OE, 2019).

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

A formação contínua em enfermagem representa um fator determinante para a melhoria contínua dos cuidados, promove o desenvolvimento profissional e pessoal do enfermeiro e representa um dos seus deveres para com a profissão e pessoa de quem cuida. É por esta razão que o EE é tido em conta como uma referência para a equipa multidisciplinar, pois é detentor de conhecimentos aprofundados e atualizados e ainda de autoconhecimento e autoconsciência (Fonseca, 2015).

Durante os vários EC, procurou-se sustentar os cuidados prestados com base na mais recente evidência científica, no sentido de responder às necessidades e expectativas de cada pessoa/família. E, à medida que as várias situações foram surgindo, houve a necessidade de aprofundar vários conhecimentos, tendo sido feitas pesquisas de informação segura e sustentada em livros e artigos científicos publicados em revistas e bases de dados, colmatando desta forma algumas dificuldades formativas, procurando igualmente tirar o maior partido possível de todos os instantes e que se revelaram oportunidades de crescimento.

Relativamente às ferramentas informáticas, o SClínico® em particular durante o EC no SU, e o BSimple® na UCIC e no SMI onde foi possível uma integração progressiva nestas plataformas de registos e o aperfeiçoamento da capacidade de elaborar planos de cuidados sistematizados e padronizados em linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), permitiu não só adquirir vários conhecimentos neste âmbito, como também perceber a importância dos registos para os cuidados de enfermagem, uma vez que garantem a precisão e a acessibilidade das informações de cada doente, promovem a continuidade dos cuidados, apoiam a tomada de decisão clínica, permitem a avaliação da eficácia dos cuidados e documentam todas as intervenções realizadas incluindo a administração de medicamentos, procedimentos realizados, educação do doente e cuidados prestados, desempenhando igualmente um papel importante na manutenção da legalidade e da responsabilidade profissional dos enfermeiros.

Neste seguimento, segundo Adamy, Zocche e Almeida (2019), o processo de enfermagem traduz um instrumento de trabalho necessário para a consolidação da profissão, com base em conhecimento científico que sustenta a prática do dia-a-dia e a tomada de decisão. Aquando da realização da prática clínica na UCIC e no SMI foi realizado um processo de enfermagem em linguagem CIPE® fundamentado, onde foi feita a avaliação da PSC, definidos os focos de atenção específicos, formulados diagnósticos de enfermagem e levantadas as intervenções especializadas.

Durante os EC, procurou-se também desenvolver atividades que contribuíssem para aprofundar alguns conhecimentos das equipas de enfermagem, e nesse sentido, no EC na

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

UCIC e como forma de enriquecimento e atualização da documentação presente no serviço, foram partilhados com os orientadores vários documentos sobre algumas das patologias mais frequentes, meios de intervenção e terapêutica, técnicas e procedimentos (APÊNDICE II). Ainda sobre este domínio, durante a prática clínica no SMI, foi elaborado um póster sobre gasometrias arteriais (APÊNDICE III) em conjunto com as colegas deste EC. Estes, foram momentos muito ricos em aprendizagem, fruto de reflexão, organização e pesquisa bibliográfica sobre os temas. tendo os mesmos sido desenvolvidos no sentido de dar a conhecer e partilhar conhecimentos com as equipas, fomentando a formação e a atualização continua.

Durante o EC na UCIC, houve igualmente a oportunidade de desenvolver atividades em áreas que até à atualidade não tinham feito parte da experiência profissional, destacando-se o acompanhamento do doente após a alta, podendo participar na consulta de reabilitação cardíaca, onde se realizaram sessões de educação para a saúde sobre diabetes, obesidade e alimentação saudável. Destacando-se ainda a participação em alguns procedimentos como cateterismo cardíaco, colocação de *pacemaker* definitivo e provisório, Ecocardiograma transtorácico de sobrecarga e transesofágico para diagnóstico de forame oval patente (FOP) e a métodos de imagem intravascular como a tomografia de coerência ótica (OCT), podendo assim, perceber melhor todo o percurso que é feito pelo doente desde a sua admissão no serviço, durante o internamento e mesmo após a alta e compreender todo o acompanhamento e vigilância que é efetuada ao doente, muito importante para a prevenção de recidivas e promoção da qualidade de vida e bem-estar da pessoa e sua família. As experiências anteriores, revelaram-se muito importantes e facilitadoras na sistematização, organização e gestão dos cuidados, reconhecendo os limites e identificando falhas no conhecimento, concebendo-as como oportunidades de aprendizagem.

No que concerne ao SMI, durante o EC constatou-se que uma estratégia encontrada para manter os conhecimentos científicos da equipa atualizados, foi a criação de grupos de trabalho e afixação da escala de formação anual com os diversos temas considerados relevantes e propostos pelos próprios elementos, com os respetivos dias de apresentação para toda a equipa. Aproveitavam assim, as competências específicas de cada elemento da equipa em determinada área de interesse, debatendo e refletindo acerca das suas práticas diárias e da forma como as podiam melhorar.

Este último EC, facilitou ainda a aquisição de outras aprendizagens, oferecendo oportunidades de desenvolver atividades em diversas áreas, destacando-se o recurso à ecografia pelos enfermeiros, o acompanhamento do doente crítico na realização de exames

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

como Ressonância Magnética, a assistência e colaboração em procedimentos e técnicas como a colocação de traqueotomia percutânea guiada por ecografia, broncofibroscopia, TSFR e ventilação invasiva, bem como ainda sobre tecnologias como o BIS, algumas escalas como a comportamental de dor (BPS - *Behavioral Pain Score*), a escala de Agitação e Sedação de *Richmond* (RASS).

Neste domínio, foram também muito importantes todos os momentos de reflexão relacionados com as dificuldades encontradas ao longo das práticas clínicas, que fomentou a pesquisa nas mais variadas fontes de evidência científica, contribuindo assim para o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo.

Na verdade, o contributo dos diferentes EC no desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi notório, uma vez que o contacto com outros contextos da prática de enfermagem e com outros profissionais de saúde, permitiu a descoberta de outras estratégias e abordagens na prestação de cuidados.

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

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

A complexidade e o carácter urgente dos cuidados à PSC exigem do EE a mobilização de “conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (OE, 2018, p.19363). Assim sendo, na antecipação de complicações e na rápida identificação de problemas, torna-se fundamental que o enfermeiro desenvolva a capacidade de antecipação, perspicácia, observação, rapidez na ação e competência na definição de prioridades (Oliveira, Queirós & Castro, 2015). Neste seguimento, e segundo Coimbra (2021), na prestação de cuidados ao doente crítico, o enfermeiro deve conhecer a sua situação clínica de forma a prever e detetar atempadamente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

Desta forma, os EC foram determinantes para o aprimorar do desempenho no cuidado à PSC e à sua família, sendo que se conseguiu assimilar, compreender e mobilizar conhecimentos referentes às diversas atividades e estratégias praticadas que culminaram em experiências enriquecedoras de aprendizagem.

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Os SU desempenham um papel crucial como a primeira linha de atendimento para a pessoa que necessita de cuidados médicos imediatos e urgentes, proporcionando acesso rápido a uma variedade de serviços e profissionais de saúde, garantindo uma resposta eficaz e em tempo útil (Ferreira, Fernandes, Jesus & Araújo, 2020). Já as UCI desempenham igualmente um papel essencial na prestação de cuidados ao doente crítico, pois são uma área multidisciplinar e diferenciada das ciências médicas que engloba, de forma particular, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doença aguda, potencialmente reversível, em pessoas que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, iminente ou estabelecida (MS, 2017). No decurso do EC no SU, conseguiu-se ter uma visão global dos cuidados de enfermagem nas diferentes áreas do serviço, contudo, por forma a alcançar os objetivos estipulados os turnos foram distribuídos pelas áreas com maior contacto com o doente crítico, nomeadamente pela SE, onde a maioria das situações presenciadas e que requereram o maior foco de atenção e atuação foram a Insuficiência respiratória (IR), disritmias cardíacas, EAM e AVC, que exigiram uma rápida e eficaz atuação de toda a equipa multidisciplinar. Na UCIC, os diagnósticos mais frequentes foram igualmente o EAM e as disritmias, mas também a Insuficiência Cardíaca Descompensada. Igualmente no SMI, houve oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a doentes críticos de variada índole, como do foro cardíaco, respiratório, politraumatizados, em choque e do foro cirúrgico, tendo sido direcionada a atenção para os diagnósticos mais frequente durante o EC, destacando-se a IR e a Lesão Renal Aguda (LRA), onde houve a oportunidade de experienciar uma prestação de cuidados de enfermagem num ambiente com elevados recursos tecnológicos, o que proporcionou uma prestação de cuidados muito especializada e o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados ao doente crítico, nomeadamente sobre: monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva; intubação e extubação endotraqueal; ventilação invasiva e não invasiva; colocação e manutenção de traqueotomia percutânea; oxigenoterapia de alto fluxo; TSFR; colocação, manutenção e remoção do CVC e cateter arterial; realização e interpretação de gasometria arterial; monitorização do nível de consciência pelo BIS; cuidados inerentes à realização de decúbito ventral; drenagens torácicas e abdominais; realização de pensos cirúrgicos complexos e gestão de terapêutica de forma diferenciada.

A abordagem ao doente em cada um dos respetivos EC foi realizada de uma forma sistematizada, facilitando a gestão de tempo e o reconhecimento precoce da deterioração clínica, para tal, a abordagem sistemática de acordo com o algoritmo ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*) assume e revela-se de extrema importância. Esta abordagem ajuda os profissionais de saúde a focarem-se nos problemas clínicos com maior risco de vida. Num cenário agudo, o uso da metodologia ABCDE pelos membros da equipa,

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

pode economizar tempo valioso e melhorar o desempenho da mesma (Coimbra, 2021). Este foi um método de avaliação e de registo de enfermagem usado principalmente na SE do SU, que facilitou a rápida avaliação e realização de registos completos e sistematizados.

Neste seguimento, é igualmente importante abordar o processo de enfermagem como uma abordagem sistemática e organizada para a prestação de cuidados e que serve como um guia estruturado para os enfermeiros planearem, implementarem e avaliarem os cuidados prestados, assumindo um papel fundamental também nos SU para garantir uma abordagem sistemática, organizada e centrada no doente, promovendo a segurança, qualidade e eficácia no atendimento aos doentes em situações de emergência. (Barros et al., 2022). Segundo os mesmos autores, o processo de enfermagem deverá ser: intencional, sistemático, dinâmico, interativo, flexível e baseado na evidência científica, permitindo uma quantificação das inúmeras vantagens das intervenções de enfermagem, e ainda que deve ser documentado, uma vez que consiste numa exigência ética e legal (Barros et al., 2022)

Relativamente ao anteriormente descrito, ao longo das práticas clínicas foram vivenciadas realidades um pouco distintas, mas que visavam o mesmo fim. No SU, o processo de enfermagem nem sempre assumiu uma forma física e documentada, relacionado com o número elevado de doentes, com emergências imprevistas em que a prioridade era a prestação de cuidados imediatos, pelas interrupções frequentes, e muitas vezes pela dificuldade em obter informações completas sobre os doentes, pelo que escrever o processo de enfermagem era muitas vezes um desafio, no entanto, os princípios do mesmo foram sempre seguidos procurando fazer uma correta priorização dos cuidados e aproveitar todos os momentos disponíveis. Quanto à UCIC e ao SMI, como o ambiente era habitualmente mais controlado, com um rácio enfermeiro/doente maior, onde todos os doentes tinham equipamentos de monitorização contínua, e que permaneciam no serviço por um período de tempo mais prolongado, permitiu realizar avaliações mais detalhadas, planejar os cuidados e documentar o processo de enfermagem de maneira mais completa. Este processo era cíclico, estando sob constante avaliação, para que fosse o mais personalizado e adequado à PSC/família em questão.

Para além da abordagem sistematizada, os sinais vitais constituíram uma importante ferramenta ao longo dos EC, uma vez, que foram demonstrativos de serem fontes de informação que facilmente ajudavam a perceber o grau de deterioração dos doentes. Nos três EC, os serviços eram dotados de sistemas de monitorização contínua, mas destacou-se a UCIC e SMI onde todos os doentes se encontravam sob vigilância contínua. Estes sistemas são muitos úteis na assistência aos doentes e um bom recurso para a gestão dos doentes,

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

não só nas UCI, como também nos SU após a triagem, principalmente nos casos de sobrelotação em que a primeira observação clínica é por vezes demorada (Sousa, 2020) Ao EE na área EPSC, cabe dominar este tipo de ferramentas de forma a antecipar focos de instabilidade e prevenção de complicações, uma vez que os sinais vitais fornecem dados significativos sobre o estado clínico do doente, nomeadamente o pulso e a frequência respiratória e respetivas características, que são dos sinais mais precoces de deterioração (Pinto, et al., 2021). Neste sentido, em relação ao SU, o enfermeiro deve ser detentor de todas as competências que lhe permitam identificar precocemente focos de instabilidade desde o momento da admissão hospitalar, até à alta ou transferência para outro serviço. Por este motivo, vale a pena refletir e perceber o porquê de ser recomendado que todos os enfermeiros que fazem triagem, sejam EE na área EPSC.

Ao nível do SMI e UCIC, ao contrário do que aconteceu no SU, a monitorização de sinais vitais invasiva assumiu um papel mais preponderante e complexo, o que proporcionou o desenvolvimento de competências nas áreas de monitorização contínua, curvas hemodinâmicas e posterior relacionamento com a situação clínica do doente, percebendo que quanto maior é a especificidade da área de cuidado mais específica é a monitorização. Assim, o objetivo da monitorização hemodinâmica é que permita uma análise de tendências para que se possa intervir com o tratamento adequado, de forma a prevenir mais complicações, melhorando o prognóstico do doente (Venturi et al., 2016). A monitorização hemodinâmica e o desenvolvimento de competências na área da vigilância e deteção de focos de instabilidade constituíram-se num desafio muito interessante, procurando uma atuação precoce. Neste sentido, em relação aos algoritmos mais frequentemente usados e observados nos campos de estágios foram o de SAV, o de tratamento da bradiarritmia, da taquiarritmia e da hipercaliemia. Neste contexto, as situações de emergência podem gerar bastante confusão, nervosismo e conflito, afetando a eficiência da reanimação, não sendo por si só suficiente o domínio dos algoritmos, mas também o treino da equipa, o que permite melhorar a autoconfiança, a destreza e consequentemente o tempo de atuação (Fernandes, 2016).

No que concerne à administração de protocolos terapêuticos, esta, por exigir uma prescrição prévia, assume-se como uma intervenção interdependente, já a sua gestão surge como intervenção autónoma, uma vez que, as intervenções autónomas são aquelas que o enfermeiro é totalmente responsável pela prescrição, execução e avaliação (OE, 2015). A gestão de protocolos complexos para a prevenção de complicações foi um aspeto trabalhado, nos contextos EC, pelo que, no SU houve a oportunidade de gerir protocolos terapêuticos complexos através da administração de medicação de urgência, como por exemplo: morfina, fentanilo, cloreto de potássio, insulina, aspirina, furosemida, entre outros, prevendo de forma

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

precoce possíveis complicações que poderiam emergir da implementação desses protocolos, monitorizando e avaliando a adequação das respostas aos problemas identificados. Houve ainda outras oportunidades de gerir diversos protocolos terapêuticos complexos, neste contexto específico da prática, nomeadamente em admissões de Via Verde AVC e Coronária, bem como em situações de doente com hipercaliemia, hipoglicémia e cetoacidose diabética. No contexto da UCIC, destacou-se a administração de medicação específica, como por exemplo: levosimendano, noradrenalina, propofol, amiodarona, nitroglicerina, dinitrato de isossorbida, ticagrelor, clopidogrel, aspirina, entre outros. Neste seguimento, na prática clínica no SMI, foram igualmente desenvolvidos conhecimentos e competências sobre a gestão de protocolos terapêuticos complexos como a administração de potássio em situações de hipocaliemia; insulino-terapia e nutrição entérica no doente crítico; TSFR com anti coagulação com citrato; administração de medicação vasoativa e de sedo-analgésia com monitorização e avaliação constantes, procurando ajustar frequentemente a terapêutica, através da avaliação da Pressão Arterial Invasiva, do RASS e BPS respetivamente, no sentido e proporcionar-lhes maior conforto e adaptação.

A gestão diferenciada da dor e do bem-estar é um elemento importante nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em EPSC. A dor está quase sempre presente na PSC e a sua manifestação está relacionada quer com a patologia, quer com os vários procedimentos invasivos e não invasivos (Batalha, 2016). Durante os EC e de acordo com Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor, emanado em 2017 pela DGS, procurou-se fazer sempre uma avaliação sistemática da dor em todos os doentes. A Escala Visual Numérica é preconizada na autoavaliação da dor em doentes que comunicam e que quando comparada com as outras escalas está descrita como a mais fidedigna e objetiva (Watson, 2022). Nas situações de criticidade onde as pessoas estão sob sedação e ventilação mecânica, a avaliação da dor requer além de perícia e treino dos profissionais, instrumentos dirigidos para as alterações comportamentais provocadas pela dor, pelo que o enfermeiro deve fundamentar-se na observação dos indicadores fisiológicos e comportamentais da dor (Carvalho, 2018). Neste sentido no SU e na UCIC foram utilizadas essencialmente a escala visual numérica, já no SMI foi utilizado maioritariamente a escala comportamental BPS, em que se avaliava três itens comportamentais, a expressão facial, os movimentos dos membros superiores e a adaptação ventilatória. Neste âmbito, importa ainda refletir que no SU, estando preconizado uma avaliação da dor no mínimo por episódio, no entanto, nem sempre foi possível ser avaliada de forma correta, associada ao facto de o ambiente de urgência marcado por uma elevada afluência promover a adoção de metodologias de trabalho que resultam em falhas de avaliação e reavaliação da dor. Esta reflexão assume uma maior dimensão quando

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

se verifica que segundo Figueira, Amaral e Carmo (2022), a dor é a queixa mais apresentada na triagem nos SU. De acordo com Kotfis, Zegan-Barańska, Szydłowski, Zukowski & Ely (2017), durante o internamento numa UCI cerca de 40 a 70% dos doentes críticos sentem dor moderada a severa, sendo que 30% experienciam a dor em repouso e 50% durante a prestação de cuidados (posicionamentos, aspiração de secreções, cuidados às feridas, remoção de drenos, inserção de cateteres e intubação endotraqueal). Souza, Oliveira e Silva (2019) complementam ainda, que a dor é agravada pelo medo, ansiedade e dificuldade de comunicação, sublinhando que no contexto de cuidados intensivos, a dor se manifesta de uma forma proporcionalmente superior, uma vez que estes doentes experienciam maioritariamente situações limite da sua lesão ou doença. Daqui se depreende a importância atribuída à avaliação deste parâmetro vital no ambiente do SMI.

Na gestão e no controlo da dor, é igualmente importante conhecer e aplicar medidas não-farmacológicas. Segundo a OE (2008), no Guia Orientador de Boa Prática acerca da Dor é recomendado que as medidas não farmacológicas surjam como complementaridade das medidas farmacológicas e não em sua substituição e devem ser selecionadas de acordo com os objetivos do tratamento e a evidência científica. Estas englobam cuidados como a alternância de decúbitos no leito para maior conforto, técnicas de distração, toque terapêutico e o cuidado com o ambiente envolvente da PSC.

A gestão da comunicação interpessoal com a pessoa e família requer que o enfermeiro seja detentor e domine algumas técnicas de comunicação que ajudem a minimizar o impacto negativo que as mudanças forçadas possam provocar. Estes são inclusive elementos importantes referidos nos padrões de qualidade de cuidados especializados em EPSC no que respeita à satisfação do doente (OE, 2017). Uma comunicação eficaz, clara e fluída é um elemento facilitador no processo de transição de saúde/doença para o doente e família. A maioria dos doentes que passaram na UCIC durante o tempo em que foi realizado o EC realizaram cateterismo cardíaco. Este, é o principal procedimento diagnóstico e terapêutico para a doença coronária aguda e apresenta um baixo risco de mortalidade, contudo, doentes submetidos a este procedimento experienciam uma sobrecarga psicológica antes, durante e após o mesmo (Tobin, 2021). No sentido de tentar reduzir a ansiedade e o medo ao doente é importante que se utilizem estratégias de comunicação, identificando as necessidades e problemas atuais do doente e família, agindo de modo promover o desenvolvimento e aplicação de estratégias de *coping* (Mendes, 2020). O EE em EMC além de todos os cuidados complexos que presta na vertente técnica, assume também um papel preponderante e de grande exigência na vertente humana da comunicação. Daí, ser capaz de estabelecer uma relação empática e de confiança com a pessoa e família e que acaba por ser o ponto de

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

partida para que tudo o resto se desenrole de maneira terapêutica. Desta forma, sempre que o doente tivesse necessidade de ser submetido a algum procedimento, procurou-se participar na sua preparação de forma a obter o seu consentimento informado e promovendo a expressão de sentimentos, escutando ativamente, esclarecendo dúvidas e desmistificando conceitos. É imperativo que os enfermeiros criem estratégias de comunicação na prestação de cuidados à pessoa e sua família, pois a comunicação é uma ferramenta que visa a melhoria e a excelência dos cuidados de enfermagem (Camelo, 2012).

A maior dificuldade na comunicação surge quando a PSC não consegue comunicar verbalmente. Neste sentido, a comunicação com o doente crítico, está muitas vezes comprometida, associada a processos de sedação e/ou curarização, entubação endotraqueal, traqueostomia, entre outros. Tal acontecimento foi mais comum em contexto de SE no SU e no SMI, daí que durante os EC, procurando estabelecer uma relação empática e de confiança com a PSC/família, tornou-se imperativo desenvolver estratégias para ultrapassar essas barreiras, utilizando como exemplos a comunicação escrita, visual e gestual. Quando nos deparamos com limitações/barreiras à comunicação aquando da prestação de cuidados, atribuímos outro valor à comunicação. Aí torna-se evidente o quão importante é o enfermeiro ser capaz de desenvolver competências pessoais, atitude de empatia e respeito pela pessoa, por forma a aplicá-los visando obter uma relação terapêutica, alcançando assim a humanização dos cuidados (Anguita et al., 2019).

Relativamente a outro ponto essencial da comunicação, temos a transmissão de más notícias, que se apresenta como uma situação inegável em contexto de SE de um SU e em UCI. Este momento traduz-se em grande fragilidade da própria pessoa, mas também da família, que recorrentemente manifesta sentimentos como: negação, incerteza, angústia e tristeza; vivenciando esta experiência com grande intensidade (Pires, 2020), requerendo por esse motivo o estabelecimento de uma relação terapêutica por parte da equipa multidisciplinar que permita à PSC/família o sentimento de acompanhamento.

O cenário complexo inerente a uma transferência intra-hospitalar para a realização de meios complementares de diagnóstico foi também experienciado, destacando-se em particular para a realização de Ressonância Magnética, exigindo um pensamento crítico baseado em ações antecipatórias, relacionados com os próprios equipamentos, mas principalmente pelo estado hemodinâmico do doente. São sempre momentos de alguma tensão pelos riscos associados, exigindo uma perfeita coordenação e comunicação entre a equipa multidisciplinar. Durante as semanas em que decorreram os EC, não houve nenhuma oportunidade de contatar com uma situação que envolvesse a doação de órgãos, no entanto, no sentido da aquisição de

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

competências nesta área foi feita leitura do Protocolo de atuação no SMI perante possíveis/potenciais dadores de órgãos e feitas reflexões com as enfermeiras orientadoras.

Os ambientes críticos marcados por situações de transição saúde/doença para a pessoa/família, exigem ao EE a compreensão de todas as dinâmicas de transições e a sua preparação para assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica. Os EC revelaram-se bastante importantes para desenvolver a capacidade de compreensão das diversas reações emocionais, refletir sobre elas, e assim conseguir-se estabelecer uma relação terapêutica mais segura e diferenciadora.

2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

A ocorrência de cenários de catástrofe ou de exceção ocorrem diariamente por todo o mundo, constituindo-se como uma ameaça à saúde pública, frequentemente associados a um elevado número de mortes, feridos, danos e destruição de infraestruturas, sofrimento de indivíduos, famílias e comunidades e ainda perdas de meios de subsistência (*World Health Organization* (WHO), 2017). Pelo que, o EE deve possuir competências específicas que lhe permitam conceber, planear e gerir a resposta de forma pronta e sistematizada, com eficácia e eficiência (OE, 2018). Neste âmbito, a DGS (2010) afirma que pela possibilidade de ocorrência de uma situação destas, que implique um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes, é imperativo que as instituições de saúde possuam um plano para dar resposta a qualquer um dos cenários que possa ocorrer.

Nas situações multivítimas, a organização da resposta hospitalar para tratar os doentes mais graves ao nível das UCI constitui um desafio e devem estar preparadas para uma eventual catástrofe, seja a nível interno ou externo, onde seja necessário evacuar os doentes internados e que toda a equipa que trabalha no serviço deve conhecê-lo, possibilitando melhores cuidados ao doente em situações de catástrofe (Patoleia, 2017).

Os EC foram desenvolvidos em duas ULS distintas e uma das atividades desenvolvidas para dar resposta a esta competência, foi a leitura dos Planos de Catástrofe Externa das unidades hospitalares e os Planos de Contingência dos respetivos serviços. Transversalmente às duas instituições, os planos identificavam e avaliavam os riscos/vulnerabilidades das regiões que abrangiam e descreviam a reorganização da unidade hospitalar em caso de catástrofe. Clarificando ainda as funções de cada elemento na organização das equipas em situação de catástrofe. O objetivo principal dos planos de emergência visa garantir uma atuação eficaz em

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

caso de receção multivítimas, reduzindo a sua mortalidade e morbidade. De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, uma das competências atribuídas a este domínio é a conceção dos planos de emergência e catástrofe, e articulação como nível estratégico. Ambos os planos foram elaborados com a participação estratégica de vários elementos, dos vários setores dos hospitais. O conhecimento dos planos assume extrema importância para cada elemento estar preparado para a possibilidade de atuação e intervenção em situação de catástrofe. Os planos são ativados de forma gradual de acordo com a cadeia de comando e assenta em três fases: alerta, alarme e execução. Após a sua ativação a triagem dos doentes é realizada de acordo com os princípios da triagem START (*Simple Triage And Rapid Treatment*) em que todos os doentes admitidos são avaliados de acordo com algoritmo que permite a avaliação do doente até 60 segundos. Nesse sistema, são utilizados os critérios como deambulação, frequência respiratória, preenchimento capilar, pulso radial e obediência a comandos. Ao examinar cada critério, o doente será triado de acordo com a prioridade vermelha, amarela, verde ou preta (Franco, 2021). Para aplicação desse plano, o SU possuía um Armário de Catástrofe, situado no Gabinete da coordenação com os respetivos *kits* de catástrofe devidamente numerados de forma sequencial, constituídos por: impresso de catástrofe; quatro pulseiras com as respetivas cores de acordo com os algoritmos de triagem primária e secundária; requisições de análises, sangue, e exames de imagem; envelope e impresso de espólio numerado; e etiquetas numeradas. Das reflexões realizadas com os enfermeiros orientadores, constatou-se que a divulgação dos planos e a criação de procedimentos de atuação não são muitas vezes suficientes, havendo escassez de conhecimento e falta de preparação nesse âmbito. O que vai ao encontro das afirmações de Figueiredo (2021), que refere que existe evidência de lacunas na preparação dos enfermeiros perante a catástrofe, realçando que o treino é uma forma efetiva para aquisição de competência e conhecimento, tal como é a divulgação do plano de catástrofe do local de trabalho. E ainda, que o treino simulado permite melhorar a confiança, familiaridade com a reposta à catástrofe, assim como, permite perceber quais as necessidades formativas para preparação em catástrofe. Apesar das iniciativas crescentes de preparar os enfermeiros para quaisquer situações que possam surgir, as evidências sugerem falta de preparação na resposta a desastres, como descrevem Fernandes et al. (2019). Os enfermeiros devem estar munidos de competências e habilidades para lidar com uma situação de catástrofe e satisfazer as necessidades das comunidades que servem (Patoleia, 2017).

Outra particularidade de interesse de reflexão neste domínio de competência é sobre a equipa EEMI, que se constatou que existia nas duas unidades hospitalares onde foram desenvolvidos os EC. Tratava-se de uma equipa formada por médico anestesista e um enfermeiro adictos

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

ao SU no caso da primeira unidade hospitalar e na segunda por um médico intensivista e um enfermeiro pertencente ao SMI. Em ambos os casos com formação específica e cursos certificados dirigidos para as funções que desempenhavam, tais como curso de SAV e Trauma. A EEMI era ativada telefonicamente através do número 2222, em casos de deterioração do doente conforme o apresentado pela DGS na Circular Normativa nº 15/DQS/DQCO de 2010, atualizada em 2018, que segue um modelo baseado em sistemas de resposta que incluem a existência de uma equipa dedicada aos doentes críticos ou em risco de se tornarem críticos em qualquer espaço do hospital.

Nas situações de exceção, estão ainda incluídas as práticas forenses e preservação de provas, assim o enfermeiro deve também prestar cuidados de forma a preservar os vestígios de indícios de prática de crime (OE, 2018). Neste sentido, os enfermeiros são os profissionais adequados para realizar o acolhimento da pessoa, tornando-se necessária a sua capacitação e sensibilização através da aquisição de conhecimentos e do treino no seio das equipas de enfermagem (Gomes, 2016). Pelo que, é exigido aos enfermeiros que possuam conhecimentos e competências profissionais para lidar com situações forenses, conhecer o sistema legal e saber como documentar, preservar e recolher vestígios, de forma a cooperar com as entidades competentes (OE, 2021). Consequentemente, os erros na identificação, recolha e preservação de vestígios, por falta de conhecimento/formação, podem comprometer os resultados da investigação criminal (Santos, 2013). Neste sentido a DGS (2016, p.98), afirma que os profissionais de saúde devem prestar cuidados “centrados numa perspetiva reparadora das lesões causadas, tanto sob o ponto de vista físico, como psicológico e emocional”, sendo importante “melhorar o conhecimento e competências técnicas na matéria por parte dos profissionais, incluindo o fortalecimento das capacidades de trabalho cooperativo.” A situação forense vivenciada em EC apesar de ter sido um desafio, acabou por ser uma oportunidade de fazer a diferença junto da pessoa e família, procurando ouvi-las em ambiente seguro, permitindo a sua privacidade e bem-estar. Foi procurado igualmente comunicar-lhes sobre todos os recursos que estavam disponíveis e como ter acesso a eles, efetuando vários ensinamentos no sentido de promover um ambiente seguro e saudável e prevenir situações futuras. A prestação de cuidados coloca-nos assim, muitas vezes face a situações problemáticas que se caracterizam pela imprevisibilidade e pela incerteza, e que exige a mobilização de um conjunto de competências e saberes próprios para sermos capazes de responder de modo adequado.

Neste domínio, pelas situações vivenciadas, pela necessidade de consultar os planos das instituições e dos serviços, bem como as recomendações da DGS, facilitou a aquisição de competências nesta área, embora durante os períodos em que se desenvolveram os

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

diferentes EC não se ter verificado nenhuma situação em que fosse necessário ativar o Plano de emergência, considerando no entanto, de primordial importância de que tudo deve estar preparado e treinado, antecipadamente, para a que a atuação dos profissionais seja célere e coordenada.

2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência aos 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

Ao nível das unidades hospitalares, as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos constituem-se como problemas de extrema importância, traduzindo graves impactos na população como o aumento da mortalidade, da morbilidade e do tempo de internamento, e conseqüentemente um aumento dos gastos em saúde (DGS, 2018). Esta problemática traduz-se numa das preocupações com grande relevância para as unidades de saúde, motivo pelo qual um dos objetivos definidos no PNSD 2021-2026, consiste na prevenção e controlo das infeções e das resistências aos antimicrobianos.

O ato de cuidar da PSC exige cada vez mais tecnologia e, com isso, técnicas e procedimentos invasivos que, se por um lado constituem o suporte vital do doente, por outro aumentam o risco de infeção (Silva, 2014). As IACS são uma problemática inerente às unidades hospitalares, mas mais especificamente às UCI, sendo considerado o serviço hospitalar onde a sua prevalência é maior (*European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)*, 2019). Neste sentido, segundo a OE o EE na área de EPSC deve responder “eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos” (OE, 2018, p. 19362).

As duas ULS onde os EC se desenvolveram regem-se pelas normas e diretrizes emanadas pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), tendo sido efetuada consulta das normas e procedimentos das instituições e dos respetivos serviços, procurando uma prestação de cuidados de enfermagem que fossem ao encontro desses procedimentos e dos circuitos definidos.

A prevenção da transmissão cruzada de IACS é um objetivo a concretizar através de Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) e de um conjunto de boas práticas desenvolvidas e padronizadas (DGS, 2018). Durante os EC, as PBCI foram sempre adotadas, prestando cuidados individualizados, com materiais individualizados, evitando a transmissão cruzada de infeção. Procurando sempre, para além do cumprimento dos protocolos

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

instituídos, contribuir para a atualização e implementação de medidas com vista à melhoria dos cuidados, e neste sentido, foram igualmente feitas reflexões com os enfermeiros orientadores em particular sobre a triagem dos resíduos hospitalares de acordo com o Decreto-Lei nº 102-D/2020 e o Despacho nº 242/96 do MS, e sobre a higienização das mãos e feita pesquisa das respetivas orientações na Norma nº 007/2019 da DGS, procurando direcionar as intervenções, tendo por base as melhores práticas em termos de evidência científica.

Durante as práticas clínicas, foi visível a preocupação dos serviços em ter sempre disponível todos os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) que pudessem ser necessários para a prestação segura de cuidados. O tipo de EPI foi sempre calculado consoante o risco de infeção e tendo em conta o cuidado a ser prestado, que vai ao encontro do que a Norma n.º 029/2012 da DGS preconiza, referindo que “na admissão à unidade de saúde, deve assumir-se que todo o doente está potencialmente colonizado ou infetado com microrganismos “problema” e podem constituir-se reservatório ou fonte potencial para transmissão cruzada de infeção” (DGS, 2012, p. 3).

Relativamente à colocação dos doentes, constatou-se que a distância entre as unidades na UCIC e no SMI era respeitada. Este é um cuidado importante na prevenção de IACS, uma vez que a DGS (2018) remete para o facto de que as características físicas e funcionamento dos serviços, tais como a constituição das equipas de saúde, a sobrelotação dos serviços, o número reduzido de quartos individuais, a distância insuficiente entre camas, são alguns dos fatores que contribuem para a potenciação do risco de transmissão cruzada de microrganismos em contexto hospitalar. Seguindo esta linha de pensamento, torna-se compreensível que esta não é uma medida fácil de se pôr em prática em contexto de SU, onde nem sempre é possível respeitar a distância entre as macas, uma vez que, dada a elevada afluência para um espaço físico limitado, acabam por ficar dispostas de forma sequencial e próxima. No entanto, observou-se durante o EC no SU que havia a preocupação em transferir os doentes para o internamento de forma a permanecerem o menos tempo possível no serviço, bem como haviam esforços na criação de condições necessárias para a prevenção da infeção, e sempre que possível procediam à colocação de um biombo por forma a tentar isolar e separar os doentes uns dos outros, verificando-se igualmente a existência de vários pontos com solução alcoólica disponíveis, incluindo a colocação de suportes em cada maca para o respetivo antisséptico, bem como, possuírem cortinas descartáveis com proteção antimicrobiana, 4 quartos de isolamento e áreas destinadas a doentes com queixas respiratórias, que foram desta forma bastante facilitadoras da aplicação das medidas de isolamento para o controlo da infeção cruzada. Na UCIC, não existindo quartos de isolamento,

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

os doentes infetados eram sinalizados e a prevenção fazia-se através da utilização de cortinas separadoras, mantendo o correto distanciamento e isolamento de resíduos, e utilizando corretamente os EPI, a higienização das mãos com solução antisséptica de base alcoólica disponível junto do doente e em pontos estratégicos do serviço, o manuseamento seguro da roupa ou recolha segura de resíduos conforme indicação da Norma n.º 029/2012 da DGS (2013). No SMI, eram igualmente tidas em conta todas estas medidas preventivas, mas havendo quartos de isolamento pressurizados, os doentes com maior risco de transmissão de infeções eram lá colocados ou em unidades mais resguardadas associadas à respetiva sinalética.

As infeções, nomeadamente as provocadas *Staphylococcus Aureus* resistente à Meticilina (MRSA), a nível hospitalar são responsáveis por um acréscimo no número de dias de internamento e da mortalidade resultantes das infeções hospitalares (DGS, 2014). De modo a diminuir estes números, a DGS emanou a norma de prevenção e controlo de colonização e infeção por MRSA. Em relação ao SU, verificou-se inclusive que existia um protocolo institucional de realização de rastreios de Enterobacteriaceas Resistentes aos Carbapenemes (CRE) e MRSA neste serviço antes de irem para o internamento, de acordo com a Norma nº 018/2014 (DGS, 2015), a fim de detetar precocemente possíveis situações de contaminação e infeção cruzada e assim, impedir a sua disseminação. Também neste âmbito, no SMI, no momento de admissão, todos os doentes eram submetidos a um conjunto de exames laboratoriais para o auxílio no diagnóstico precoce de infeção e para avaliar o risco de transmissão de agentes infecciosos, pelo que era efetuada colheita de sangue para hemoculturas e de urina para urocultura, zaragatoa nasal para pesquisa de MRSA e perianal para pesquisa de CRE, e exames bacteriológicos de secreções. E a todos os doentes internados eram prestados cuidados de higiene com clorexidina a 0,2%, nos primeiros 5 dias de internamento, independentemente do resultado. O objetivo era, portanto, a vigilância, a monitorização e a deteção precoces de focos de infeção no doente e assim fornecer dados para a vigilância epidemiológica.

Em relação a outras PBCI, durante os EC constatou-se que havia igualmente grande preocupação por parte dos serviços e dos profissionais em relação à higiene das mãos, etiqueta respiratória, descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e exposição a agentes microbianos no local de trabalho. Todas estas práticas, tal como a Norma n.º 029/2012 da DGS defende, destinam-se a prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não. Estas medidas devem ser aplicadas a todos os doentes, independentemente de se conhecer ou não o seu

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

estado de infeção, e foi isso que foi observado e também colocado em prática ao longo das práticas clínicas.

Relativamente ao ambiente do doente, a DGS preconiza a limpeza e descontaminação diárias, essencialmente nas superfícies e dispositivos de contacto frequente/objetos de utilização comum, pelo menos uma vez turno. Pôde-se observar este cuidado em cada turno pelos assistentes operacionais, tanto na UCIC como no SMI. No entanto, no SU nem sempre foi exequível ao longo da prática clínica, uma vez que a carga de trabalho era muito superior ao número de assistentes operacionais disponíveis para a executar, verificando-se, no entanto, a utilização de toalhas desinfetantes descartáveis sempre que possível.

A DGS emite anualmente um relatório de atividades do PPCIRA, e em relação às UCI revela que houve uma tendência crescente de Pneumonia associada ao tubo endotraqueal e de Bacteriemia associada a CVC nos anos 2019-2020 em comparação com o período 2015-2019 (DGS, 2022). No SMI, constatou-se que existia uma preocupação crescente com esta problemática e eram implementadas todas as indicações presentes na Norma da DGS nº 21/2015 atualizada a 30/05/2017, referente ao “feixe de Intervenções” de Prevenção da PAI. O mesmo se verificou com a Norma nº 022/2015 de 16/12/2015 do “feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com CVC e ainda com a Norma nº 019/2015 de 15/12/2015 atualizada a 30/05/2017, do “feixe de Intervenções” da Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical. Na UCIC, no que respeita ao cumprimento de normas, e de acordo com o “feixe de intervenções” de Prevenção de Infeções de Local Cirúrgico, que preconiza que o antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica seja administrado dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica (DGS, 2015), pelo que se verificou que houve sempre a preocupação da sua administração ao doente com indicação para colocação de *pacemaker*, tendo sido observado ainda que passou também a ser efetuado o banho do doente com sabão antimicrobiano (clorexidina a 2%) na noite anterior ao dia da cirurgia e no próprio dia cerca de 2 horas antes da cirurgia, o que demonstra uma abertura e disponibilidade para a mudança de comportamentos em função das boas práticas.

A aplicação dos feixes de intervenções agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, assim, no que respeita às intervenções de enfermagem nesta área, as auditorias e revisões periódicas dos mesmos são um pilar de atuação (DGS, 2022). Neste sentido, no SMI pôde-se constatar que eram realizadas observações mensais das práticas relacionadas com as hemoculturas, a manutenção do CVC ou cateter vesical e dos doentes com tubo endotraqueal, e realizado registo diário em *BSimple*® onde estavam refletidas as intervenções realizadas sobre cada feixe de intervenção.

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Em relação à família do doente, tanto na UCIC como no SMI, o período e o número de visitas era muito restrito, no entanto, procurou-se demonstrar disponibilidade, realizando ensinamentos sobre as precauções a respeitar, assim como disponibilizar todo o equipamento de proteção e informar sobre a forma correta da sua utilização.

Assim sendo, constata-se que o percurso formativo foi desenvolvido de forma a seguir sempre com as normas de segurança e de prevenção e controlo de infeção, cumprindo para isso com as PBCI para todos os doentes cuidados durante os EC, independentemente do contexto. Procurando maximizar estas mesmas intervenções para o controlo de infeção, com o objetivo de obter a excelência dos cuidados prestados.

No âmbito desta competência, sabendo que cabe ao EE em EPSC, a responsabilidade de conceder e planificar estratégias com vista a redução das infeções que poderão ocorrer na prestação de cuidados, com o objetivo de eliminar ou diminuir essas mesmas infeções através da realização de momentos de observação, supervisão das circunstâncias de adesão às boas práticas e melhoria através dos momentos de formação contínua, procurou-se manter as boas práticas no que respeita à prevenção e controlo da infeção, procurando desempenhar um papel ativo e que fosse promotor da mudança de comportamentos no processo do cuidar.

PARTE II - PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

3. PROJETO DE INVESTIGAÇÃO/AÇÃO

O Enfermeiro do Serviço de urgência e os cuidados pré-operatórios: Proposta de melhoria

Andreia Domingues^{1*}; Cátia Santos²

¹Unidade de Saúde Local de Leiria, Leiria; Instituto Politécnico de Leiria, Leiria, Portugal;

²Center for Innovative Care and Health Technology (ciTechCare), Instituto Politécnico de Leiria, Leiria, Portugal.

*Correspondência para: 5220167@my.iplleiria.pt

RESUMO

Enquadramento: Os cuidados de enfermagem pré-operatórios são um alicerce de todo o processo de cuidados peri operatórios e a sua importância reflete-se em termos de segurança e de melhoria da qualidade de vida da pessoa submetida a uma cirurgia.

Objetivo: Uniformizar os cuidados de enfermagem à pessoa com necessidade de cirurgia urgente/emergente, para melhorar a eficácia da preparação pré-operatória.

Metodologia: Estudo de investigação/ação e observacional, que envolveu os enfermeiros do serviço de urgência e os doentes com necessidade de cirurgia urgente/emergente. O projeto foi realizado em quatro fases, primeiramente foi aplicado um questionário com o objetivo de identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na preparação pré-operatória, posteriormente foi realizada uma formação à equipa e aplicado novo questionário para validar a eficácia da formação, e por último foi avaliada a incidência de registo em SClinico® do protocolo de verificação pré-operatória.

Resultados: Os resultados obtidos indicam que as principais dificuldades identificadas pelos enfermeiros na realização dos cuidados pré-operatórios, foram a gestão do tempo para a realização dos cuidados pré-operatórios, a falta de privacidade e a falta de espaço adequado. E que houve um aumento do número de registos em SClinico® do protocolo de verificação pré-operatória, posteriormente à formação.

Conclusão: As evidências obtidas permitem afirmar que a formação contínua é de vital importância para a segurança do doente e para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem pré-operatórios; Cirurgia urgente; Enfermeiros, Serviço de urgência; Segurança do doente.

ABSTRACT

Background: Preoperative nursing care is the foundation of the entire perioperative care process and its importance is reflected in terms of safety and improving the quality of life of the person undergoing surgery.

Objective: To standardize nursing care for people requiring urgent/emergent surgery, to improve the effectiveness of preoperative preparation.

Methodology: This was an observational research/action study involving emergency unit nurses and patients requiring urgent/emergency surgery. The project was carried out in four phases: first, a questionnaire was administered to identify the difficulties experienced by nurses in preoperative preparation, then training was given to the team and a new questionnaire was administered to validate the effectiveness of the training, and finally the incidence of recording the preoperative verification protocol in SClínico® was assessed.

Results: The results show that the main difficulties identified by the nurses in carrying out preoperative care were time management, lack of privacy and lack of adequate space. And that there was an increase in the number of records in SClínico® of the preoperative verification protocol after the training.

Conclusion: The evidence obtained shows that continuous training is of vital importance for patient safety and the provision of quality nursing care.

Keywords: Preoperative nursing care; Urgent surgery; Nurses; Emergency department; Patient safety.

INTRODUÇÃO

O aumento da esperança média de vida, a complexidade das diversas patologias, o desenvolvimento de novas tecnologias e a constante atualização de protocolos de atuação, exigem ao enfermeiro que presta cuidados ao doente crítico, uma necessidade constante de atualização de conhecimentos teórico-práticos e de competências técnicas (Coimbra, 2021). No contexto de urgência, os processos de tomada de decisão são encarados como um grande desafio, não só pela necessidade de uma rápida identificação das necessidades do doente, como também, pela proficiência das intervenções, advindo novos desafios na garantia da qualidade e na segurança dos cuidados (Relvas, 2018).

A segurança do doente constitui um dos alicerces indissociáveis da qualidade em saúde, que pressupõe cuidados de saúde acessíveis, oportunos, seguros, eficazes, centrados na pessoa, integrados, eficientes e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do indivíduo (WHO, 2020).

Sendo a segurança do doente uma prioridade mundial em todos os contextos de prestação de cuidados, a preocupação com esta temática é particularmente relevante no âmbito cirúrgico, reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um dos contextos onde os incidentes de segurança ocorrem com mais frequência (WHO, 2017).

A procura pela segurança do doente conduz à uniformização da prática, ao aumento da produtividade e da qualidade, e a uma redução nos custos e nos eventos indesejáveis, com incremento na satisfação do enfermeiro e do doente (Coimbra, 2021).

A importância do tratamento cirúrgico tem sido cada vez mais reconhecida a nível mundial em virtude dos grandes benefícios proporcionados aos doentes, como a cura de diversas patologias e a redução da morbimortalidade, conferindo um aumento da longevidade e da qualidade de vida (Faria, Moreira, Carbogim & Bastos, 2022).

A cirurgia segura envolve assim, medidas adotadas para redução do risco de eventos adversos que podem acontecer antes, durante e depois do procedimento cirúrgico (período peri operatório). Neste sentido a OMS elaborou a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC), concebida para reforçar práticas de segurança e promover uma melhor comunicação e trabalho de equipa, melhorando assim a segurança cirúrgica, reduzindo mortes e complicações cirúrgicas evitáveis (WHO, 2009).

A segurança é assim, considerada um indicador de qualidade dos cuidados de saúde e um dos pontos avaliados em processos de acreditação, sendo obtida através de medidas consideradas simples, como os protocolos de verificação pré-operatórios onde consta a

identificação e informações relevantes do doente (Hoepers, Baccin, Dagostin, Zugnio. & Salvaro, 2021).

Este estudo surgiu assim, no âmbito das metas internacionais estabelecidas para a segurança do doente que englobam as cirurgias seguras e a redução do risco de infeções associadas aos cuidados de saúde, que se constituem como prioridades para a instituição, de acordo com as orientações da OMS, da Direção-Geral da Saúde (DGS) e da *Joint Commission Internacional (JCI)*.

Assim sendo, este estudo teve como objetivo geral uniformizar os cuidados de enfermagem à pessoa com necessidade de cirurgia urgente/emergente, para melhorar a eficácia da preparação pré-operatória.

Dentro do planeamento e da efetivação do plano de cuidados ao doente com necessidade de intervenção cirúrgica urgente/emergente, aplicando a Lista de Verificação Pré-operatória (LVPO) o enfermeiro tem um papel muito importante, e é neste ponto que este trabalho pretende incidir. Neste sentido, e segundo Coutinho (2014), pretende ser um estudo investigação/ação, uma vez que tem a intenção de proporcionar uma melhoria dos cuidados prestados ao indivíduo.

ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O enfermeiro no exercício da sua atividade profissional, baseado em conhecimentos científicos, desenvolve competências que lhe permitem assistir e cuidar do doente de forma holística e individualizada, ao longo de todo o processo de vida do indivíduo. Quando o doente necessita de uma cirurgia, e esta é marcada, diz-se que o mesmo se encontra no período peri-operatório, que compreende as fases pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória (OE, 2018). Neste sentido, a abordagem ao doente cirúrgico não deve passar apenas pela cirurgia em si, mas por uma preparação pré-operatória onde são contemplados os aspetos físicos, psicológicos, espirituais e sociais, que são essenciais para o êxito de todas as fases que compõem o processo cirúrgico, pelo que deve ser encarado como um momento privilegiado para a transmissão de informação ao doente, visando uma correta preparação para a cirurgia e promovendo a colaboração do mesmo nos cuidados pós-operatórios (Mendes, Ferrito & Gonçalves, 2020).

A realidade dos SU está por norma associada a uma rotina acelerada de atendimento, a um ambiente de stress e tensão, onde todos os envolvidos quer sejam os doentes, os familiares ou a equipa de saúde estão vulneráveis à ansiedade e à angústia da vida e da morte (Radaelli,

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Costa, & Pissaia, 2019). A situação de urgência/emergência associada à necessidade de cirurgia constitui uma alteração súbita de um estado de saúde para um estado de doença, com impacto na qualidade de vida, nas rotinas, nos papéis e nas realizações da pessoa e da sua família. Neste seguimento, o Bloco Operatório (BO) consiste num espaço que, dentro da instituição hospitalar é habitualmente desconhecido, estando associado à perda de consciência e a procedimentos invasivos e dolorosos, transmitindo igualmente sentimentos de angústia, ansiedade, insegurança e a possibilidade de dependência, principalmente nas intervenções cirúrgicas urgentes/emergentes que implicam modificações repentinas nos hábitos de vida, no autocontrolo e na autonomia, desencadeando desequilíbrios fisiológicos, psicológicos e sociofamiliares, contribuindo para alterações na estrutura familiar, social e laboral (Esteves, 2019).

A intervenção cirúrgica caracteriza-se assim, como um procedimento invasivo e muitas vezes traumático para a pessoa, exigindo preparação e cuidados precoces. Pelo que a informação que o doente possui é fulcral para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem que são prestados à pessoa em situação peri operatória (Gonçalves & Cerejo, 2020). Assim, um doente mais informado, mais motivado, mais participativo terá tendencialmente uma experiência cirúrgica mais positiva. Neste sentido, os níveis de satisfação com os cuidados de enfermagem aumentam e é reconhecida a importância de o doente integrar o plano de cuidados de enfermagem pré-operatórios no percurso de todo o processo cirúrgico. Para além disso, a formação específica dos enfermeiros parece influenciar também esta tendência de os doentes recuperarem a sua autonomia mais precocemente, promovendo a obtenção de melhores resultados em saúde e a redução de complicações pós-operatórias (Mendes, 2021).

O período pré-operatório é um momento importante, que pode facilitar ou pelo contrário dificultar o posterior relacionamento e adaptação do doente à sua nova situação (Gonçalves, Cerejo & Martins, 2017). Onde intervenções como a colheita de dados, a avaliação de sinais vitais, a avaliação do jejum, a colocação de roupa estabelecida pela instituição, o retirar de próteses/adornos são considerados elementos-chave da avaliação pré-operatória (Christóforo e Carvalho, 2009; Andrade, 2018). No entanto, tem igual importância a explicação a dar ao doente sobre o procedimento cirúrgico e a disponibilidade para esclarecer as dúvidas existentes (Breda & Cerejo, 2021; Nascimento & Nascimento, 2023).

Pela complexidade inerente ao período peri operatório e à habitual condição crítica dos doentes nos SU, caracterizam-se por serem contextos propícios ao erro e à ocorrência de eventos adversos. Na circunstância de uma pessoa em situação crítica ter necessidade de

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

ser submetida a cirurgia urgente/emergente, a cadeia do erro pode ser despoletada por pequenas falhas que, em conjunto se traduzem em efeitos nefastos para o doente, para os profissionais e para a própria instituição de saúde (Mendes, Araújo & Morgan, 2020). Assim, para uma maior segurança peri operatória, é importante uma uniformização dos cuidados pré-operatórios em situação de urgência/emergência, por forma a garantir a otimização dos doentes e a evitar esquecimentos e falhas (Smith, Kisiel & Radford, 2016). Desta forma, a segurança trata-se de um dever de todos os profissionais de saúde, sendo que os enfermeiros assumem um papel primordial na prevenção destes eventos adversos, devendo atuar como um modelo de referência na equipa multidisciplinar e na promoção de uma cultura de segurança (OE, 2018).

Ao abordar os cuidados pré-operatórios é fundamental também falar sobre as infeções associadas aos cuidados de saúde, que embora sendo preveníveis representam um dos problemas de saúde mais prevalentes a nível mundial. Assim, a aplicação de medidas que visam a sua prevenção constitui-se como ações indispensáveis, pelo que o enfermeiro deve deter conhecimentos técnicos e científicos para avaliar e prestar cuidados proficientes, de acordo com a necessidade concreta de cada doente, visando prevenir a ocorrência de complicações pós-cirúrgicas (Cruz & Magalhães, 2023). A infeção no local cirúrgico pode trazer graves complicações para o doente, pois além de comprometer o resultado da própria cirurgia, pode colocar em risco a vida do mesmo, constituindo-se como uma causa importante de morbilidade e mortalidade, implicando custos elevados (Zielke, 2020). A antibioterapia profilática é a terapêutica muitas vezes usada de modo a reduzir ou a evitar o aparecimento de infeção (Matos, Borges, Martins & França, 2018). No entanto, a prevenção da infeção não se limita à simples administração profilática de antibiótico, sendo necessárias outras medidas, como o controlo rigoroso da glicemia capilar, a analgesia adequada, a mobilização precoce, a remoção precoce de dispositivos invasivos, bem como o controlo de outras fontes importantes como a equipa multiprofissional, o ambiente hospitalar, os instrumentos e todo o material utilizado (Ferreira & Lopes, 2019). E ainda, outras medidas como o banho com agente antisséptico antes da ida ao BO e a tricotomia sempre que indicada imediatamente antes da cirurgia e com máquina de corte (DGS, 2022).

A prática de cuidados de enfermagem ao doente crítico é intelectual e emocionalmente desafiante, exigindo tomadas de decisão e respostas rápidas e em tempo útil perante situações ameaçadoras de vida (Santos, Nascimento, Hermida, Galetto, Silva & Salum, 2020). Neste sentido, de modo a alcançar a excelência, é fundamental que o enfermeiro desenvolva a sua prática clínica baseada na formação contínua, permitindo-lhe aumentar os seus

conhecimentos, desenvolver o pensamento crítico e prestar cuidados com segurança, obtendo melhores resultados (Coelho & Pedro, 2021).

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO / HIPÓTESES

Quais são as principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros do SU na preparação pré-operatória e como essas dificuldades podem ser superadas?

Qual é o impacto da LVPO, na melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados pré-operatórios no SU?

Qual é o impacto da formação contínua dos enfermeiros do SU na qualidade dos cuidados pré-operatórios?

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de investigação/ação e observacional, que envolveu os doentes com necessidade de cirurgia urgente/emergente que recorreram ao SU e os enfermeiros do respetivo serviço. O projeto foi realizado em quatro fases. Na primeira, foi aplicado um questionário com o objetivo de identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na preparação pré-operatória; seguidamente, na segunda fase, tendo por base os resultados do questionário, a intervenção consistiu numa ação de formação, no sentido de partilhar conhecimentos e refletir sobre as estratégias promotoras de cuidados seguros e de qualidade, no cuidado à pessoa em situação crítica com necessidade de cirurgia urgente/emergente. Na terceira fase, foi aplicado um segundo questionário para validar a eficácia da formação e por fim na última fase, através dos dados fornecidos pela instituição, foi avaliada a incidência de registo da LVPO em SClínico®, que visava medir se alguma melhoria no cumprimento das melhores práticas tinha sido alcançada e reconhecer quaisquer áreas que necessitassem de foco adicional e progresso com base na estrutura do ciclo de *Deming* (PDCA – Planear; Fazer; Verificar; Agir).

A LVPO em consideração neste estudo, foi desenvolvida pela instituição onde o mesmo decorreu, sendo constituída pelos seguintes itens de verificação: identificação do doente, jejum de 6 horas, avaliação de sinais vitais e glicemia capilar, tricotomia, banho pré-operatório, cateterismo venoso, retirada de próteses/adornos, tabela pré-operatória, antibiótico profilático, heparina profilática, preparação intestinal e classificação e reserva de sangue.

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Nos critérios de inclusão para este estudo estiveram todos os enfermeiros em prestação de cuidados no SU e os processos clínicos dos doentes submetidos a cirurgia urgente/emergente nas respetivas salas do BO definidas para tal, com internamento posterior nos serviços de Cirurgia Geral e Ortopedia. Foram excluídos os enfermeiros em funções de chefia e todos os processos que não incluíssem os doentes dessas salas do BO e dos respetivos serviços referidos.

Nos questionários foi assegurada a participação voluntária, sendo que os participantes foram informados da finalidade do inquérito e da importância da sua participação, salvaguardando o direito à recusa. No sentido de garantir a privacidade e a confidencialidade dos dados, o nome das participantes não ficou associado à resposta nos questionários, bem como o nº de processo dos doentes não ficou associado aos dados extraídos dos processos clínicos, nem ao tratamento dos dados. Os questionários foram apresentados, através da disponibilização de um *link* para acesso *on-line* nos períodos de 04/11 a 19/11/2023 e de 16/02 a 29/02/2024, e os dados foram extraídos retrospectivamente dos processos clínicos dos doentes no período de 01/11/2023 a 26/02/2024.

A realização deste trabalho mereceu o parecer positivo da Comissão de Ética e do Conselho de Administração da instituição hospitalar.

Foi realizada uma análise descritiva com recurso ao software da IBM - *Statistical Package for Social Sciences*® (SPSS) e ao *Microsoft Excel*®. Utilizou-se como ferramenta na construção do artigo, a STROBE (*STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology*) *Check List* para estudos transversais (*Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology*) (Elm et al., 2007).

RESULTADOS

Este estudo integra um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem no SU, que envolveu 4 fases de atividade.

Identificação das dificuldades sentidas pelos enfermeiros na preparação pré-operatória

Na fase inicial do projeto foi aplicado um primeiro questionário à equipa de enfermagem, cujo objetivo central se prendeu com a identificação das principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros na preparação pré-operatória.

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

A população foi constituída pelos 133 (100%) enfermeiros do SU em prestação de cuidados, independentemente do tempo de serviço na instituição, tendo-se obtido 52 (39%) respostas ao questionário, passando a ser essa a amostra. Nesse primeiro questionário, cada elemento da equipa poderia indicar mais do que uma dificuldade sentida na prestação de cuidados de enfermagem ao doente com necessidade de cirurgia urgente/emergente. Da análise dos resultados (tabela 1), constatou-se que as principais dificuldades apontadas estavam relacionadas maioritariamente com questões metodológicas e organizacionais, nomeadamente com a gestão do tempo (82,7%; n=43), a falta de privacidade (76,9%; n=40) e a falta de espaço adequado (71,2%; n=37).

Tabela 1 – Principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros do SU na preparação pré-operatória

Dificuldades	n	%
Carência de formação	30	57,7%
Falta de divulgação do protocolo utilizado	24	46,2%
Gestão do tempo	43	82,7%
Falta de espaço adequado	37	71,2%
Falta de privacidade	40	76,9%
Falta de material	16	30,8%
Insegurança	1	1,9%
Falta de experiência	2	3,8%

Ação formativa à equipa de enfermagem

Mediante os dados obtidos, procurando identificar em conjunto com a equipa estratégias para melhorar a eficácia da preparação pré-operatória e atendendo a que uma grande percentagem considerou como uma das dificuldades sentidas a carência de formação (57,7%; n=30), e a falta de divulgação do protocolo utilizado (46,2%; n=24), foi estruturada uma ação de formação com base no “feixe de intervenções” de Prevenção da Infeção de Local cirúrgico presente na Norma da DGS n.º 020/2015 atualizada em 17/11/2022 (DGS, 2022) e na LVPO estabelecida pela instituição, que decorreu no dia 10/01/2024, dirigida e disponibilizada a informação com os conteúdos programáticos a todos os elementos da equipa, tendo tido uma participação de 74 enfermeiros.

Validação da eficácia da formação

Posteriormente, na terceira fase, no sentido de validar a eficácia da formação, foi aplicado um segundo questionário à equipa de enfermagem, sendo este constituído por 3 partes, designadamente: caracterização sociodemográfica, profissional e académica; caracterização dos conhecimentos adquiridos após formação e caracterização da avaliação feita pelos enfermeiros sobre a utilidade e exequibilidade das intervenções de enfermagem na prestação de cuidados pré-operatórios no SU.

No segundo questionário, a amostra foi de 70 (100%) enfermeiros e os dados obtidos em relação à sua caracterização sociodemográfica, profissional e académica encontram-se na tabela 2. Para a distribuição dos enfermeiros tendo em conta idade e o tempo de experiência profissional, foram recategorizadas estas variáveis por grupos etários.

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica, profissional e académica

Variáveis		n	%
Sexo	Feminino	55	78,6%
	Masculino	15	21,4%
Idade (anos)	≥51	1	1,4%
	41-50	6	8,6%
	31-40	36	51,4%
	21-30	27	38,6%
Tempo de experiência profissional (anos)	≥21	1	1,4%
	16-20	10	14,3%
	11-15	22	31,4%
	6-10	13	18,6%
	0-5	24	34,3%
Tempo de experiência profissional no SU (anos)	≥16	5	7,1%
	11-15	5	7,1%
	6-10	20	28,6%
	0-5	40	57,2%
Grau académico	Licenciatura	60	85,7%
	Mestrado	10	14,3%
Categoria Profissional	Enfermeiro Generalista (com Licenciatura)	59	84,3%
	Enfermeiro Generalista (com Mestrado)	1	1,4%
	Enfermeiro Especialista (com Licenciatura)	1	1,4%

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

	Enfermeiro Especialista (com Mestrado)	9	12,9
Especialização em enfermagem	Especialidade sem Mestrado	1	1,4%
	Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Familiar	1	1,4%
	Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	1	1,4%
	Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	7	10,1%
Total		70	100,0

Dos resultados obtidos, verificou-se que a distribuição dos enfermeiros tendo em conta o seu sexo, a amostra constituiu-se maioritariamente por elementos do sexo feminino (78,6%; n=55). No que concerne à distribuição dos enfermeiros em relação à idade, verificou-se prevalência no grupo etário dos 31 aos 40 anos (51,4%; n=36), observando-se um decréscimo na representatividade nos grupos etários subsequentes. Tendo em consideração o tempo de experiência profissional total e no SU, é de salientar que a maioria dos enfermeiros (34,3%; n=24 e 57,2%; n=40 respetivamente) detinham menos de 5 anos de experiência profissional. Em relação à variável grau académico dos enfermeiros que compõem a amostra, verificou-se que sobressaem claramente os enfermeiros licenciados (85,7%; n=60). Dos dados extraídos da amostra em relação à variável Especialização em enfermagem, verificou-se ainda que em relação ao Enfermeiro Especialista, 10,1% (n=7) dos profissionais possuíam Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica com Especialização na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Na segunda parte deste último questionário, procurando avaliar o nível de conhecimentos adquiridos pela equipa de enfermagem após a formação, foram efetuadas questões relacionadas com o “feixe de intervenções” de Prevenção da Infeção de Local Cirúrgico e com a LVPO (tabela 3), sendo possível obter três tipos de resposta: verdadeiro, falso e não sabe.

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Tabela 3 – Questões relacionadas com o “feixe de intervenções” de Prevenção da Infeção de Local Cirúrgico e com a LVPO

Questões		n	%
O Período pré-operatório inicia-se quando a pessoa e o cirurgião decidem pela cirurgia e termina quando a pessoa é transferida para a mesa operatória?	Verdadeiro	60	85,7%
	Falso	9	12,9%
	Não sabe	1	1,4%
A tricotomia nem sempre é necessária, mas quando é deve ser realizada o mais próximo possível do início da cirurgia e com máquina de corte?	Verdadeiro	64	91,4%
	Falso	6	8,6%
O banho do doente com clorexidina a 2% deve ser realizado \geq 2 horas antes da cirurgia?	Verdadeiro	51	72,8%
	Falso	17	24,3%
	Não sabe	2	2,9%
Deve ser realizada profilaxia antibiótica cirúrgica quando indicada, administrada nos 60 minutos anteriores à incisão cutânea?	Verdadeiro	65	92,8%
	Falso	3	4,3%
	Não sabe	2	2,9%
As intervenções de enfermagem como a confirmação da identidade do doente; avaliação de sinais vitais e de glicemia capilar; a confirmação do jejum de 6h; a retirada de próteses/adornos; a administração de antibiótico profilático; o cateterismo venoso; a realização de tricotomia e a realização de banho pré-operatório fazem parte da lista de verificação pré-operatória instituído no SU?	Verdadeiro	67	95,7%
	Falso	2	2,9%
	Não sabe	1	1,4%
Total		70	100,0

Em relação às questões colocadas relacionadas com o “feixe de intervenções” de Prevenção da Infeção de Local Cirúrgico, dos dados obtidos verificou-se que na pergunta relacionada com o banho com antisséptico, 24,3% (n=17) dos inquiridos responderam negativamente e 2,9% (n=2) responderam que não sabiam, no entanto, nas restantes questões houve uma percentagem de cerca de 90% que responderam positivamente. Dados também semelhantes na questão relacionada com a LVPO, como se verifica pela tabela, onde 95,7% (n=67) responderam positivamente.

Na tabela 4 apresentam-se os dados referentes às questões colocadas aos enfermeiros, cujo objetivo serviu para avaliar o seu nível de concordância, quanto à utilidade e exequibilidade das intervenções de enfermagem na prestação de cuidados pré-operatórios, através da aplicação da LVPO. A tipologia das respostas baseou-se numa escala de *Likert* com 5 opções, relacionadas com a utilidade (muito útil, útil, não sabe, pouco útil e nenhuma utilidade), a adequabilidade (muito adequada, adequada, não sabe, pouco adequada, nada adequada) e a facilidade (muito fácil, fácil, não sabe, pouco fácil, difícil) da utilização da LVPO na prestação de cuidados de enfermagem pré-operatórios no SU.

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Tabela 4– Perceção sobre a utilidade e exequibilidade das intervenções de enfermagem na prestação de cuidados pré-operatórios no SU

Questões		n	%
Alguma vez preencheu a lista de verificação pré-operatória existente no SClinico®?	Sim	15	21,4%
	Não	55	78,6%
Qual a sua opinião sobre a utilidade da lista de verificação pré-operatória?	Muito útil	42	60%
	Útil	23	32,9%
	Pouco útil	5	7,1%
Considera a lista de verificação pré-operatória adequada ao SU?	Muito adequada	28	40%
	Adequada	33	47,1%
	Pouco adequada	9	12,9%
Considera fácil a utilização da lista de verificação pré-operatória?	Muito fácil	33	47,1%
	Fácil	19	27,1%
	Pouco fácil	13	18,6%
	Não sabe	5	7,2%
Total		70	100,0

Dos dados obtidos (tabela 4), verificou-se que apenas 21,4% (n=15) referiram já ter preenchido a lista de verificação pré-operatória existente no SClinico®. No que concerne às restantes questões, em relação à utilidade da LVPO, constatou-se que a maioria (60%, n=42) a considerou muito útil, adequada (47,1%; n=33) ao SU e de muito fácil utilização (47,1%; n=33).

Validação da incidência de registo da LVPO em SClinico®

Na última fase do estudo, no sentido de avaliar a incidência de registos da LVPO em SClinico®, foram disponibilizados pela instituição hospitalar os dados dos processos clínicos dos doentes submetidos a cirurgia urgente/emergente provenientes do SU (tabela 5). Tendo sido disponibilizados dados de 574 processos, destes, foram excluídos os processos que foram realizados nas salas do BO destinadas a este tipo de cirurgias, mas que se constatou que não tinham sido provenientes do SU. Portanto, a amostra ficou constituída por 246 processos distribuídos em dois momentos de avaliação, ou seja, antes (n=141) e depois (n=105) da ação de formação realizada à equipa de enfermagem, que correspondeu ao período de 01/11/2023 a 10/01/2024 e de 11/01/2024 a 26/02/2024 respetivamente.

Tabela 5 – Registos da LVPO em SClinico®

		Antes da formação		Depois da formação	
		n	%	n	%
LVPO	Sim	5	3,5%	20	19,9%
	Não	136	96,5%	85	80,1%
Total		141	100,0	105	100,0

Dos dados consultados pretendia-se identificar quantos processos clínicos tinham registo da LVPO, tendo-se constatado que houve uma melhoria após a formação, uma vez que se verificou que antes da formação realizada, dos 141 processo só em 3,5% (n=5) deles houve registo da LVPO e posteriormente à formação dos 105 processos, identificaram-se 19,9% (n=20) onde constava o respetivo registo em SClinico® da LVPO.

DISCUSSÃO

Com a aplicação do primeiro questionário à equipa de enfermagem do SU, procurou-se conhecer a cultura de segurança em relação à preparação dos doentes para uma cirurgia urgente/emergente, e através dos achados fazer formação à equipa, e assim tentar colmatar uma das dificuldades referidas pelos enfermeiros, que foi a carência de formação (57,7%; n=30). Segundo Andrade e Silva (2019), a formação aliada à possibilidade de várias experiências, podem proporcionar ao profissional maior segurança no desempenho das suas funções. Com influência na recuperação do doente, promovendo a obtenção de melhores resultados em saúde e a redução de complicações pós-operatórias (Mendes, 2021). Destaca-se igualmente, que apesar de não ser única, segundo alguns autores, uma das estratégias que deve ser usada para melhorar a sensibilização e adesão dos profissionais à aplicação da LVPO é a formação, que se constitui como um fator essencial para o sucesso da sua implementação (Fudickar, Hörle, Wiltfang, & Bein, 2012; Maziero, Silva, Mantovani, & Cruz, 2015).

Assim, de acordo com os resultados obtidos no primeiro questionário, pôde-se aferir que se encontram outros estudos/evidência científica que corroboram com os mesmos, onde as dificuldades mais apontadas foram maioritariamente relacionadas com a gestão do tempo (82,7%; n=43), a falta de privacidade (76,9%; n=40) e a falta de espaço adequado (71,2%; n=37). O que vai ao encontro dos resultados obtidos no estudo desenvolvido por Cardante (2020), tendo concluído que os enfermeiros percecionam os cuidados de enfermagem pré-operatórios como um recurso importante para garantir cuidados de qualidade, identificando como dificuldades a gestão do tempo, o planeamento de cuidados e aspetos organizacionais.

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Do mesmo modo, Pratas (2017) concluiu que no SU determinados fatores sistémicos como as dotações inadequadas, o circuito do doente, grande volume de trabalho e confusão e as múltiplas interrupções a que os enfermeiros estão sujeitos, conferiam um potencial acrescido de eventos adversos. Também Jesus et al. (2023), chegou à conclusão de que os principais fatores contributivos para a ocorrência de eventos adversos eram o contexto urgente/emergente, assim como as falhas de comunicação e a ausência de um método de organização.

Quanto mais seguro for um procedimento cirúrgico, melhor será a qualidade da assistência, da recuperação e da segurança, tanto do doente quanto da equipa multidisciplinar, ainda que muitos resistam à aplicação da *checklist* de cirurgia segura, confiando na sua memória (Souza et al. 2016), ou mesmo, por falta de conhecimento do próprio protocolo (Hoepers, Baccin, Dagostin, Zugnio & Salvaro, 2021). Indo assim, ao encontro de uma das dificuldades também referidas neste trabalho, que foi a falta de divulgação do protocolo utilizado na instituição (46,2%; n=24). Além disso, Silva (2023) afirma que a implementação das LVSC se assume como um grande desafio não só pela resistência de alguns profissionais à sua aplicação, mas pela ausência de treino adequado e pelo número insuficiente de profissionais.

Perante estes factos, torna-se fundamental a implementação de estratégias eficazes para minimizar os riscos e garantir a segurança do doente, evidenciando a importância da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade em todo o período peri operatório (Smith, Kisiel & Radford, 2016). E em todos os tipos de cirurgia, devendo mesmo os cuidados de enfermagem pré-operatórios serem semelhantes tanto em situações de urgência/emergência como no contexto eletivo, o que nem sempre é possível pela escassez de tempo (Stahlschmidt et al., 2018). Neste seguimento, os protocolos de atuação assumem-se como uma estratégia de padronização dos cuidados, funcionando como fluxogramas que ajudam a garantir que cada passo do procedimento seja executado de maneira correta e eficiente, minimizando erros e aumentando a qualidade dos cuidados prestados ao doente, servindo como guias para os profissionais (Degasperi, Lohmann, Costa, & Lavall, 2020).

Passando agora a abordar o segundo questionário, tendo em conta o perfil sociodemográfico, profissional e académico da amostra, verificou-se que a distribuição dos enfermeiros tendo em conta o seu sexo foi constituída maioritariamente por elementos do sexo feminino (78,6%; n=55) em comparação com o sexo oposto (21,4%; n=15). No que concerne à distribuição dos enfermeiros em relação à idade, verificou-se a prevalência no grupo etário dos 31 aos 40 anos (51,4%; n=36). Em consideração ao tempo de experiência profissional total e no SU, é de salientar que a maioria dos enfermeiros (34,3%; n=24 e 57,2%; n=40 respetivamente)

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

detinham menos de 5 anos de experiência profissional e na variável grau académico, verificou-se que sobressaíram claramente os enfermeiros licenciados (85,7%; n=60). Na recategorização da variável idade por faixas etárias, e como termo de comparação foi tido em consideração um estudo realizado pela OE (2019), sobre a categorização dos SU da Secção Regional do Centro. Nesse estudo, em concordância com a mesma tipologia de SU do presente projeto, a OE verificou que na sua amostra havia igualmente um predomínio do sexo feminino (70,3%) em relação ao masculino (29,7%). Com predominância da faixa etária dos 31 aos 40 anos (45,5%) e tendo igualmente sobressaído os enfermeiros com experiência profissional no SU entre os 0 e os 5 anos (40,4%), e com grau académico de Licenciatura (68,3%). Ainda neste âmbito, tendo em conta ser um SU e de acordo com o Regulamento n.º 743/2019 da OE (2019), que preconiza que pelo menos 50% dos enfermeiros devem contemplar competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. verificou-se que 10,1% (n=7) dos profissionais possuíam mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, indo igualmente ao encontro do estudo da OE, onde afirmam que cerca de 17,7% dos enfermeiros apresentavam as competências referidas.

Com efeito, considerando outro dado extraído do segundo questionário, 47,1% (n=33) dos enfermeiros considerou que a LVPO era de muito fácil utilização. O que vai ao encontro do estudo de Ferreira (2020), que chegou à conclusão de que a aplicação de protocolos pré-operatórios é simples e pode contribuir, e muito, no cuidado e na gestão dos serviços de saúde, conferindo melhor qualidade na assistência ao doente, aos profissionais e redução de gastos desnecessários no âmbito da gestão hospitalar.

Muito poucos estudos relatam quaisquer efeitos negativos nos resultados cirúrgicos do doente, ao usar uma LVPO, mas a implementação requer tempo e esforço (Haugen, Sevdalis & Søfteland, 2019). E ainda, que apesar do uso de uma *checklist* de verificação pré-operatória aumentar a segurança do doente, a adesão ao seu preenchimento continua a ser um desafio para profissionais e organizações e a sua utilização diária apresenta lacunas (Papadakis, Meiwandi & Grzybowski, 2019). O que vai ao encontro dos resultados também obtidos neste projeto, que apesar de 60% (n=42) dos inquiridos considerar a LVPO muito útil, constatou-se que ao nível do segundo questionário aplicado aos enfermeiros, apenas 21,4% (n=15) dos inquiridos responderam que já tinham preenchido a LVPO. Dados também semelhantes obtidos dos processos clínicos fornecidos pela instituição, com somente 3,5% (n=5) antes da formação e 19,9% (n=20) depois da formação de evidência do registo da LVPO em SClínco®, no respetivo período selecionado.

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

A análise dos dados permitiu observar a importância do conhecimento do enfermeiro sobre a utilização da LVPO ao doente que necessita de cirurgia urgente/emergente. Porém, percebeu-se que alguns não tinham conhecimento da existência da LVPO em SClinico® na instituição. Dado este que pode estar relacionado com o facto de cerca de metade da amostra ter menos de 5 anos de experiência profissional no serviço, alguns dos quais ainda num processo de integração com possíveis carências de formação e atualização de conhecimentos.

Os protocolos de cirurgia segura devem ser entendidos como um conjunto de técnicas e procedimentos desenvolvidos para proporcionar a segurança do doente, que deve ser executado pela equipa multiprofissional, e que deve ser reconhecido não como um procedimento burocrático, mas com método essencial para redução de eventos negativos relacionados com a cirurgia (Cavalcante, 2017).

No que concerne à prevenção da infeção associadas aos cuidados de saúde, nos estudos analisados por Westman, Takala, Rahi e Ikonen (2020), constataram que intervenções como a profilaxia antibiótica pré-operatória tiveram impacto no controle da infeção pós-operatória, nomeadamente na redução da infeção no local cirúrgico, como também das infeções do trato urinário e pneumonia.

No presente estudo, dos dados recolhidos nas questões relacionadas com a prevenção da infeção no local cirúrgico, verificou-se que foram demonstrados conhecimentos, numa percentagem a rondar os 90% em quase todas elas, com exceção da pergunta relacionada com o banho com antisséptico, constatando-se que segundo a literatura e de acordo com as recomendações da DGS, 24,3% (n=17) dos inquiridos responderam falso e 2,9% (n=2) responderam que não sabiam, o que revela ainda persistir algum desconhecimento. Segundo a literatura encontrada, e de acordo com Souza e Pereira (2022) é evidente a relevância que os cuidados prestados pelos enfermeiros desempenham na prevenção da infeção no local cirúrgico, ocorrendo, particularmente, por meio da identificação de sinais e sintomas de infeção, monitorização de glicémia e de sinais vitais, banho com antisséptico, realização do penso cirúrgico, administração profilática de antibioterapia, entre outros. E ainda, segundo Marques, Osório, Aguiar, Lopes e Rodrigues (2020), para o sucesso na prevenção da infeção de local cirúrgico é essencial destacar a capacitação do enfermeiro, sendo necessária a formação das equipas, sobre práticas baseadas na evidência

Sendo o presente trabalho um projeto de melhoria contínua, teve por base as fases do ciclo de *Deming*, que fornece uma estrutura para a aplicação de métodos e ferramentas de melhoria que ajuda a planear uma ação, a executá-la, a verificar se está de acordo com o plano e a agir de acordo com o que foi aprendido (Horta, 2023). Apesar de se ter apurado um aumento

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

de efetividade nos registos após a formação, não existiu diferença muito significativa entre os dois períodos observados. Contudo, importa ressaltar que a literatura evidencia a importância do investimento na formação contínua, pois contribui positivamente para o desenvolvimento de competências e uma prática de excelência por parte dos enfermeiros (Rodrigues, Cortez, Almeida & Santos, 2020).

Com base na análise dos resultados, e de acordo com o ciclo de *Deming*, tendo passado pela fase do planeamento, da execução e da verificação dos resultados, no sentido de completar o ciclo seria importante incluir a fase da ação para otimizar a qualidade dos cuidados e incluir ajustes ao protocolo de cuidados pré-operatórios, rever alguns procedimentos e o treino da equipa. A fase de ação é fundamental para fechar o ciclo de melhoria contínua e garantir que os resultados da pesquisa sejam aplicados na prática clínica (Almeida, 2020). Teria sido igualmente importante fazer-se uma segunda avaliação de conhecimentos à equipa, mas por limitação de tempo não foi possível. Pois, como quanto mais conhecimentos os enfermeiros possuírem maior é a qualidade do seu desempenho profissional, sendo evidente a necessidade de formação, manutenção e aprendizagem contínua na área da enfermagem peri operatória (Peixoto, 2017).

Assim, fica evidente que é necessário um processo contínuo de educação permanente, para que todos os enfermeiros possam estar cientes das suas competências no que diz respeito às normas institucionais referentes aos cuidados de enfermagem pré-operatórios. Foi ainda evidenciado, que a segurança do doente é um dever de todos os profissionais de saúde, em que o enfermeiro possui um papel primordial na preparação pré-operatória, planeando e implementando cuidados de enfermagem de acordo com a necessidade de cada doente. Onde a LVPO se constitui como um instrumento facilitador das boas práticas em enfermagem, sendo uma mais-valia para a orientação da atuação do enfermeiro perante a pessoa com necessidade de cirurgia urgente/emergente.

Os resultados obtidos podem constituir uma fonte de informação privilegiada para os próprios enfermeiros refletirem sobre as suas práticas e auxiliar os gestores a repensarem na adequação e rentabilização de recursos humanos e materiais, rumo à qualidade dos cuidados prestados.

Como limitações do estudo, em relação ao tamanho da amostra, pelo facto de incluir cerca de metade da equipa de enfermagem permite inferir algumas considerações, mas não permite generalizar resultados obtidos sobre a temática do estudo, deixando em aberto a necessidade de promover a continuidade de estudos nesta área que permitam avaliar a pertinência da

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

LVPO e avaliar que temas deveriam ser incluídos na formação à equipa de acordo com a perspetiva dos enfermeiros.

No que respeita aos principais contributos para a enfermagem, salienta-se que ao avaliar os cuidados pré-operatórios pela perspetiva do enfermeiro, identificando a importância não só da aplicação da LVPO, mas também do seu registo e o contributo que pode ter na segurança dos cuidados prestados, promovendo assim uma cultura de melhoria contínua da qualidade.

Por fim, considera-se que teria sido importante a inclusão da perceção do doente e não só do enfermeiro sobre as dificuldades sentidas na preparação pré-operatória, e assim delinear cuidados centrados no mesmo e inferir outros resultados que também possam ser sensíveis às intervenções de enfermagem.

CONCLUSÃO DO ESTUDO

No período pré-operatório é imperativo que sejam implementadas estratégias eficazes para minimizar os riscos e garantir a segurança do doente, pelo que os profissionais devem aprimorar a eficácia da prestação de cuidados, através de uma abordagem colaborativa entre toda a equipa multidisciplinar, onde a comunicação e a prática devem ser combinadas com os conhecimentos técnicos e científicos, contribuindo para uma prestação de cuidados de qualidade.

Os cuidados pré-operatórios no SU são fundamentais para garantir que os doentes estejam adequadamente preparados para procedimentos cirúrgicos urgentes/emergentes, permitem identificar e reduzir fatores de risco que possam aumentar as complicações durante a cirurgia, ajudam a evitar atrasos, permitem o esclarecimento de dúvidas, garantem que todos os recursos necessários estejam disponíveis, desempenhando assim, um papel crucial na garantia da segurança, eficácia e satisfação do doente.

Desta forma, pode-se concluir que a formação contínua assume elevada importância no processo de qualificação dos profissionais e na valorização dos seus processos de trabalho, pois possibilita a partilha de conhecimento e experiências e a reflexão entre a equipa, levando a uma melhor interação entre os mesmos, promovendo a obtenção de melhores resultados em saúde.

Funding: This study received no funding.

Competing interests: The authors have no conflicts of interest to declare.

Data sharing: Detailed data are available upon reasonable request to the corresponding author.

The guarantor of this article (CS) affirms that the manuscript is an honest, accurate, and transparent account of the study being reported; that no important aspects of the study have been omitted; and that any discrepancies from the study as planned have been explained.

Dissemination to participants and related patient and public communities: We plan to disseminate the findings and conclusions from this study through scientific conferences.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DO ESTUDO

- Almeida, Â. P. (2020). *Aplicação dos princípios "Lean Thinking" num serviço hospitalar do CHTMAD*. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/47265>
- Andrade, F. L. (2018). *Checklist para nortear a assistência de enfermagem no pré e pós-operatórios*. Obtido de <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/xmlui/handle/riufcg/6787>
- Andrade, T. F., & Silva, M. M. (2019). *Características dos enfermeiros no atendimento pré-hospitalar: concepções sobre a formação e exercício profissional*. *Enfermagem em Foco*, 10(1). Obtido de <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1444>
- Bettinelli, A. L., Pomatti, D. M., & Brock, J. (2010). *Invasão da privacidade em pacientes de UTI: percepções de profissionais*. *Rev Bioethikos* 4(1), 44-50. Obtido de <http://www.saocamillo-sp.br/pdf/bioethikos/73/44a50.pdf>
- Breda, L. F., & Cerejo, M. d. (2021). *Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente*. *Revista de Enfermagem Referência*, (5). Obtido de <https://www.redalyc.org/journal/3882/388266931006/388266931006.pdf>
- Cardante, S. D. (2020). *Consulta de enfermagem pré-operatória e de follow-up em cirurgia de ambulatório: A perspectiva dos enfermeiros*. (Doctoral dissertation). Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/34037>
- Cavalcante, M. d. (2017). *Utilização do protocolo de cirurgia segura com paciente politraumatizado atendido na sala de emergência*. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 7(19), 62-74. Obtido de <http://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/124>
- Christóforo, B. E., & Carvalho, D. S. (2009). *Cuidados de enfermagem realizados ao paciente no período pré-operatório*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 43, 14-22. Obtido de <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/6tSjrS7tCLkK6s97chKc3fn/abstract/?lang=pt>
- Coelho, A. S., & Pedro, A. D. (2021). *Estratégias que suportam a Integração de Enfermeiros em UCI: Revisão sistemática de evidência de significado*. *Revista Ibero-Americana de saúde e Envelhecimento*, 7(2), 296-319. Obtido de http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/494
- Coimbra, N. (2021). *Enfermagem de Urgência e Emergência*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas .

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra: Edições Almedina S.A.
- Cruz, J. R., & Magalhães, C. P. (2023). *Cuidados de enfermagem na prevenção da infeção do local cirúrgico*. *Enfermagem: autonomia e processo de cuidar*, 2, 34-46. Obtido de: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/28506>
- Degasperi, A., Lohmann, P. M., Costa, A. E., & Lavall, E. (2020). *O uso de protocolos em unidades de urgência e emergência: uma revisão integrativa*. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 9(11), e64691110140-e64691110140. Obtido de <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/10140>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Norma n.º 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022 "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico*. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>
- Elm, E. V., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2007). *The Strengthening the Reporting of Observational in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies*. *The Lancet*, 370(9596), 1453-1457. Obtido de [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61602-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61602-X/fulltext)
- Esteves, P. A. (2019). *As vivências da família da pessoa submetida a cirurgia em contexto intraoperatório*. (Master's thesis). Obtido de <http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/2286>
- Faria, L. R., Moreira, T. R., Carbogim, F. C., & Bastos, R. R. (2022). *Efeito da Checklist de cirurgia segura na incidência de eventos adversos: contribuições de um estudo nacional*. Obtido de <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/TYnGS4yp6hqj3YLZwkz9wgp/?lang=pt&lng=en&nrm=iso&tlng=en>
- Ferreira, G. E. (2020). *Elaboração de um protocolo de avaliação pré-operatória em hospital universitário na cidade de Manaus-Amazonas-Brasil*. Obtido de <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/8202>
- Ferreira, M. K., & Lopes, G. K. (2019). *Infeção do sítio cirúrgico: ações de prevenção e controle*. Obtido de <https://anais.uel.br/portal/index.php/proensino/article/view/803>
- Fudickar, A., Hörle, K., Wiltfang, J., & Bein, B. (2012). *O efeito da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS na taxa de complicações e na comunicação*. *Deutsches Arzteblatt International*, 109(42), 695. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3489074/>
- Gonçalves, M. A., & Cerejo, M. N. (2020). *Construção e validação de uma Escala de Avaliação Pré-Operatória*. *Revista de Enfermagem Referência*, 5 (4). Obtido de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=conforto&id_artigo=3763&id_revista=55&id_edicao=239
- Gonçalves, M. A., Cerejo, M. N., & Martins, J. C. (2017). *A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória*. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14), 17-25. Obtido de <https://www.redalyc.org/journal/3882/388255675003/388255675003.pdf>
- Haugen, A. S., Sevdalis, N., & Søfteland, E. (2019). *Impacto da lista de verificação de segurança cirúrgica da Organização Mundial da Saúde na segurança do paciente*. *Anestesiologia*, 131(2), 420-425. Obtido de <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article-abstract/131/2/420/18051>
- Hoepers, N. J., Baccin, H. M., Dagostin, V. S., Zugnio, P. I., & Salvaro, M. S. (2021). *Cuidados de enfermagem a pacientes em pré-operatório: proposta de Checklist*. *Inova Saúde*, 11(2), 12-32. Obtido de <https://www.periodicos.unesc.net/ojs/index.php/Inovasaude/article/view/5251>
- Horta, C. M. (2023). *Adesão ao regime Terapêutico da Pessoa com Diabetes: Implementação de Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade*. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/47265>
- Jesus, R., Santos, M., Viveiros, A., Gomes, L., Gouveia, C., Fernandes, L., & Gomes, N. (2023). *A pessoa submetida a cirurgia urgente/emergente no contexto de uma unidade de cuidados intensivos: A prevenção de*

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

- eventos adversos. *Jornal de Investigação Médica*, 4(1), 39-48. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/47725>
- Kotfis, K., Zegan-Baranska, M., Szydtowski, L., Zukwski, M., & Ely, E. W. (2017). Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients - polish version of de CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). Obtido de https://www.termedia.pl/Journal/-118/pdf-38057-10?filename=pages_66-72_article_50443_en.pdf
- Marques, A., Osório, C., Aguiar, C., Lopes, G., & Rodrigues, T. (2020). *Implementação de uma bundle para redução do risco de infeção no local cirúrgico em doente submetidos a colecistectomia*. *Rev. Rol enferm*, 43(1), 97-103. Obtido de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-193167>
- Matos, J. C., Borges, I. N., Martins, M. A., & França, E. B. (2018). *Adesão às recomendações do uso de antibioticoprofilaxia e a ocorrência de infeção do sítio cirúrgico em pacientes pediátricos*. *Revista Médica de Minas Gerais*. Obtido de <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/40124>
- Maziero, E. C., Silva, A. E., Mantovanic, M. d., & Cruz, E. D. (2015). *Adesão ao uso de um checklist cirúrgico para a segurança do paciente*. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36, 14-2. Obtido de: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/tH7sVvkqgZLvMGM4rGB8CbCf/?lang=pt>
- Mendes, D. I. (2021). *Consulta de enfermagem pré-operatória no programa Enhanced Recovery After Surgery: implementação e avaliação*. Obtido de <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/32257>
- Mendes, D. I., Ferrito, C. R., & Gonçalves, M. I. (2020). *A informação transmitida na consulta de enfermagem pré-operatória: percepção do cliente*. *Cadernos de Saúde*, 12(1), 47-53. Obtido de <https://journals.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/7683>
- Mendes, P. d., Araújo, K. d., & Morgan, P. E. (2020). *Atuação do enfermeiro na prevenção de eventos adversos no centro cirúrgico, utilizando SAEF*. *BIUS - Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia*, 19(13), 1-17. Obtido de <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/BIUS/article/view/7661>
- Nascimento, C. C., & Nascimento, M. d. (2023). *A importância dos cuidados de enfermagem no período pré-operatório*. *Revista Eletrônica Multidisciplinar de Investigação Científica*, 2(3). Obtido de <https://www.remici.com.br/index.php/revista/article/view/69>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 429/2018 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Caracterização dos SU da SRC "Conhecer para Intervir"*. Secção Regional do Centro. Obtido de <https://www-ordemenfermeiros-pt.webpkgcache.com/doc/-/s/www.ordemenfermeiros.pt/media/17101/su.pdf>
- Papadakis, M., Meiwandi, A., & Grzybowski, A. (2019). *O procedimento de intervalo da lista de verificação para cirurgias mais seguras da OMS: Estratégias para otimizar a conformidade e a segurança*. *Jornal Internacional de Cirurgia*, 69, 12-22. Obtido de https://journals.lww.com/international-journal-of-surgery/fulltext/2019/09000/the_who_safer_surgery_checklist_time_out_procedure.3.aspx
- Peixoto, C. N. (2017). *A Importância da Gestão de Conhecimento para o Enfermeiro Perioperatório enquanto Trabalhador do Conhecimento*. Obtido de http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1998/1/Carla_Peixoto.pdf
- Pratas, A. R. (2017). *Fatores que influenciam a ocorrência de erros de medicação, enquanto esta está sob a gestão do enfermeiro, no Serviço de Urgência*. Obtido de https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=58528&codigo=432

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

- Radaelli, C., Costa, A. E., & Pissaia, L. F. (2019). *O cuidado humanizado no ambiente de urgência e emergência: Uma revisão integrativa*. Research, Society and Development 8(6), e37861057. Obtido de <https://www.redalyc.org/journal/5606/560662197037/560662197037.pdf>
- Relvas, R. (2018). *Implementação e organização da formação em serviço na USF SALUS*. (Doctoral dissertation). Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/23528>
- Rodrigues, G. V., Cortez, Y. S., & Santos, E. C. (2020). *Educação permanente em saúde nos serviços de urgência e emergência: uma revisão integrativa*. Research Society and Development, 9(8), e14985269. Obtido de <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5269>
- Santos, C., Nascimento, E. R., Hermida, P. M., Galetto, S. G., Silva, N. J., & Salum, N. C. (2020). *Boas práticas de enfermagem a pacientes em ventilação mecânica invasiva na emergência hospitalar*. Escola Anna Nery, 24, e20190300. Obtido de <https://www.scielo.br/jean/a/JGF6Twsvmzj5wgrpBcVqxch/>
- Silva, A. d. (2023). *Conhecimento da Enfermagem sobre as medidas de prevenção e controle de infecções no Centro Cirúrgico: estudo de revisão*. Obtido de <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/7284>
- Smith, A., Kisiel, M., & Radford, M. (2016). *Manual Oxford de enfermagem cirúrgica*. Imprensa da Universidade de Oxford. Obtido de <https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=o8kwDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=+Oxford+handbook+of+surgical+nursing&ots=628Y73pTfI&sig=4kOIBMhFk9EHKYIR3jELGFravws>
- Souza, R. M., Araújo, M. G., Veríssimo, R. C., Comassetto, I., Ferreira, F. A., & Bernardo, T. H. (2016). *Aplicabilidade do checklist de cirurgia segura em centros cirúrgicos hospitalares*. Revista SOBECC, 21(4), 192-197. Obtido de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/02/831532/sobecc-v21n4_pt_192-197.pdf
- Souza, V. C., & Pereira, E. d. (2022). *A assistência da enfermagem na prevenção de infecção de sítio cirúrgico*. Research, Society and Development, 11(14), e182111436249. Obtido de <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36249>
- Stahlschmidt, A., Novelo, B., Freitas, L. A., Cavalcante, P. S., Dussán-Sarria, J. A., Félix, E. A., ... Stefani, L. P. (2018). *Preditores de mortalidade intra-hospitalar em pacientes submetidos a cirurgias não eletivas em um hospital universitário: uma coorte prospectiva*. Revista Brasileira de Anestesiologia, 68, 492-498. Obtido de <https://www.scielo.br/j/rba/a/jMQyGC4LmD7BbDGSPvWb6rp/?lang=pt>
- Westman, M. T., Rahi, M., & Ikonen, T. (2020). *A necessidade de listas de verificação de segurança cirúrgica em neurologia agora e no futuro - uma revisão sistemática*. Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878875019325847>
- World Health Organization. (2009). *Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009 - Cirurgia segura salva vidas*. Obtido de <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598552-por.pdf>
- World Health Organization. (2017). *Patient safety: making health care safer*. (WHO/HIS/SDS/2017.11). Obtido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf>
- World Health Organization. (2020). *Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde*. Obtido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Zielke, H. (2020). *Análise da antibioticoprofilaxia no pré-operatório*. Obtido de <https://rd.uffs.edu.br/handle/prefix/4104>

CONCLUSÃO

O trajeto realizado ao longo deste curso de Mestrado em EMC, fomentou uma transformação profissional e pessoal, que se evidencia pelo aumento de competências acerca das múltiplas dimensões que envolvem o EE no processo de cuidado à PSC. Como tal, este relatório demonstra o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do EE e das competências específicas do EE em EMC na área de EPSC, assim como das competências inerentes ao grau de Mestre em EMC. A realização dos três EC proporcionou um amplo espectro de aprendizagem, de partilha de conhecimentos e experiências, que fomentaram o desenvolvimento das competências especializadas na área do cuidado à PSC. Durante esse período, embora desafiador, foi possível compreender a complexidade dos cuidados prestados a doentes em situações de urgência e criticidade, bem como a importância do papel do EE nesses contextos. Permitiu igualmente, a consolidação do papel do EE, e das responsabilidades acrescidas que possui não só na equipa de enfermagem, como também ao nível da equipa multidisciplinar.

Neste processo de aprendizagem, a reflexão crítica foi transversal nos vários contextos da prática clínica, e imprescindível na consciencialização e superação das dificuldades que foram surgindo, assim como na implementação de novas estratégias, com contributos muito significativos para o crescimento pessoal e profissional. As práticas clínicas exigiram igualmente uma atualização constante e um aprofundamento do conhecimento científico, que sustentaram o raciocínio crítico na tomada de decisão, no planeamento dos cuidados e na resolução de problemas. E a interação com as várias equipas multidisciplinares proporcionou uma compreensão holística do cuidado à PSC, destacando-se a importância da cooperação interpessoal para que se consigam alcançar resultados positivos.

No sentido de uma prestação de cuidados ao doente com segurança e de qualidade, procurou-se sempre desenvolver uma prática baseada na evidência, competente e em tempo útil, procurando fazer uma abordagem sistematizada do doente através da avaliação inicial, do planeamento e da implementação das várias intervenções, alicerçadas no processo de enfermagem. Os objetivos delineados nos diferentes EC foram direcionados para uma prestação de cuidados altamente diferenciados, procurando responder aos problemas identificados, antecipando focos de instabilidade, efetuando a administração de protocolos terapêuticos complexos e a gestão diferenciada da dor e do bem-estar, assistindo a pessoa e a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, através de uma comunicação adequada e do estabelecimento da relação terapêutica.

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

A segurança do doente para além do que já foi referido, está intimamente associada ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, dado que estes profissionais têm participação direta na implementação de estratégias de cuidado, por meio de uma assistência humanizada e de qualidade. Neste sentido o trabalho de investigação realizado mostrou que uma melhoria na prestação de cuidados de enfermagem no período pré-operatório é um contributo muito relevante para a sua promoção, indo ao encontro das metas internacionais estabelecidas para a segurança do doente e da redução do risco de infeções associadas aos cuidados de saúde.

Assim, como pontos fortes em todo este percurso, salientam-se todos conhecimentos adquiridos e partilhados, experiências vivenciadas e competências alcançadas, que se revelaram fundamentais para uma melhoria na prestação de cuidados prestados à PSC, sustentados numa prática baseada na evidência científica.

Como pontos fracos, ressalta-se a dificuldade à adaptação de novo ao papel de estudante, bem como também a complexidade na gestão de tempo, pois gerir os EC, o próprio trabalho e a família não foram tarefas fáceis, para além de que foram necessárias e dedicadas muitas horas em casa pós-laboral para desenhar e elaborar o próprio relatório de EC, exigindo alguma pesquisa e fundamentação e ainda a falta experiência em estudos de investigação.

Destacaram-se como oportunidades, a uniformização da prática dos cuidados de enfermagem pré-operatórios no SU, a melhoria da evidência dos registos do protocolo de verificação pré-operatória e o desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua, que se constituem como aspetos fundamentais para a melhoria da qualidade de vida do doente e para uma efetiva melhoria na qualidade dos cuidados de saúde prestados, traduzindo-se no aumento do nível de satisfação do doente e da equipa de enfermagem.

Por fim, como ameaças, verificou-se ao longo de todo este percurso alguma resistência à mudança de comportamentos e atitudes, desmotivação, bem como uma fraca adesão à sessão formativa e aos questionários aplicados, e a dificuldade em implementar certas etapas do estudo, relacionado também com contingências do âmbito da instituição hospitalar para obtenção de autorizações e de alguns dados solicitados.

No entanto, este processo de aprendizagem, apesar de exigente e complexo permitiu alcançar com sucesso os objetivos inicialmente propostos e a aquisição de competências especializadas concordantes com o grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adamy, E. K., Zocche, D. A., & Almeida, M. D. (2019). *Contribuição do processo de enfermagem para construção identitária dos profissionais de enfermagem*. Revista Gaúcha de Enfermagem, 41. Obtido de https://www.lareferencia.info/vufind/Record/BR_776f3fc3a55092da9cbf85fc3fa9714e
- Administração Central do Sistema de Saúde (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos*. Obtido de Lisboa, Portugal: Administração Central do Sistema de Saúde: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde (2017). *Benchmarking Hospitais*. Obtido de https://benchmarking-acss.min-saude.pt/BH_Enquadramento/GrupoInstituicoes
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2023). *Benchmarking Hospitais*. Obtido de <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/>
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). *Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e desenvolvimento de Competências*. Obtido de <https://www.scielo.br/j/tce/a/DYhM34cLHw3zSjvQTR63njK/abstract/?lang=pt>
- Almeida, Â. P. (2020). *Aplicação dos princípios "Lean Thinking" num serviço hospitalar do CHTMAD*. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/47265>
- Andrade, F. L. (2018). *Checklist para nortear a assistência de enfermagem no pré e pós-operatórios*. Obtido de <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/xmlui/handle/riufcg/6787>
- Andrade, T. F., & Silva, M. M. (2019). *Características dos enfermeiros no atendimento pré-hospitalar: concepções sobre a formação e exercício profissional*. Enfermagem em Foco, 10(1). Obtido de <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1444>
- Anguita, M. V., Sanjuan-Quile, A., Rios-Risquez, M. I., Valenzuela-Anguita, M. C., Juliá-Sanchis, R., & Montejano-Lozoya, R. (2019). *Humanização dos cuidados de saúde no serviço de urgência: análise qualitativa baseada nas experiências dos enfermeiros*. Obtido de Revista de Enfermagem Referência, 4(23), 59-68: <https://www.redalyc.org/journal/3882/388262389007/388262389007.pdf>
- Assembleia da República. (2001). *N.º1/2001 - Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina*. Obtido de https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=selected&nid=1644&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&nversao=
- Assembleia da República. (2012). *Lei n.º 25/2012 - Regula as diretivas antecipadas de vontade, desoportunamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)*. Obtido de Diário da República, 1.ª série - N.º 136 - 16 de julho 2012: <https://dre.pt/application/conteudo/179517>
- Assembleia da República. (2014). *Lei n.º 15/2014 - Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde*. Obtido de Diário da República, 1.ª série - N.º57 - 21 de março de 2014: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>
- Assembleia da República. (2018). *Portaria n.º141/2018*. Obtido de Diário da República, 1.ª série - N.º96 - 18 de maio de 2018: <https://diariodarepublica.pt/redirect/LinkFicheiroAntigo.aspx?conteudoid=115344086>

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

- Assembleia da República. (2019). *Lei n.º 95/2019 - Lei de Bases da Saúde. Diário da república, 1.ª Série*. Obtido de <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Azevedo, C. I. (2021). *Triagem de Manchester: Processo de decisão dos Enfermeiros num Hospital do Norte de Portugal*. Obtido de <http://62.28.241.119/handle/20.500.11960/2694>
- Azevedo, L. R., Sousa, A. S., & Coelho, S. P. (2020). *A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? - revisão integrativa*. Obtido de <https://journals.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/7277>
- Barros, A. L., Lucena, A. F., Morais, S. C., Brandão, M. A., Cubas, M. R., Chiana, T. C., ...Santana, R. (2022). *Processo de enfermagem no contexto brasileiro: reflexão sobre o seu conceito e legislação*. Obtido de Revista Brasileira de Enfermagem, 75, e20210898: <https://www.scielo.br/j/reben/a/StQhMkT39yNK4XsTjLNRbXm/?format=pdf&lang=pt>
- Batalha, L. M. (2016). *Avaliação da Dor*. Coimbra: ESEnFC (Manual de estudo - versão 1). Obtido de <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=120681&code=fd5f4159798001777d637a7194e68c721a1609f9>
- Bettinelli, A. L., Pomatti, D. M., & Brock, J. (2010). *Invasão da privacidade em pacientes de UTI: percepções de profissionais*. Obtido de Rev Bioethikos 4(1), 44-50: <http://www.saocamillo-sp.br/pdf/bioethikos/73/44a50.pdf>
- Breda, L. F., & Cerejo, M. d. (2021). *Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente*. Revista de Enfermagem Referência, (5). Obtido de <https://www.redalyc.org/journal/3882/388266931006/388266931006.pdf>
- Camelo, S. H. (2012). *Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 20, 192-200. Obtido de <https://www.scielo.br/j/rlae/a/nhTNhcXY9crCB5bttZk6rVF/?lang=pt>
- Capetini, A. D. (2020). *Assistência de enfermagem no serviço de hemodinâmica em cardiologia intervencionista: revisão integrativa*. Obtido de <https://app.uff.br/riuff/handle/1/26204>
- Cardante, S. D. (2020). *Consulta de enfermagem pré-operatória e de follow-up em cirurgia de ambulatório: A perspectiva dos enfermeiros*. (Doctoral dissertation). Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/34037>
- Carvalho, A. M. (2019). *Sobrelocação do Serviço de Urgência - Estratégias de Redução Percecionadas por Enfermeiros*. Doctoral dissertation. Obtido de <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/4681>
- Carvalho, J. I. (2018). *Avaliação e monitorização da dor no doente ventilado e sedado em Unidades de Cuidados Intensivos: Behavioral Pain Scale*. (Master's thesis, Universidade de Évora). Obtido de <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/23452>
- Cavalcante, M. d. (2017). *Utilização do protocolo de cirurgia segura com paciente politraumatizado atendido na sala de emergência*. Obtido de Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem, 7(19), 62-74: <http://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/124>
- Chaves, A. A., & Massarollo, M. C. (2009). *Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em Unidades de Terapia Intensiva*. Revista da escola de Enfermagem da USP, 43, 30-36. Obtido de <https://www.scielo.br/j/re USP/a/9rvsR6XHCFFySt7XjCtB5Vg/>

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

- Christóforo, B. E., & Carvalho, D. S. (2009). *Cuidados de enfermagem realizados ao paciente no período pré-operatório*. Revista da Escola de Enfermagem da USP 43, 14-22. Obtido de <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/6tSjrS7tCLkK6s97chKc3fn/abstract/?lang=pt>
- Coelho, A. S., & Pedro, A. D. (2021). *Estratégias que suportam a Integração de Enfermeiros em UCI: Revisão sistemática de evidência de significadp*. Revista Ibero-Americana de saúde e Envelhecimento, 7(2), 296-319. Obtido de http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/494
- Coimbra, N. (2021). *Enfermagem de Urgência e Emergência*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas
- Costa, G. R., Cardoso, S. d., Sousa, L. L., Soares, T. R., Ferreira, A. K., & Lima, F. F. (2014). *Atuação do enfermeiro no serviço de hemodinâmica: uma revisão integrativa*. Revista Interdisciplinar, 7 (3), 157-164. Obtido de <https://uninovafapi.homologacao.emnuvens.com.br/revinter/article/view/468>
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra: Edições Almedina S.A.
- Cruz, J. R., & Magalhães, C. P. (2023). *Cuidados de enfermagem na prevenção da infeção do local cirúrgico*. Enfermagem: autonomia e processo de cuidar 2, 34-46. Obtido de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/28506>
- Degasperi, A., Lohmann, P. M., Costa, A. E., & Lavall, E. (2020). *O uso de protocolos em unidades de urgência e emergência: uma revisão integrativa*. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, 9(11), e64691110140-e64691110140. Obtido de <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/10140>
- Dias, T. S. (2016). *A competência do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica como membro dinamizador na unidade de cuidados intensivos*. (Doctoral dissertation) Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/14594>
- Direção-Geral da Saúde. (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. Obtido de https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientação nº 007/2010. Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma nº 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012-png.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma n.º 015/2013 - Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação*. Obtido de <https://direitodamedicina.sanchoeassociados.com/arquivo/norma-no-0152013-direccao-geral-da-saude-consentimento-informado-esclarecido-e-livre-para-atos-terapeuticos-ou-diagnosticos-e-para-a-participacao-em-estudos-de-investigacao/>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Rede de Referência de Cardiologia*. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/rede-referencia%C3%A7%C3%A3o-hospitalar-cardiologia-v.2015.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 018/2014 de 09/12/2014 atualizada a 27/04/2015, Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados*. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/2014/12/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infecao-por->

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados/

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma nº 014/2015 - Medicamentos de Alerta Máximo*. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/08/06/medicamentos-de-alerta-maximo/>

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma nº 020/2014 - Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes*. Obtido de https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/1.NORMA020_2014_ACT.DEZ2015.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2016). *Violência Interpessoal; abordagem, diagnóstico e intervenção nos Serviços de Saúde*. Obtido de 2ª Edição: <https://ucccb.pt/wp-content/uploads/2019/06/Viol%C3%Aancia-Interpessoal-Abordagem-Diagn%C3%B3stico-e-Interven%C3%A7%C3%A3o-nos-Servi%C3%A7os-de-Sa%C3%BAde.-2%C2%AA-Edi%C3%A7%C3%A3o-de-2016.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma nº 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Prevenção da Transmissão de Enterobactérias Resistentes aos Carbapenems em Hospitais de Cuidados de Agudos*. Obtido de <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenems-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos. Relatório Anual do programa Prioritário*. Obtido de <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Circular Normativa nº 15/DQS/DQCO de 2010 atualizada em 2018 - Criação e implementação, a nível nacional, das Equipas de Emergência Médica Intra-Hospitalares (EEMI)*. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Norma n.º 007/2019 de 16/10/2019 Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/10/16/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude/>

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Norma n.º 008/2019 - Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/12/09/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares/>

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Infeções e resistências a antimicrobianos - relatório do programa prioritário PPCIRA*. Obtido de <https://apih.pt/lancamento-do-relatorio-anual-do-programa-prioritario-da-dgs-ppcira/>

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Norma Clínica: 021/2015 de 16/12/2015 Atualizada a 17/11/2022 "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação*. Obtido de https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Norma n.º 022/2015 atualizada a 29/08/2022. "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central*. Obtido de https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/08/29/norma_022_2015_atualizada_a_29_08_2022_feixe_de_intervencoes_prevencao_de_infecao_relacionada_com_cateter_venoso_central.pdf

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Norma n.º 019/2015 de 15/12/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical/>

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Norma n.º 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>

Elm, E. V., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2007). *The Strengthening the Reporting of Observational in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies*. *The Lancet*, 370(9596), 1453-1457. Obtido de [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61602-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61602-X/fulltext)

Esteves, P. A. (2019). *As vivências da família da pessoa submetida a cirurgia em contexto intraoperatório*. (Master's thesis). Obtido de <http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/2286>

European Centre for Disease Prevention and Control. (2019). *Annual Epidemiological Reports (AERs)*. In *European Centre of Disease Prevention and Control*. Obtido de <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/monitoring/all-annual-epidemiological-reports>

Faria, L. R., Moreira, T. R., Carbogim, F. C., & Bastos, R. R. (2022). *Efeito da Checklist de cirurgia segura na incidência de eventos adversos: contribuições de um estudo nacional*. Obtido de <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/TYnGS4yp6hqj3YLZwkz9wgp/?lang=pt&lng=en&nrm=iso&tng=en>

Fernandes, G. C., Treich, R. S., Costa, M. F., Oliveira, A. B., Kempfer, S. S., & Abeldano, R. A. (2019). *Atenção primária à saúde em situações de desastros: revisão sistemática*. *Revista Panamericana de salud Pública*, 43. Obtido de <https://www.scielo.br/j/rap/a/9RXpLg9yPFGFMXDTGLCqgRF/?lang=pt>

Fernandes, M. C. (2016). *Dinâmica da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiopulmonar na UCIP*. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/13538>

Ferreira, G. E. (2020). *Elaboração de um protocolo de avaliação pré-operatória em hospital universitário na cidade de Manaus-Amazonas-Brasil*. Obtido de <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/8202>

Ferreira, M. T., Fernandes, J. F., Jesus, R. A., & Araújo, I. M. (2020). *Abordagem na sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem*. *Revista Enfermagem de Referência*, (1), e19086. Obtido de <https://www.redalyc.org/journal/3882/388263105011/388263105011.pdf>

Ferreira, M. K., & Lopes, G. K. (2019). *Infecção do sítio cirúrgico: ações de prevenção e controle*. Obtido de <https://anais.uel.br/portal/index.php/proensino/article/view/803>

Figueira, A. I., Amaral, G. M., & Carmo, T. I. (2022). *A avaliação e registo da dor no serviço de urgência: um estudo transversal*. Obtido de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S2393-66062022000101207&script=sci_arttext

Figueiredo, F. A. (2021). *Catástrofe Externa/Emergência Interna*. Obtido de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1366341>

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

- Fonseca, E. (2015). *Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem*. Nursing, 1-7. Obtido de <https://prezi.com/p/h4ksuuybsg14/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/>
- Franco, T. L. (2021). *DESASTRES: atuação dos enfermeiros nos atendimentos às vítimas em massa*. Obtido de Revista Científica Mais Pontal, 1(1), 32-45: <https://revistas.facmais.edu.br/index.php/maispontal/article/view/4>
- Fudickar, A., Hörle, K., Wiltfang, J., & Bein, B. (2012). *O efeito da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS na taxa de complicações e na comunicação*. Deutsches Arzteblatt International, 109(42), 695. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3489074/>
- Gomes, C. I. (2016). *Preservação dos vestígios forenses: conhecimentos e práticas dos Enfermeiros do Serviço de Urgência e/ou Emergência*. Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra- Obtido de <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/81407>
- Gonçalves, M. A., & Cerejo, M. N. (2020). *Construção e validação de uma Escala de Avaliação Pré-Operatória*. Revista de Enfermagem Referência, 5 (4). Obtido de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=conforto&id_artigo=3763&id_revista=55&id_edicao=239
- Gonçalves, M. A., Cerejo, M. N., & Martins, J. C. (2017). *A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória*. Revista de Enfermagem Referência, 4(14), 17-25. Obtido de <https://www.redalyc.org/journal/3882/388255675003/388255675003.pdf>
- Haugen, A. S., Sevdalis, N., & Søfteland E. (2019). *Impacto da lista de verificação de segurança cirúrgica da Organização Mundial da Saúde na segurança do paciente*. Anestesiologia, 131(2), 420-425. Obtido de <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article-abstract/131/2/420/18051>
- Hoepers, N. J., Baccin, H. M., Dagostin, V. S., Zugnio, P. I., & Salvaro, M. S. (2021). *Cuidados de enfermagem a pacientes em pré-operatório: proposta de Checklist*. Inova Saúde, 11(2), 12-32. Obtido de <https://www.periodicos.unesc.net/ojs/index.php/Inovasauade/article/view/5251>
- Horta, C. M. (2023). *Adesão ao regime Terapêutico da Pessoa com Diabetes: Implementação de Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade*. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/47265>
- Jesus, R., Santos, M., Viveiros, A., Gomes, L., Gouveia, C., Fernandes, L., & Gomes, N. (2023). *A pessoa submetida a cirurgia urgente/emergente no contexto de uma unidade de cuidados intensivos: A prevenção de eventos adversos*. Jornal de Investigação Médica, 4(1), 39-48. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/47725>
- Kotfis, K., Zegan-Baranska, M., Szydtowski, L., Zukwski, M., & Ely, E. W. (2017). *Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients - polish version of de CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale)*. Obtido de https://www.termedia.pl/Journal/-118/pdf-38057-10?filename=pages_66-72_article_50443_en.pdf
- Marques, A., Osório, C., Aguiar, C., Lopes, G., & Rodrigues, T. (2020). *Implementação de uma bundle para redução do risco de infeção no local cirúrgico em doente submetidos a colecistectomia*. Rev. Rol enferm, 43(1), 97-103. Obtido de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-193167>
- Matos, J. C., Borges, I. N., Martins, M. A., & França, E. B. (2018). *Adesão às recomendações do uso de antibióticoprofilaxia e a ocorrência de infeção do sítio cirúrgico em pacientes pediátricos*. Revista Médica de Minas Gerais. Obtido de <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/40124>

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

- Maziero, E. C., Silva, A. E., Mantovanic, M. d., & Cruz, E. D. (2015). *Adesão ao uso de um checklist cirúrgico para a segurança do paciente*. Revista Gaúcha de Enfermagem, 36, 14-20. Obtido de <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/tH7sVvkqgZLvMGM4rGB8CbCf/?lang=pt>
- Meleis, A. (2010). *Transition Theory*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress (5ª ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. Obtido de [https://scholar.google.pt/scholar_url?url=https://www.google.com/books%3Fhl%3Dpt-PT%26lr%3D%26id%3DkPdB1vU1c1YC%26oi%3Dfnd%26pg%3DPA1%26dq%3DTheoretical%2BNursing%2Bdevelopment%2Band%2Bprogress%2B\(5%25C2%25AA%2Bed.\)%2BPhiladelphia%2BLippincott%2BWillia](https://scholar.google.pt/scholar_url?url=https://www.google.com/books%3Fhl%3Dpt-PT%26lr%3D%26id%3DkPdB1vU1c1YC%26oi%3Dfnd%26pg%3DPA1%26dq%3DTheoretical%2BNursing%2Bdevelopment%2Band%2Bprogress%2B(5%25C2%25AA%2Bed.)%2BPhiladelphia%2BLippincott%2BWillia)
- Mendes, A. P. (2020). *A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família*. Escola Anna Nery, 24. Obtido de <https://www.scielo.br/j/ean/a/tXLjjSNBkvHGndCzsL5b7Dd/?lang=pt>
- Mendes, D. I. (2021). *Consulta de enfermagem pré-operatória no programa Enhanced Recovery After Surgery: implementação e avaliação*. Obtido de <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/32257>
- Mendes, D. I., Ferrito, C. R., & Gonçalves, M. I. (2020). *A informação transmitida na consulta de enfermagem pré-operatória: percepção do cliente*. Cadernos de Saúde, 12(1), 47-53. Obtido de <https://journals.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/7683>
- Mendes, P. d., Araújo, K. d., & Morgan, P. E. (2020). *Atuação do enfermeiro na prevenção de eventos adversos no centro cirúrgico, utilizando SAEF*. BIUS - Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia, 19(13), 1-17. Obtido de <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/BIUS/article/view/7661>
- Ministério da Saúde. (1996). *Despacho nº 242/96 - Organização e gestão global dos resíduos hospitalares*. Obtido de <https://dre.tretas.org/dre/80069/despacho-242-96-de-13-de-agosto>
- Ministério da Saúde. (2014). *Despacho nº 10319/2014*. Diário da República, 2ª Série, Nº153, 11 de agosto de 2014. Obtido de <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Ministério da Saúde. (2015). *Despacho nº 13427/2015, de 16 de novembro - Rede de Urgência/Emergência*. Obtido de https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1766/ERS_-_Parecer_Ne_de_Urg_ncia-Emerg_ncia.pdf
- Ministério da Saúde. (2015). *Despacho n.º 5613/2015 - Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020*. Diário da República n.º 102/2015, Serie II de 2015-05-27. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Ministério da Saúde. (2015). *Despacho n.º 5739/2015 - Lista de indicadores para monitorização da qualidade*. Diário da República, 2ª série - N.º104 - 29 de maio de 2015. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5739-2015-67344509>
- Ministério da Saúde. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva*. Lisboa, Portugal: República Portuguesa Saúde. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Ministério da Saúde. (2020). *Despacho n.º 8118-A/2020 - Reforço do investimento na Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência em Medicina Intensiva*. Lisboa, Portugal: República Portuguesa Saúde. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/8118-a-2020-140728883>

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

- Ministério da Saúde. (2021). *Despacho n.º 9390/2021 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Diário da República, 2.ª série. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Nascimento, C. C., & Nascimento, M. d. (2023). *A importância dos cuidados de enfermagem no período pré-operatório*. Revista Eletrônica Multidisciplinar de Investigação Científica, 2(3). Obtido de <https://www.remici.com.br/index.php/revista/article/view/69>
- Netto, J. J., Dias, M. S., & Goyanna, N. F. (2016). *Uso de instrumentos enquanto tecnologia para a saúde*. Saúde em redes, 2 (1), 65-72. Obtido de <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/655>
- Netto, L., Silva, K. L., & Rúa, M. d. (2018). *Prática reflexiva e formação profissional : aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem*. Escola Anna Nery, 22. Obtido de <https://www.scielo.br/jean/a/4PmZBWVqVGydRV7xpKtGCNP/?lang=pt>
- Nunes, L. (2015). *Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica*. Revista Bioética, 23, 187-199. Obtido de <https://www.scielo.br/bioet/a/CYWtf8WLZrCy7qJNjkDhtxC/?lang=pt>
- Nunes, L. (2016). *Os limites do agir ético no dia-a-dia do Enfermeiro*. Servir, 59 (2), 7-17. Obtido de <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/23674>
- Oliveira, L. M., Queirós, P. J., & Castro, F. V. (2015). *A competência Profissional dos Enfermeiros. Um estudo em Hospitais Portugueses*. Obtido de <https://dehesa.unex.es/handle/10662/6414>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem- Enquadramento Conceptual - Enunciados Descritivos*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias - Parecer CJ/20-2001*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia orientador de boa prática*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico. Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Parecer nº20/2015 - Competências do Enfermeiro Chefe de Equipa dos Serviços de Urgência*. Obtido de https://www-ordemenfermeiros-pt.webpkgcache.com/doc/-/s/www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEEMC_Parecer_20_EnfermeiroChefe_ServicosUrgencia.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer n.º 15/2018 - Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva*. Obtido de https://www-ordemenfermeiros-pt.webpkgcache.com/doc/-/s/www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 76/2018 - Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão*. Obtido de https://www-ordemenfermeiros-pt.webpkgcache.com/doc/-/s/www.ordemenfermeiros.pt/media/8151/regulamento-n%C2%BA-76_2018-regulamento-da-compet%C3%Aancia-acrescida-avan%C3%A7ada-em-gest%C3%A3o.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 429/2018 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Caracterização dos SU da SRC "Conhecer para Intervir"*. Secção Regional do Centro. Obtido de <https://www-ordemenfermeiros-pt.webpkgcache.com/doc/-/s/www.ordemenfermeiros.pt/media/17101/su.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Obtido de <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Regulamento n.º 728/2021 - Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem Forense*. Obtido de https://www-ordemenfermeiros-pt.webpkgcache.com/doc/-/s/www.ordemenfermeiros.pt/media/23526/regulamento_7282021.pdf
- Papadakis, M., Meiwandi, A., & Grzybowski, A. (2019). *O procedimento de intervalo da lista de verificação para cirurgias mais seguras da OMS: Estratégias para otimizar a conformidade e a segurança*. *Jornal Internacional de Cirurgia*, 69, 12-22. Obtido de https://journals.lww.com/international-journal-of-surgery/fulltext/2019/09000/the_who_safer_surgery_checklist_time_out_procedure.3.aspx
- Patoleia, F. M. (2017). *Atuação em caso de emergência/catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos do CH*. (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde). Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/17629>
- Peixoto, C. N. (2017). *A Importância da Gestão de Conhecimento para o Enfermeiro Perioperatório enquanto Trabalhador do Conhecimento*. Obtido de http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1998/1/Carla_Peixoto.pdf
- Pinto, C., Gomes, T., Pires, C., Duarte, F., Mota, L., & Príncipe, F. (2021). *Fatores Preditivos de Decompensação da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência*. Obtido de <https://www.redalyc.org/journal/6777/67772687002/67772687002.pdf>
- Pires, V. M. (2020). *"Apenas falar, não é comunicar" - A comunicação do enfermeiro com a família/pessoa em situação crítica no SU*. (Doctoral dissertation). Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33518>
- Pratas, A. R. (2017). *Fatores que influenciam a ocorrência de erros de medicação, enquanto esta está sob a gestão do enfermeiro, no Serviço de Urgência*. Obtido de https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=58528&codigo=432

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

- Radaelli, C., Costa, A. E., & Pissai, L. F. (2019). *O cuidado humanizado no ambiente de urgência e emergência: Uma revisão integrativa*. Obtido de Research, Society and Development 8(6), e37861057: <https://www.redalyc.org/journal/5606/560662197037/560662197037.pdf>
- Relvas, R. (2018). *Implementação e organização da formação em serviço na USF SALUS*. Obtido de (Doctoral dissertation): <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/23528>
- Ribeiro, A. I. (2021). *Avaliação do risco de úlcera de pressão no doente crítico: estudo comparativo entre a escala de Braden e a escala de Cubbin-Jackson*. Doctoral dissertation. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/35655>
- Rodrigues, G. V., Cortez, Y. S., & Santos, E. C. (2020). *Educação permanente em saúde nos serviços de urgência e emergência: uma revisão integrativa*. Research Society and Development, 9(8), e14985269. Obtido de <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5269>
- Rosa, R. (2018). *Implementação e organização da formação em serviço na USF SALUS*. (Doctoral dissertation). Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/23528>
- Santos, C. (2013). *Contributos para a Implementação da Enfermagem Forense em Portugal*. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses. Obtido de <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/26042>
- Santos, C., Nascimento, E. R., Hermida, P. M., Galetto, S. G., Silva, N. J., & Salum, N. C. (2020). *Boas práticas de enfermagem a pacientes em ventilação mecânica invasiva na emergência hospitalar*. Escola Anna Nery, 24, e20190300. Obtido de <https://www.scielo.br/j/ean/a/JGF6Twsvmzj5wgrpBcVqxch/>
- Silva, A. d. (2023). *Conhecimento da Enfermagem sobre as medidas de prevenção e controle de infeções no Centro Cirúrgico: estudo de revisão*. Obtido de <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/7284>
- Silva, M. M. (2014). *Prevenção da Infecção relacionada com o cateter venoso central*. Obtido de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1418375>
- Silva, M. T. (2017). *Método de trabalho de Enfermeiro Responsável: Melhoria da Qualidade*. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/20881>
- Smith, A., Kisiel, M., & Radford, M. (2016). *Manual Oxford de enfermagem cirúrgica*. Imprensa da Universidade de Oxford. Obtido de <https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=o8kwDAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=+Oxford+handbook+of+surgical+nursing&ots=628Y73pTfI&sig=4kOIBMhFk9EHKYIR3jELGFravws>
- Sousa, A. C. (2020). *Prototipagem de um Sistema de Triagem Dinâmica para Urgências Hospitalares*. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/130203/2/429881.pdf>
- Sousa, J. B., Brandão, M. d., Cardoso, A. L., Archer, A. R., & Belfort, I. C. (2020). *Comunicação efetiva como ferramenta de qualidades: Desafio na segurança do paciente*. Brazilian Journal of Health Review, 3 (3), 6467-6479. Obtido de <http://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/5168>
- Souza, R. M., Araújo, M. G., Veríssimo, R. C., Comassetto, I., Ferreira, F. A., & Bernardo, T. H. (2016). *Aplicabilidade do checklist de cirurgia segura em centros cirúrgicos hospitalares*. Revista SOBCEC, 21(4), 192-197. Obtido de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/02/831532/sobecc-v21n4_pt_192-197.pdf
- Souza, T. G., Oliveira, S. M., & Silva, M. E. (2019). *Avaliação da dor no paciente adulto crítico: proposta de construção de um fluxograma baseado em evidências científicas*. Revista Enfermagem Atual in Derme, 90(28). Obtido de <http://www.revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/489>

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

- Souza, V. C., & Pereira, E. d. (2022). *A assistência da enfermagem na prevenção de infecção de sítio cirúrgico*. Research, Society and Development, 11(14), e182111436249. Obtido de <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36249>
- Stahlschmidt, A., Novelo, B., Freitas, L. A., Cavalcante, P. S., Dussán-Sarria, J. A., Félix, E. A., Stefani, L. P. (2018). *Preditores de mortalidade intra-hospitalar em pacientes submetidos a cirurgias não eletivas em um hospital universitário: uma coorte prospectiva*. Revista Brasileira de Anestesiologia, 68, 492-498. Obtido de <https://www.scielo.br/j/rba/a/jMQyGC4LmD7BbDGSPvWb6rp/?lang=pt>
- Teixeira, A. C., & Vieira, F. (2020). *O perfil do enfermeiro numa unidade de cuidados intensivos*. Enfermagem em cuidados intensivos, 20-24. Obtido de https://www.researchgate.net/publication/348555848_O_Perfil_do_Enfermeiro_n_uma_Unidade_de_Cuidados_Intensivos
- Tobin, F. S. (2021). *Cuidados de enfermagem pré e pós cateterismo: uma revisão integrativa*. Obtido de <https://repositorio.ufgd.edu.br/jspui/handle/prefix/5083>
- Veloso, D. C. (2018). *Conhecimento sobre a cultura de segurança do paciente e implementação de medidas para a sua melhoria em uma unidade de saúde de São Luis*. (Doctoral dissertation). Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/25477>
- Venturi, V., Viana, C. P., Maia, L. F., Basilio, M. J., Oliveira, A. A., Sobrinho, J. C., & Melo, R. S. (2016). *O Papel do enfermeiro no manejo da monitorização hemodinâmica em unidades de terapia intensiva*. Obtido de <http://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/103>
- Vilhena, J. C. (2018). *Segurança em Contexto de Sobrelotação de Serviço de Urgência: Proposta de Intervenção de Enfermagem Especializada*. (Doctoral dissertation). Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/27954>
- Watson, J. C. (2022). *Avaliação da dor - Distúrbios neurológicos*. Obtido de <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/dist%C3%BArbios-neurol%C3%B3gicos/dor/avalia%C3%A7%C3%A3o-da-dor>
- Westman, M., Takala, R., Rahi, M., & Ikonen, T. (2020). *A necessidade de listas de verificação de segurança cirúrgica em neurologia agora e no futuro - uma revisão sistemática*. Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878875019325847>
- World Health Organization. (2009). *Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009 - Cirurgia segura salva vidas*. Obtido de <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598552-por.pdf>
- World Health Organization. (2017). *A Strategic Framework for Emergency Preparedness (World Heal)*. WHO Document Production Services. Obtido de <https://www.who.int/publications/i/item/a-strategic-framework-for-emergencypreparedness>
- World Health Organization. (2017). *Patient safety: making care safer*. Obtido de (WHO/HIS/SDS/2017.11): <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf>
- World Health Organization. (2020). *Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde*. Obtido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Zielke, H. (2020). *Análise da antibioticoprofilaxia no pré-operatório*. Obtido de <https://rd.uffs.edu.br/handle/prefix/4104>

APÊNDICES

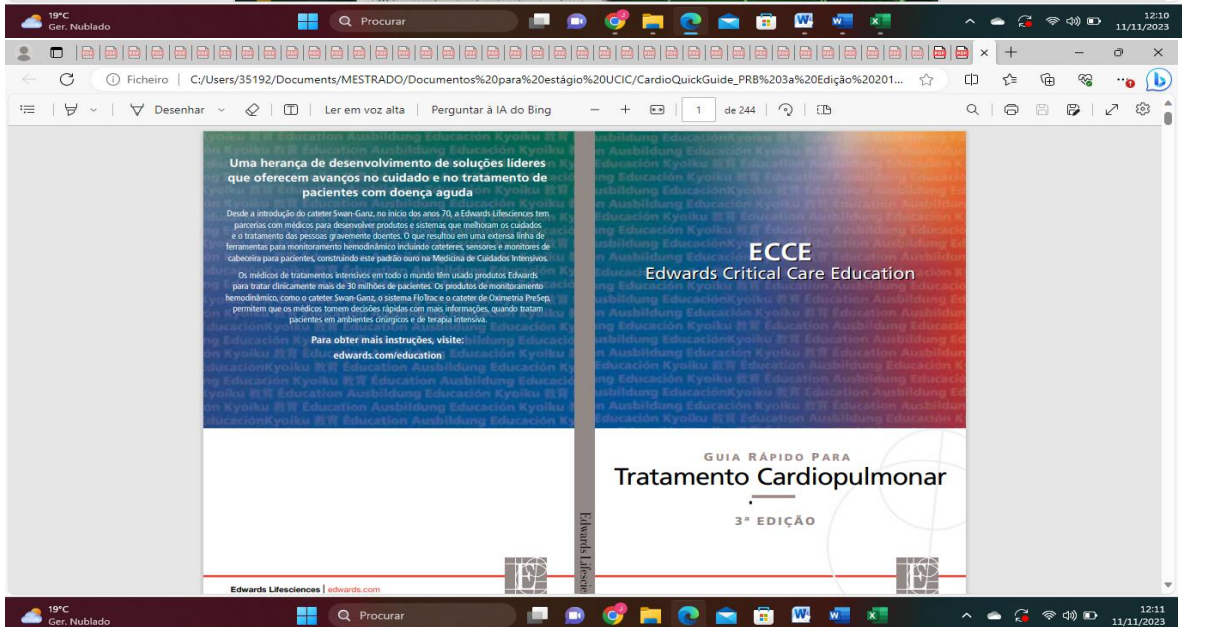
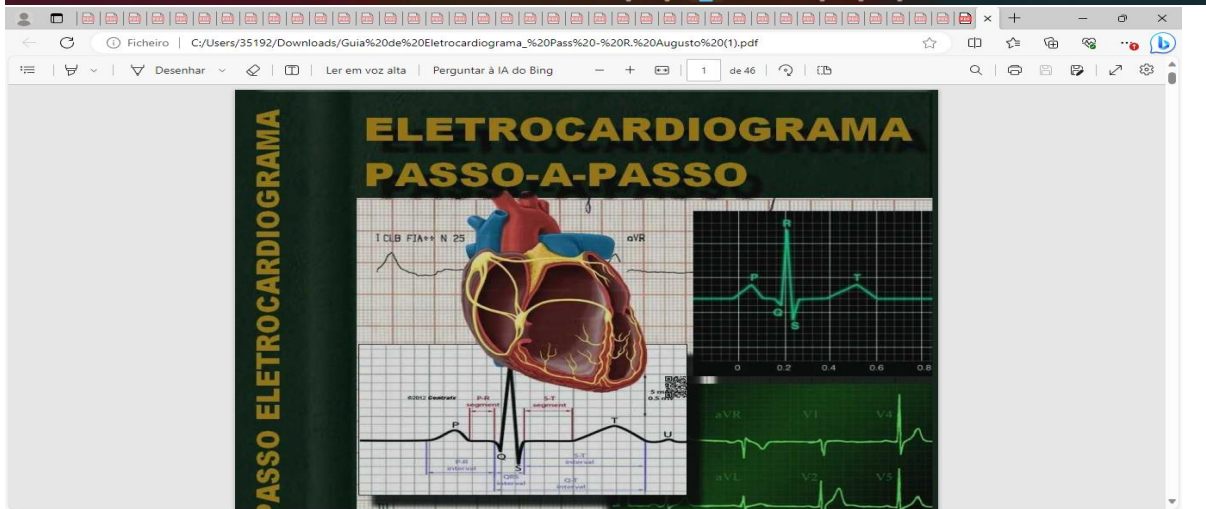
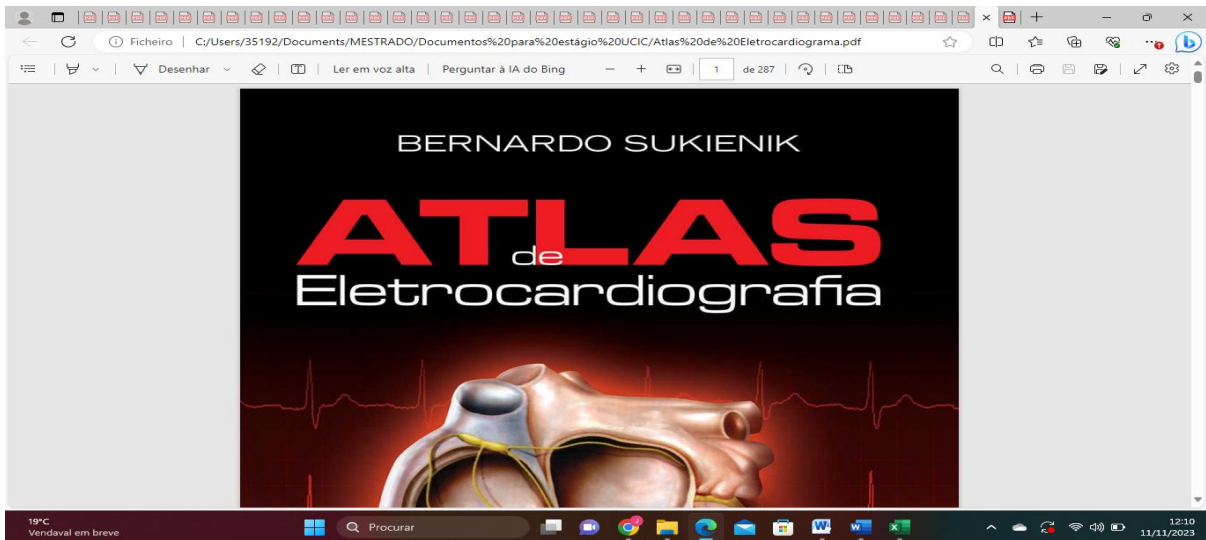
**APÊNDICE I – PROPOSTA DE MELHORIA DA FOLHA DE PASSAGEM DE TURNO -
ISBAR**

FOLHA PASSAGEM DE TURNO - ISBAR

BOX	Identificação		Situação	Antecedentes		Avaliação					Recomendações		
	Nome	Idade	Motivo de admissão/ Diagnóstico	História/Dados médicos relevantes	Colonização/infeção + Alergias	Sinais Vitais + Glicémia Capilar	Nível de consciência+ Grau dependência	Integridade cutânea+ Dispositivos médicos	Diurese	Exames	Dieta		Destino
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
Q1													
Q2													

I – Identificação S – Situação Atual/Causa B – Antecedentes/Anamnese A – Avaliação R - Recomendações

APÊNDICE II - PARTILHA DE DOCUMENTOS ATUALIZADOS



ESC European Society of Cardiology
 European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care (2023) 12, 513–517
<https://doi.org/10.1093/ehjacc/zaad077>

REVIEW
 General Intensive Care

Haemodynamic, oxygenation, and ventilation targets after cardiac arrest: the current ABC of post-cardiac arrest intensive care

Jesper Kjaergaard^{1,2*} and Jacob Eifer Møller^{1,3}

¹Department of Cardiology, The Heart Center, Copenhagen University Hospital Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, Copenhagen 2100, Denmark; ²Department of Clinical Medicine, University of Copenhagen, Blegdamsvej 3B, 2200 Copenhagen, Denmark; and ³Department of Cardiology, Odense University Hospital, JB Winsløwvej 4, Odense 5000, Denmark

Received 26 June 2023; editorial decision 4 July 2023; accepted 8 July 2023; online publish-ahead-of-print 18 July 2023

Introduction

Patients remaining in coma after having been resuscitated from out-of-hospital cardiac arrest (OHCA) frequently require intensive care. These patients are usually managed by a guideline-recommended, goal-directed approach to support and maintain organ function.¹ Since hypoxic brain injury is the leading cause of death in these patients,² neuroprotective strategies and interventions have been implemented and investigated. In fact, post-resuscitation care has come to represent a bundle of strategies and goal-directed interventions administered over the first 2–5 days following cardiac arrest.³

While research in post-cardiac arrest care of OHCA patients has been dominated by targeted temperature management (TTM) and neurological prognostication,⁴ the other aspects of optimizing therapy have received less scientific attention. Targeted temperature management was originally implemented after two randomized clinical trials.

A: airways

Protection of airways with endotracheal intubation is usually needed in patients undergoing TTM after spontaneous circulation has been restored,⁵ since the lack of consciousness after Return of Spontaneous Circulation (ROSC) is a major factor for the indication of TTM. Whether orotracheal intubation should be performed prior to hospitalization is highly controversial.⁶

Guidelines generally agree that endotracheal intubation for treating cardiac arrest is preferable over the use of laryngeal devices and mask ventilation.³ Two randomized trials have not provided evidence that laryngeal tubes are preferable over pre-hospital endotracheal intubation in the OHCA setting in terms of differences in outcomes,^{8,9} as laryngeal tube insertion was associated with a greater survival rate of up to 72 h and up to hospital discharge in one trial.⁸ However, this result should be interpreted in the light of unsuccessful endotracheal intubation.

ISSN 2317-5079

Costa, G. R. et al.

Atuação do enfermeiro no serviço de hemodinâmica...

Centro Universitário Uninovafapi
Revista Interdisciplinar
 ISSN 2317-5079

Qualis B4

REVISÃO INTEGRATIVA

Atuação do enfermeiro no serviço de hemodinâmica: uma revisão integrativa
Practice nurses in service hemodynamic: an integrative review
Enfermeras de prática em serviço hemodinâmica: uma revisão integradora

Girlene Ribeiro da Costa¹, Saraí de Brito Cardoso², Luciane Leal Sousa³, Thiago Ramon Soares⁴, Adriana Kelly Almeida Ferreira⁵, Francielzo Ferreira Lima⁶

RESUMO
 Este estudo tem como objetivo analisar a atuação do enfermeiro no serviço de hemodinâmica descrito na literatura.

Revista Científica de ENFERMAGEM

Artigo de Revisão

COMPETÊNCIA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA


Resumo: Este estudo teve como objetivo analisar as competências profissionais dos enfermeiros atuantes em Unidades de Terapia Intensiva. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura onde foram consultadas as bases de dados LILACS, SCIELO e BDNF nos meses de outubro a novembro de 2020 com os descritores em saúde: "Papel do Profissional de Enfermagem", "Unidades de Terapia Intensiva", "Enfermagem em Emergência" e "Competência Profissional". Foram analisados 06 artigos, agrupados de acordo com as unidades temáticas relacionadas às competências que os enfermeiros devem possuir para atuar na Unidade de Terapia Intensiva, sendo elas: liderança, conhecimento técnico-científico, trabalho em equipe, tomada de decisão, gerenciamento do cuidado de enfermagem/gerenciamento dos recursos humanos e materiais/desempenho assistencial, comunicação, educação continuada e permanente e humanização. As competências profissionais dos enfermeiros identificadas nos estudos fornecem informações importantes que permitem elaborar diretrizes para a construção do perfil do enfermeiro e estimular/mobilizar as práticas de cuidado desse profissional.
 Descritores: Papel do Profissional de Enfermagem, Unidades de Terapia Intensiva, Enfermagem em Emergência, Competência Profissional.

Professional competence of nurses in Intensive Care Units: an integrative literature review

Abstract: This study aimed to analyze the professional skills of nurses working in Intensive Care Units. This is an integrative literature review where LILACS, SCIELO and BDNF databases were consulted between October and November 2020 with the health descriptors: "Role of the Nursing Professional", "Intensive Care Units", "Emergency Nursing" and "Professional Competence". 06 articles were distributed, grouped according to the thematic units related to the skills that nurses must have to work in the Intensive Care Unit, which are: leadership, technical and scientific knowledge, teamwork.

Ficheiro | C:/Users/35192/Documents/MESTRADO/Documentos%20para%20estágio%20UIC/75-1141-1-PB%20(1).pdf

Desenhar | Ler em voz alta | Perguntar à IA do Bing | 1 de 15



CARATERIZAÇÃO DO DOENTE COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

CHARACTERIZATION OF THE PATIENT WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

CARACTERIZACIÓN DEL PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCÁRDIO

Dora Fonseca Saraiva (dorasaraiva@ipp.pt)*


RESUMO

A doença coronária tem enorme impacto na saúde pública, pelo que se torna fundamental a sua análise e caracterização. O estudo tem como objetivo caracterizar o doente com enfarte agudo do miocárdio no Centro Hospitalar Cova da Beira, quanto a dados demográficos, situação clínica, fatores de risco e intervenção/abordagem terapêutica e identificar áreas de potencial melhoria no atendimento destes doentes. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de caráter transversal e retrospectivo. A colheita de dados decorreu no último trimestre de 2011 e incluiu nos processos clínicos dos doentes com diagnóstico de EAM no ano de 2010. Os dados foram analisados com base na estatística descritiva e inferencial. De um total de 174 doentes, salienta-se uma amostra constituída maioritariamente homens com idade média de 73 anos. Entre os fatores de risco destaca-se a presença de hipertensão arterial seguida de dislipidémia e diabetes. O tempo médio dor-serviço de urgência foi 177 minutos e o tempo médio para a realização do 1º electrocardiograma nos doentes tratados com dor forte foi 10,21 minutos. A fibrinólise foi realizada em 73,5% dos doentes com um tempo porta-agulha médio de 56 minutos. A maioria dos doentes realizou coronariografia e 64,0% foram submetidos a angioplastia

19°C Ger. Nublado | 12:17 11/11/2023

Ficheiro | C:/Users/35192/Documents/MESTRADO/Documentos%20para%20estágio%20UIC/Cuidados%20de%20enfermagem%20ao%20doen...

Desenhar | Ler em voz alta | Perguntar à IA do Bing | 1 de 235



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Cuidados de Enfermagem Especializados ao Doente Crítico com Pacemaker Provisório

Andreia Catarina Soares Paraíba Lopes

Orientação: Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

19°C Ger. Nublado | 12:19 11/11/2023

Ficheiro | C:/Users/35192/Documents/MESTRADO/Documentos%20para%20estágio%20UIC/Cuidados%20de%20enfermagem%20na%20insufi...

Desenhar | Ler em voz alta | Perguntar à IA do Bing | 1 de 7

ARTIGO DE REVISÃO

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: SCOPING REVIEW

NURSING CARE FOR PEOPLE WITH HEART FAILURE: SCOPING REVIEW

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA PERSONAS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA. REVISIÓN DE ALCANCE

Maria Nalane Rolim Nascimento* (<https://orcid.org/0000-0001-9115-1485>)
 Amanda Gomes dos Santos* (<https://orcid.org/0000-0003-1246-362X>)
 Nivaldo Ribeiro Neto* (<https://orcid.org/0000-0001-9226-444X>)
 Nuno Damácio de Carvalho Félix* (<https://orcid.org/0000-0002-0102-3023>)
 Gláuber da Silva Quirino* (<https://orcid.org/0000-0001-5488-7071>)
 Cátia Juliana de Oliveira* (<https://orcid.org/0000-0002-8920-6833>)

Descritores
 Enfermagem; Cuidados de enfermagem; Insuficiência cardíaca; Revisão; Teoria de enfermagem

Descritores
 Nursing; Nursing care; Cardiac insufficiency; Review; Nursing theory

Descritores
 Enfermería; Cuidado de enfermería; Insuficiencia cardíaca; Revisión; Teoría de enfermería

Submetido: 6 de Janeiro de 2023
 Aceite: 17 de Março de 2023

Conflitos de Interesse:
 Nenhum autor de declaração subscrita Terminologia da CID-10 para a Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Insuficiência Cardíaca Crónica.

RESUMO
Objetivo: Identificar os cuidados de enfermagem à pessoa com insuficiência cardíaca e mapeá-los nas necessidades humanas básicas.
Método: Scoping review, cujo base nas recomendações do Instituto Joanna Briggs Institute, baseado no *Communitative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE via EBSCO)*. Os estudos foram analisados de forma descritiva e mapeados a partir das necessidades humanas.
Resultados: Foram selecionados 28 artigos, publicados entre janeiro de 2000 a junho de 2020 e identificados 103 cuidados de enfermagem mapeados em 17 níveis das necessidades, produzindo as psicobiologias (64%) nos níveis Organização e Atividade física, psicosociais (17%), nos níveis Liberdade e participação e Educação para a saúde e aprendizagem, e psicoperceptuais (16%) no nível Espiritualidade e Felicidade.
Conclusão: Foi possível identificar os cuidados de enfermagem para a pessoa com insuficiência cardíaca, enquanto subscrito e construído de instrumentos, assistências.

ABSTRACT
Objective: to identify nursing care for people with heart failure and map them to basic human needs.
Methods: Scoping review, based on the recommendations of the Joanna Briggs Institute, based on *Communitative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE via EBSCO)*. The findings were analyzed descriptively and mapped from human needs.
Results: 28 articles were selected, published between January 2000 and June 2020 and 103 nursing care were identified, mapped on 17 levels of needs, with psychobiologies (64%) prevailing on the levels of Organization and Physical Activity/psychosocial (17%) at the levels Freedom and participation and Education for health and learning, and psychoperceptual (16%) in the Spirituality and Wellbeing level.
Conclusion: It was possible to identify nursing care for people with heart failure, as a subsidy in the construction of care instruments.

DESCRITORES

20°C Ger. Nublado | 12:21 11/11/2023

CURSO DE MESTRADO EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

**Transição Saúde-Doença na Pessoa com
Enfarte Agudo do Miocárdio**

Sílvia Patrícia Esteves Paiva

20°C Perto do registo 12:23 11/11/2023

Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO

Estudos de Usabilidade de um Dispositivo Inovador de Reabilitação Para Pessoas em
Situação Pós-Enfarte

Rafael Alves Bernardes

20°C Húmido 12:25 11/11/2023

acervo+
INDEX BASE

Revista Eletrónica Acervo Saúde | ISSN 2178-2091

**Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes com
insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva:
revisão integrativa**

Nursing diagnoses and interventions for patients with congestive heart failure in an
intensive care unit: an integrative review

Diagnósticos e intervenciones de enfermería para pacientes con insuficiencia cardíaca
congestiva en una unidad de cuidados intensivos: una revisión integradora

Tais Lins Severo da Silva^{1*}, Anieli Tavares da Silva², Elisama da Paz Oliveira Lima², Camila Carvalho
dos Santos¹, Carmina Silva dos Santos¹, Maria de Fátima Costa Caminha¹, Suzana Lins da Silva¹.

RESUMO

Objetivo: Identificar na literatura científica sobre os diagnósticos e intervenções de enfermagem relacionadas aos pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. **Métodos:** Trata-se de revisão integrativa de literatura. **Resultados:** De acordo com os 15 artigos resultantes da busca, a literatura apontou 9 diagnósticos e 11 intervenções. A maioria dos estudos apresentou diagnósticos e intervenções de enfermagem relacionados ao comprometimento do sistema cardiopulmonar, decorrentes das complicações da Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) comumente encontradas em pacientes adultos e idosos baseados na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). **Considerações finais:** Os diagnósticos de enfermagem mais encontrados na literatura foram dispneia, troca de gases prejudicada, edema de membros inferiores, função cardíaca prejudicada, fadiga, débito cardíaco prejudicado, dor, risco para infecção e risco para queda. Em paralelo, as intervenções utilizadas destinam-se à conservação da estabilidade de órgãos-alvo, como coração e pulmão. Os resultados mostram-se atuais e de qualidade, encontrados em importantes bases de

20°C Húmido 12:25 11/11/2023

C:\Users\35192\Documents\MESTRADO\Documentos%20para%20estágio%20UCIC\ECMO%20como%20terapia%20em%20choque%20cardiogénico%20pós-eam.pdf

ECMO COMO TERAPIA EM CHOQUE CARDIOGÉNICO PÓS-EAM

ECMO AS THERAPY IN POST-AMI CARDIOGENIC SHOCK

Autores
Valentia Justino - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias - Instituto Politécnico de Castelo Branco, BSC
Helena Brandão - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental EPE, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias - Instituto Politécnico de Castelo Branco, BSC
Patrícia Coelho - Sport, Health & Exercise Unit (SHERU) | Qualidade de Vida no Mundo Rural (QRur) - Instituto Politécnico de Castelo Branco, IPQ
Ana Rosa - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias - Instituto Politécnico de Castelo Branco, BSC; AlC Student

Centro de execução do trabalho
Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias - Instituto Politécnico de Castelo Branco
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental EPE

Conflitos de interesse
A equipa de investigação declara a não existência de conflitos de interesse na realização do estudo.

Fontes de financiamento
Não existe qualquer fonte de financiamento de contribuição para a realização do estudo.

Email do autor responsável
valentiajustino@gmail.com

Tipo de artigo
Case Clínic

20°C Humido 12:26 11/11/2023

C:\Users\35192\Documents\MESTRADO\Documentos%20para%20estágio%20UCIC\Filipa_Sendim.pdf

Perfil do Enfermeiro para o Exercício da Prática Profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos

Filipa Mariana da Rocha Sendim

20°C Ger. Nublado 12:27 11/11/2023

C:\Users\35192\Documents\MESTRADO\Documentos%20para%20estágio%20UCIC\Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2020.pdf

MANUAL DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

DFEM
DEPARTAMENTO DE FORMAÇÃO EM EMERGÊNCIA MÉDICA

Suporte Avançado de Vida

INEM

20°C Ger. Nublado 12:31 11/11/2023

C:\Users\35192\Documents\MESTRADO\Documentos%20para%20estágio%20UIC\Mestrado-Enfermagem_Comunitaria_e_de_Saude...

Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem
Área de especialização | Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

"Prevenção das doenças cardiovasculares na população em idade ativa: Um projeto de intervenção numa região do Alentejo"

Rute Cristina Nunes Vitorino

11 de novembro de 2023

C:\Users\35192\Documents\MESTRADO\Documentos%20para%20estágio%20UIC\Pocket_Definicao-Enfarte_compressed.pdf

Recomendações de Bolso de 2018 da ESC

Comissão para as Recomendações Práticas

4.ª Definição Universal de EM
Definição Universal de Enfarte do Miocárdio

ESC Sociedade Europeia de Cardiologia

VERSÃO PORTUGUESA

C:\Users\35192\Documents\MESTRADO\Documentos%20para%20estágio%20UIC\nis.+58-67.pdf

RIS | 2018 vol.1(1), 57-66

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO

TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA NA PESSOA COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO: ESTUDO QUALITATIVO
Health-disease transition in the person with acute myocardial infarction: qualitative study
Transición salud-enfermedad en la persona con infarto agudo de miocárdio: qualitative study

Sílvia Paiva¹, Paulo Ferreira^{2*}

RESUMO:
Enquadramento: o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) provoca alterações significativas na qualidade de vida da pessoa, no seu autocuidado, na sua vida familiar, profissional e social. **Objetivos:** compreender o significado que as pessoas atribuem ao EAM e ao internamento numa Unidade Cuidados Intensivos Coronários; identificar as suas preocupações e necessidades; perceber as vivências relativamente à preparação para o regresso a casa; perceber as alterações provocadas pelo EAM na vida destas pessoas. **Metodologia:** estudo qualitativo de abordagem fenomenológica, com recurso ao modelo de análise de Giorgi. A amostra foi intencional e as oito entrevistas foram realizadas entre janeiro e maio de 2015 a pessoas submetidas a cateterismo cardíaco pós EAM e três meses após o procedimento. **Resultados:** emergem três temas relativos às vivências: do EAM, nomeadamente sintomas, sentimentos de choque e medo da morte; da hospitalização que foi vivida com limitações como a falta de informação, imobilização no leito e limitação no número de visitas e por outro lado a valorização dos profissionais de saúde nomeadamente a rapidez de atuação, competência e segurança transmitida; do regresso a casa. **Conclusão:** o EAM é um acontecimento marcante, todos os participantes referiram modificação de comportamentos de risco, o que denota um processo de transição. **Palavras-Chave:** transição; enfarte agudo do miocárdio; vivências; regresso a casa

ABSTRACT:
Background: the AMI is the leading cause of death in the world. It still causes significant changes in the quality of life, in self-care, in family life, in social and professional life and it also causes high morbidity. **Objectives:** understanding the meaning that people attach to AMI and to the fact of being hospitalized in a Coronary Intensive Care Unit; identifying the concerns and needs of these people; Understanding which experiences concerning the preparation for homecoming; Understanding the changes caused by AMI in these people's lives. **Methodology:** qualitative study of phenomenological approach using the analysis model proposed by Giorgi. Eight patients who underwent cardiac catheterization after AMI were interviewed between January and May 2015, an intentional sample was used, and the interview was conducted at least three months after the procedure. **Results:** three themes emerge regarding lived experiences of AMI, namely symptoms, feelings of shock and fear of

* Curso de Pós-graduação e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
¹ Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENC) da Unidade Científico-Educativa de Enfermagem Médico-Cirúrgica (UCPEMC); Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestrado em Sociocritica e de Saúde; Doutoramento - Temas Críticos de Intervenção Psicológica em Educação, Saúde e Qualidade de Vida, Universidade de Entre-douro

20°C Ger. Nublado 12:38 11/11/2023

Ficheiro | C:/Users/35192/Documents/MESTRADO/Documents%20para%20estágio%20UIC/Visão%20das%20INTERVENÇÕES%20DE%20ENFE...
Desenhar | Ler em voz alta | Perguntar à IA do Bing | 1 de 16

NTOR New Trends in Qualitative Research

VOLUME 18
Qualitative Research in Health
Investigação Qualitativa em Saúde
Investigación Cualitativa en Salud

DOI:
<https://doi.org/10.36347/ntr.18.1023.e826>

Irina Pais
João Rosado
André Cardoso
Mariana Almeida
Sandra Neves

Data de submissão: 03/2023
Data de avaliação: 04/2023
Data de publicação: 07/2023

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO APÓS ICP

RESUMO
Contextualização: Durante 2019 houve 4 275 mortes devido à EAM, tendo diminuído 7,5% em relação a 2018 (INE, 2021). A angioplastia reduziu a mortalidade e morbilidade desta patologia, contudo não está isenta de riscos. Com esta revisão narrativa pretende-se identificar as intervenções de enfermagem nos doentes com EAM pós-angioplastia na UCI, concentrando-se na prevenção e tratamento das possíveis complicações, através do ensino ao doente para o autocuidado. **Objetivo:** Identificar intervenções de enfermagem para doentes com EAM após a angioplastia na UCI. **Metodologia:** Realizou-se a pesquisa de dados desta revisão narrativa da literatura através do CINAHL, Complete e MEDLINE Complete. Estabeleceu-se o limite temporal entre 2014 e 2021, incluindo artigos escritos em português, inglês e espanhol. Utilizou-se literatura científica para complementar a informação. **Resultados:** A investigação resultou em 16 artigos, relacionados com intervenções de enfermagem pós-angioplastia em doentes que saíram da EAM. Estas intervenções incluem monitorização hemodinâmica, prevenção de complicações, incluindo hemorragia, isquemia coronária do dor, perfúria da artéria e ensino para aumentar o literacia em saúde. **Condições finais:** Através da análise crítica da literatura com a prática clínica, foi possível inferir que as intervenções dos enfermeiros num cuidado contínuo, desde a admissão ao período intra e pós-procedimento até aos encaminhamentos na alta e ao acompanhamento pós-alta. Determinaram-se um conjunto de intervenções importantes que podem ser divididas em 4 grupos centrais de ação com ganhos de saúde: identificação e a prevenção de complicações e organização dos cuidados de enfermagem; Satisfação do doente e Promoção da saúde, bem-estar e autocuidado e reabilitação funcional.

Palavras-Chave: Enfarte agudo do miocárdio; Angioplastia; Unidade de cuidados intensivos; Revisão narrativa; Intervenções de enfermagem.

NURSING INTERVENTIONS FOR CLIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AFTER PCI

Abstract
Contextualization: During 2019 there were 4 275 deaths due to AMI, having decreased by 7.5% compared to 2018 (INE, 2021). Angioplasty has reduced the morbidity and mortality of this pathology however it is not risk free. With this literature review, we intend to identify the nursing interventions for patients with postangioplasty AMI in the ICU, focusing on the prevention and the

20°C Ger. Nublado | 12:39 11/11/2023

Ficheiro | C:/Users/35192/Documents/MESTRADO/Documents%20para%20estágio%20UIC/Visualização%20de%20Consulta%20de%20Enfer...
Desenhar | Ler em voz alta | Perguntar à IA do Bing | 1 de 15

Revista da UIIPS - Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém, Vol. VI, N.º 2, 2018, pp. 80-94
ISSN: 2182-9608
<https://revistas.rcaap.pt/uiips/>

Consulta de Enfermagem: Intervenção dos Enfermeiros com pessoas portadoras de PMD e CDI. Um estudo qualitativo

Nursing Consultation: Nurses Intervention with persons carriers of PPMs and ICD. A qualitative research

José Amendoeira
Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde; Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém (UIIPS); Investigador Colaborador do Centro de Investigação e Qualidade de Vida (CIEQV); Unidade de Monitorização de Indicadores de Saúde (UMIS) - Investigador Integrado no Universidade Católica Portuguesa (CIUS/UCP); Portugal
josé.amendoeira@essauide.ipsantarém.pt

Anabela Cândido
Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde; Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém (UIIPS) - Unidade de Monitorização de Indicadores de Saúde (UMIS); Portugal
anabela.candido@essauide.ipsantarém.pt

Cassilda Sarroeira
Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde; Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém (UIIPS) - Unidade de Monitorização de Indicadores de Saúde (UMIS); Portugal
cassilda.sarroeira@essauide.ipsantarém.pt

Fátima Cunha
Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde; Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém (UIIPS) - Unidade de Monitorização de Indicadores de Saúde (UMIS); Portugal
fátima.cunha@essauide.ipsantarém.pt

20°C Ger. Nublado | 12:39 11/11/2023

Ficheiro | C:/Users/35192/Documents/MESTRADO/Ensino%20clínico%20UIC/Cuidados%20de%20enfermagem%20pré%20e%20pós%20c...
Desenhar | Ler em voz alta | Perguntar à IA do Bing | 1 de 27

UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS

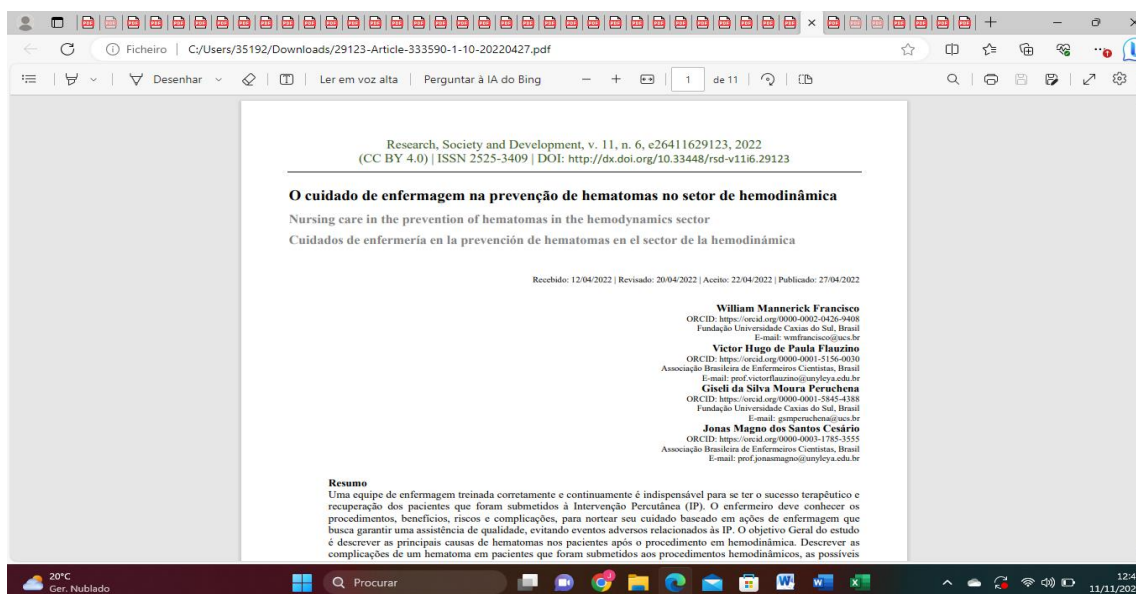
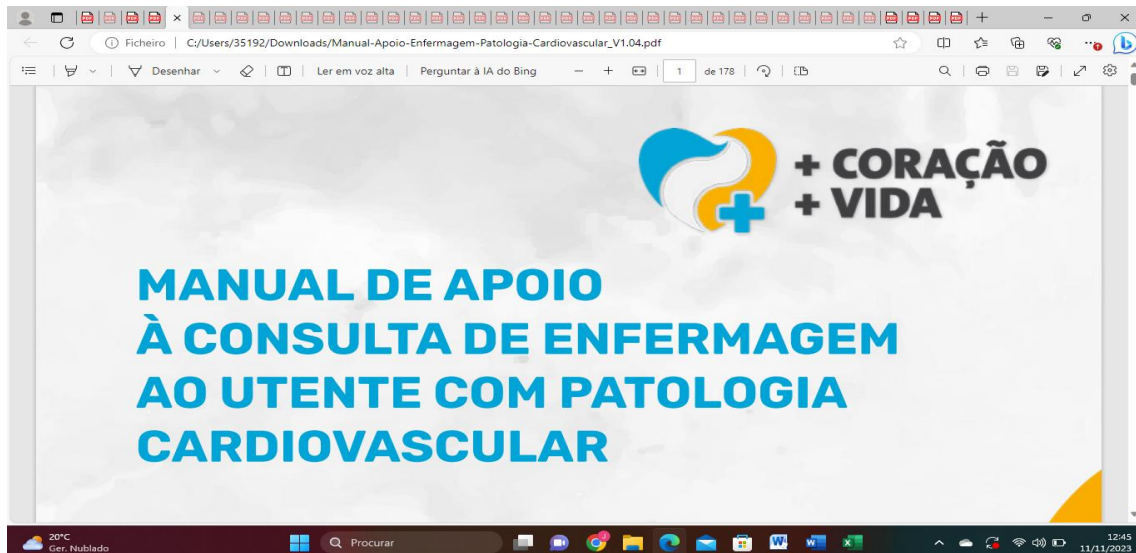
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

ATENÇÃO CARDIOVASCULAR

FERNANDA DOS SANTOS TOBIN

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRÉ E PÓS CATETERISMO CARDÍACO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

20°C Ger. Nublado | 12:44 11/11/2023



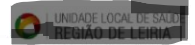
APÊNDICE III - PÓSTER – GASOMETRIA ARTERIAL: UMA BREVE REVISÃO

GASOMETRIA ARTERIAL: UMA BREVE REVISÃO

Andreia Domingues, Flávia Brás, Inês Oliveira & Joana Gonçalves

Estudantes do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Enfermeiros Orientadores: Cristiana Cardoso, Angela Vieira, Mónica Silva, Inês Vieira, Micael Fernandes, Ana Abreu, Ruben Fidalgo e Catarina Marques
Serviço de Medicina Intensiva da Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E. – Hospital de Santo André
Janeiro, 2024



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

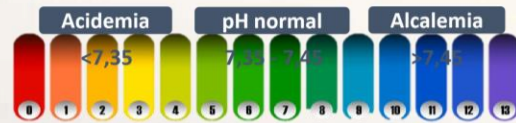
pH	7,35 - 7,45
PaO ₂	80 - 100 mmHg
PaCO ₂	35 - 45 mmHg
HCO ₃ ⁻	22 - 26 mEq/L
CO ₂ total	24 - 31 mmol/L
Base excess (B.E.)	-2 - +2 mEq/L
SatO ₂	95 - 99%

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



Referências Bibliográficas:

- Costa, M. (2012). *Gases Sanguíneos / Equilíbrio Ácido-base*. Universidade de Évora. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/5396/1/Gases%20sangu%C3%AAdneos%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, F. D. B. O. (2017). Gasometria arterial: aplicações e implicações para a enfermagem. *Revista Amazônia Science & Health*, 5(2), 33-39. DOI: 10.18606/2318-1419