

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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de
Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

“Registos da preparação da transferência inter-hospitalar da pessoa em situação crítica”

Catarina Neves Margalho, n.º 5190767

Leiria, Março de 2023

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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de
Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

“Registos da preparação da transferência inter-hospitalar da pessoa em situação crítica”

Apresentado ao Instituto Politécnico de Leiria para Obtenção do Grau de Mestre em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

Catarina Neves Margalho, n.º 5190767

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

Professora Orientadora: Cristina Raquel Batista Costeira

Leiria, Março de 2023

“Se podes olhar, vê. Se podes ver, repara.”

José Saramago

AGRADECIMENTOS

Com o terminar desta longa jornada quero expressar a minha gratidão e sincero agradecimento a todos aqueles que partilharam comigo esta caminhada. Deixo um especial agradecimento aos que me acompanharam mais de perto:

Aos meus pais, à Inês, ao Pedro, aos meus tios e tia favoritos, ao Ricardo e a toda a restante família, por serem o meu exemplo, por todo o apoio incondicional e motivação.

Ao Rodrigo, por tolerares e compreenderes as minhas ausências, por todo o amor e carinho, por me incentivares a dar o meu melhor e acreditares nas minhas capacidades.

Aos Docentes Maria dos Anjos Dixe, Cristina Costeira, Custódio Soares e Susana Mendonça pela vossa excelente orientação, ajuda, compreensão, total disponibilidade e pelo exemplo de competência.

Aos Enfermeiros Orientadores dos Ensinos Clínicos, por todos os conhecimentos partilhados, pelo apoio e confiança.

Aos meus colegas de mestrado, pela partilha de conhecimentos, bons momentos e amizade ao longo de todo este longo percurso.

Ao Conselho de Administração do Hospital, à enfermeira gestora e diretor de serviço do Serviço de Urgência, por permitirem o desenvolvimento deste trabalho de investigação e pelas sugestões de melhoria.

À minha querida colega Hélène, que impulsionou e motivou a realização deste trabalho.

À Bea, que me ouviu falar e desabafar durante tempos sem fim.

Aos meus colegas de trabalho, pela disponibilidade demonstrada e importante colaboração no estudo realizado.

A todos, que de alguma forma contribuíram para finalizar esta etapa.

Obrigada!

LSTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABCDEFGHI – *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure, Full set of vital signs/facilitate family presence, Give comfort, History and Head-to-toe assessment, Inspect posterior surfaces*

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ADR – Área Dedicada Respiratória

AEEPSC – Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

APA – *American Psychological Association*

BO – Bloco Operatório

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção-Geral da Saúde

EC – Ensino Clínico

ECMO – *Extra Corporeal Membrane Oxygenation*

EE – Enfermeiro Especialista

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EPH – Emergência Pré-Hospitalar

ESSLei – Escola Superior de Saúde de Leiria

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR – *Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation*

iTEAMS – *Inem Tool for Emergency Alert Medical System*

MI – Medicina Intensiva

MR – Médico Regulador

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RCP – Ressuscitação Cardiopulmonar

RE – Registos de Enfermagem

SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica

SE – Sala de Emergência

SIE – Sistema de Informação em Enfermagem

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

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

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

TRTS – *Triage Revised Trauma Score*

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, lecionado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria e a sua entrega e defesa em provas públicas tem como objetivo a obtenção do grau de Mestre. Apresenta-se dividido em duas partes distintas.

Numa primeira parte foi realizada, de forma descritiva, reflexiva e crítica, a análise das atividades e experiências ao longo dos três ensinamentos clínicos, que contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, tais como a tomada de decisão, investigação, melhoria contínua dos cuidados e espírito crítico.

Numa segunda parte, relativa à componente de investigação, foi desenvolvido um trabalho tendo por base um projeto de investigação-ação, com o objetivo de conhecer quais as práticas dos enfermeiros relativamente à elaboração de registos sobre a preparação da transferência inter-hospitalar da pessoa em situação crítica e construção de uma ferramenta que facilite a elaboração de registos. O método utilizado foi descritivo, correlacional e quantitativo. A amostra incluiu os enfermeiros de um serviço de urgência médico-cirúrgica da região centro. Concluiu-se que os registos de enfermagem são efetivamente escassos e que a equipa de enfermagem considera útil a ferramenta aplicada e pretende passar a utilizá-la. É um tema com pouca evidência científica, especialmente na especificidade do serviço de urgência, daí se realçar a importância da intervenção da enfermagem nesta temática.

Palavras-Chave: Enfermagem; Enfermeiro Especialista; Pessoa em Situação Crítica; Registos de Enfermagem, Serviço de Urgência.

ABSTRACT

This report is part of the 1st Master's Course in Medical-Surgical Nursing in the Specialization Area of Nursing for the Person in Critical Situation, taught at the Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, and its defense in public presentation aims to obtain an Master's degree. It is divided into two distinct parts.

In the first part was carried out a descriptive, reflective and critical analysis of activities and experiences throughout the three clinical teachings, which contributed to the development of common and specific competences of the specialist nurse, such as decision-making, research, continuous improvement of care and critical spirit.

In a second part, related to the investigation component, a work was developed based on an investigation-action project, aiming to know the practices of nurses regarding the elaboration of records on the preparation of the inter-hospital transfer of the person in critical situation and the construction of a tool that facilitates the elaboration such records. The method used was descriptive, correlational and quantitative. The sample included nurses from a medical-surgical emergency service in the central region. It was concluded that nursing records are indeed scarce and that the nursing team considers the applied tool useful and intends to start using it. It is a subject with reduced scientific evidence, especially in the specificity of the emergency service, hence the importance of nursing intervention in this subject.

Keywords: Nursing; Nurse Specialist; Person in Critical Situation; Nurse Registrations; Emergency Department.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS.....	X
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XI
INTRODUÇÃO.....	12
PARTE I – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	14
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM.....	14
1.1. ENSINO CLÍNICO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	15
1.2. ENSINO CLÍNICO II – SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA.....	17
1.3. ENSINO CLÍNICO III – EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR.....	19
2. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DESENVOLVIDAS NOS ENSINOS CLÍNICOS.....	23
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	23
2.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	23
2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	27
2.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados	30
2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	33
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	35
2.2.1. Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica	35
2.2.2. Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção à Ação	39
2.2.3. Maximiza a Prevenção, Intervenção e Controlo da Infecção e de Resistência a Antimicrobianos Perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, Face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas	41
PARTE II – PROJETO DE INVESTIGAÇÃO/AÇÃO	45
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	45
1.1. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	45
1.2. TRANSFERÊNCIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	46
1.3. REGISTOS DE ENFERMAGEM.....	48
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	51

2.1. CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO, OBJETIVOS E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....	51
2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA	53
2.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	54
2.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	55
2.5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS.....	56
2.6. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	56
3. REFLEXÕES FINAIS DO ESTUDO	64
CONCLUSÃO.....	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS.....	74
ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR PARA O DESENVOLVIMENTO DA INVESTIGAÇÃO.....	75
ANEXO II – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL ONDE FOI EFETUADO O ESTUDO.....	76
APÊNDICES	77
APÊNDICE I – CONSENTIMENTO INFORMADO.....	78
APÊNDICE II – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	82
APÊNDICE III – REGISTO “<i>STANDARD</i>”, PRÉ-ESTRUTURADO E EDITÁVEL....	87

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Registos de enfermagem.....	57
Tabela 2 – Valor médio de satisfação relativo às afirmações.....	63

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Processo de constituição da amostra.....	56
Gráfico 2 – Caracterização da amostra quanto à idade.....	58
Gráfico 3 – Caracterização da amostra quanto ao sexo.....	58
Gráfico 4 – Caracterização da amostra quanto à categoria profissional.....	59
Gráfico 5 – Caracterização da amostra quanto à Especialidade em Enfermagem.....	59
Gráfico 6 – Caracterização da amostra quanto ao tempo de exercício profissional.....	59
Gráfico 7 – Caracterização da amostra quanto ao tempo de exercício profissional em SU.....	60
Gráfico 8 – Caracterização da amostra quanto a possuírem formação específica.....	60
Gráfico 9 – Caracterização da amostra quanto à formação que possuem.....	61
Gráfico 10 – Caracterização da amostra quanto aos motivos de não realização de registos.....	62
Gráfico 11 – Caracterização da amostra quanto ao nível de concordância com várias afirmações.....	63

INTRODUÇÃO

Atualmente, os novos desafios decorrentes das mudanças sociais e avanços científicos e tecnológicos na área da saúde fizeram com que os enfermeiros tivessem a necessidade de acompanhar as mudanças e adquirir novos conhecimentos.

A investigação em enfermagem tem um papel fundamental no processo de produção e renovação de conhecimentos, de modo a promover uma prática de cuidados de enfermagem sustentada na evidência científica (Dixe et al., 2017), apresentando-se a escola e os contextos formativos como essenciais, ao auxiliar no desenvolvimento de competências, despertando a criatividade e favorecendo o desenvolvimento integral do estudante/profissional, na sua singularidade e pluralidade (Rodrigues et al., 2006).

O Enfermeiro Especialista (EE) é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem nas áreas de especialidade em que lhe foi atribuído o título de EE, numa das especialidades em enfermagem previstas no estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE), baseando o seu exercício profissional na elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, suportando também a formação, a investigação e a assessoria, em conformidade com a sua área de especialização (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

O EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na vertente da Pessoa em Situação Crítica (PSC), exerce as suas competências especializadas com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação nas situações que requeiram meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, e desenvolve a sua prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho, 2018).

A PSC é “aquela cuja vida se encontra ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais em que a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho, 2018, p. 19362).

O facto de possuir cinco anos de experiência profissional e de atualmente exercer funções num Serviço de Urgência (SU), tornou-se um fator decisivo para a tomada de decisão em ampliar e aprofundar conhecimentos na área da PSC.

O curso de Mestrado em EMC na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (AEEPSC) da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei), integrada no Instituto

Politécnico de Leiria foi o meio selecionado para adquirir novos conhecimentos e competências especializadas.

Neste contexto, nomeadamente na Unidade Curricular – Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório, foi elaborado este relatório, sob orientação da Professora Cristina Costeira, que tem como objetivos: i) descrever os contextos clínicos em que foram desenvolvidos os Ensinos Clínicos (EC) (SU; serviço de medicina intensiva [SMI] e estágio de opção) ii) realizar uma análise crítico-reflexiva das competências comuns e específicas do EE, desenvolvidas em contexto de EC no cuidado à PSC; iii) apresentar um projeto de melhoria contínua realizado em contexto profissional sobre o tema “*Registos da preparação da transferência inter-hospitalar da pessoa em situação crítica*”. Este relatório será sujeito a provas públicas para obtenção do título de mestre e de EE em EMC.

Para tal foi dividido este relatório em três partes: na primeira parte realizou-se a contextualização dos diversos serviços em que foram desenvolvidos os EC; na segunda parte foi descrita de uma forma crítico-reflexiva o percurso desenvolvido nos EC de acordo com os diversos domínios de competências preconizados no cuidado à PSC, conforme os Regulamentos n.º 140/2019 – Competências Comuns do EE e n.º 429/2018 – Competências Específicas do EE em EMC na Área de Enfermagem à PSC da OE; e a terceira parte diz respeito à componente de investigação do projeto de melhoria contínua da qualidade, acerca dos registos da transferência inter-hospitalar da PSC, cujo objetivo era conhecer as práticas de enfermagem relativamente à realização de registos sobre a preparação da transferência inter-hospitalar da PSC. A escolha deste tema surge a partir da identificação desta problemática pelos enfermeiros de um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) da região centro.

Este trabalho de investigação foi desenvolvido em três fases: na primeira fase, foi realizado o diagnóstico de situação e a identificação da problemática em estudo, tendo sido realizada uma revisão da literatura sobre a temática escolhida; na segunda fase foram implementadas estratégias para melhorar resultados da fase 1; e na terceira fase uma avaliação comparativa das melhorias alcançadas com as estratégias implementadas.

No desenvolvimento escrito do relatório foram considerados como guias orientadores o manual de publicação da *American Psychological Association* (APA) – 7ª edição, as normas definidas pelo “Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos”, da ESSLei e o Guia Orientador da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório.

PARTE I – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Os EC são momentos de aprendizagem essenciais pois possibilitam a articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes, fomentando o desenvolvimento do raciocínio crítico e tomada de decisão, que são fundamentais para um desempenho autónomo e eficaz (Esteves et al., 2018).

A necessidade da formação de qualidade dos enfermeiros e a constante transformação da prática da enfermagem, imbuída de complexidades e num grau de exigência e competências crescente, torna o EC fundamental na formação clínica em enfermagem (Silva et al., 2011).

A escolha dos locais de EC deveu-se à localização dos mesmos em termos geográficos, por pertencerem a Hospitais de Referência da Região Centro e pela disponibilidade das diversas Instituições para a realização dos mesmos.

No contexto dos EC o método de trabalho era o método individual, em que cada elemento era responsável pela prestação de cuidados individualizados aos utentes que lhe eram delegados, ainda que houvesse trabalho de equipa e colaboração entre os elementos.

O modelo teórico que serviu como referencial aos cuidados de enfermagem ao longo dos EC foi o de Afaf Meleis, conhecido como Teoria das Transições. Para Meleis (2010), a transição é um conceito central da disciplina de Enfermagem, pois o contacto com os utentes surge habitualmente em períodos transicionais de instabilidade provocados por mudanças de desenvolvimento ou situação de doença, que podem causar modificações profundas na vida pessoal de cada um, bem como nas pessoas que os rodeiam.

Devido à importância que os locais de EC tiveram no processo de aprendizagem, complementados pela componente teórica adquirida previamente, descrevem-se as características orgânicas e funcionais dos mesmos.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

O EC permite a consolidação e desenvolvimento de novos conhecimentos, sendo um importante momento de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal e profissional (Alarcão et al., 2008).

No plano curricular do 1º curso de Mestrado em EMC na AEEPSC estava prevista a realização de três EC. Devido ao contexto pandémico vivenciado e da necessidade de reorganização dos EC, o desenvolvimento dos mesmos não respeitou a ordem inicialmente programada, e inclusivamente, houve necessidade de suspender um dos EC e recomeçar posteriormente em data oportuna. Assim sendo, iniciou-se o processo de aprendizagem em contexto clínico pelo EC I que decorreu em dois períodos distintos, o primeiro entre 7 de setembro e 13 de outubro de 2020, e o segundo entre 1 de maio e 1 de junho de 2021, num SUMC da região centro. Posteriormente, o EC III decorreu entre 1 de fevereiro e 30 de abril de 2021, no âmbito da emergência pré-hospitalar (EPH), tendo sido desenvolvido em dois meios do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), numa Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). Para concluir a componente prática realizei o EC II num SMI na região centro entre 7 de setembro e 12 de novembro de 2021.

Os diferentes contextos de EC proporcionaram um conjunto de experiências desafiadoras e também de aprendizagem, permitindo assim a aquisição de novos conhecimentos com as várias equipas multidisciplinares, bem como a consolidação de conhecimentos previamente adquiridos.

1.1. ENSINO CLÍNICO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Serviço de Urgência (SU) é um contexto altamente diferenciado e tecnologicamente desafiante, no qual o processo de tomada de decisão em enfermagem é complexo, com necessidade de se priorizar os cuidados à PSC (Sweet & Foley, 2019).

O EC I foi desenvolvido num SUMC, que de acordo com o Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde (MS), representa o segundo nível de acolhimento, dando resposta a situações de urgência/emergência, prestando auxílio diferenciado ao Serviço de Urgência Básica e referenciando os casos que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes para um Serviço de Urgência Polivalente de acordo com a respetiva rede de referência (Despacho n.º 10319/2014 de 30 de junho, 2014). É uma unidade diferenciada composta por meios humanos e técnicos que lhe conferem autonomia para garantir a prestação de cuidados imediatos em situações de urgência/emergência durante as vinte e quatro horas de todos os dias do ano, assegurada por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, administrativos e outros técnicos, tendo à sua disposição as seguintes valências: medicina interna; cirurgia geral; ortopedia; anestesiologia; bloco operatório; e imagiologia.

A instituição onde foi realizado o EC I tinha como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em articulação com os cuidados de saúde primários e demais hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde, utilizando adequadamente os seus recursos humanos e materiais de acordo com os princípios de eficácia e eficiência, procurando a melhoria contínua dos cuidados, tendo em conta as necessidades e as expectativas dos utentes. O SUMC estava localizado no piso -1, apresentando uma estrutura física com dimensões um pouco reduzidas. Encontrava-se organizado pelas seguintes áreas funcionais: dois postos de triagem; três gabinetes médicos de clínica geral; sala de tratamentos da clínica geral; Sala de Emergência (SE) com duas unidades para prestação de cuidados aos utentes, que reuniam todos os meios tecnológicos para monitorização e ventilação invasiva, carro de emergência, e restantes materiais necessários; gabinete de ortopedia; gabinete de cirurgia; gabinete de medicina; e uma sala de observação com capacidade para seis utentes. Devido ao cenário pandémico vivenciado, existiu a necessidade de se criar outra área funcional no serviço, a área dedicada respiratória (ADR), sendo composta por duas zonas distintas: uma para utentes que reunissem suspeita de infeção; e outra para utentes com infeção confirmada por SARS-CoV-2, cuja capacidade era de dois utentes.

A equipa de enfermagem era constituída por quarenta e sete elementos organizados em três equipas. A coordenação e gestão do serviço era da responsabilidade da enfermeira gestora que era assistida por um elemento que, também, assumia funções de coordenação do serviço. A distribuição da equipa de enfermagem pelos diversos postos de trabalho era realizada semanalmente pela enfermeira gestora ou pelos elementos de coordenação. Os responsáveis de turno assumiam as mais variadas funções de gestão e organização do SUMC, tentando dar resposta às necessidades expressas pela equipa multidisciplinar.

No que dizia respeito às dotações de EE a desenvolverem funções no serviço, existiam nove EE na área da EMC e quatro EE noutras áreas de especialização, pelo que a maioria da equipa eram enfermeiros generalistas, o que não cumpria o preconizado pelo Despacho n.º 10319/2014 do MS. Este facto não era possível devido a existirem números insuficientes de EE na AEEPSC a desenvolverem funções.

Os utentes que recorriam ao SU advinham de várias proveniências, tais como a referenciação por outras instituições de saúde (Linha Saúde 24, outros hospitais ou unidades de cuidados de saúde primários), através do INEM, Bombeiros ou Cruz Vermelha Portuguesa ou provenientes do seu domicílio.

O primeiro contacto que o enfermeiro tinha com o utente era no posto de triagem, que tinha como objetivo priorizar os utentes de acordo com a gravidade da queixa que apresentava, de acordo com o sistema de Triagem de Manchester. Após a recolha das informações necessárias era atribuída a cor correspondente ao nível de prioridade identificado (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015a).

Em situações particulares os utentes eram alocados diretamente à SE, esta constituía uma área específica de abordagem, tratamento e observação de PSC classificados de emergentes ou, nalguns casos, muito urgentes que apresentavam quadro clínico de descompensação das funções vitais que colocavam a vida em risco (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2019).

O processo clínico do utente era informatizado, utilizando o programa Sistema de Cuidados de Saúde Hospitalares “SCLínico[®]” para a realização dos registos clínicos e consulta de informação dos utentes e a medicação era prescrita e validada no programa Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia “GHAF[®]”. Ambos os programas permitiam a partilha de dados entre todos os profissionais de saúde.

1.2. ENSINO CLÍNICO II – SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

A Medicina Intensiva (MI) é uma área sistémica e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em utentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s). Os SMI assumem a responsabilidade por todas as decisões referentes aos utentes que lhe são confiados, nomeadamente critérios de admissão e alta, planificação e hierarquização de tratamentos e definição dos limites éticos de intervenção terapêutica, sem prejuízo da necessária articulação com o médico assistente e com outros clínicos implicados no tratamento do utente e, evidentemente, da participação do utente e família na definição da estratégia terapêutica (Paiva et al., 2017).

A Instituição onde foi realizado o EC de MI tinha como missão a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação, num contexto de formação, ensino, investigação, conhecimento científico e inovação. A sua área de influência direta e indireta abrangia cerca de 1,8 milhões de habitantes, estendendo a sua zona de influência a outras áreas da Região Centro, de acordo com as redes de referenciação de determinadas especialidades e na ausência de

valência nos respetivos hospitais. O SMI onde foi desenvolvido o EC era uma unidade com leitos de nível III segundo a Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, apresentando uma equipa própria de médicos e enfermeiros com a presença de um médico intensivista durante vinte e quatro horas por dia, acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários (DGS, 2003a). Encontrava-se dividido em três pisos: o piso 1, com doze unidades, onde estavam incluídos dois quartos de isolamento; o piso -1, composto por oito unidades; e no piso -3, que emergiu das necessidades impostas pela pandemia, constituído por quinze unidades.

O piso -1 encontrava-se próximo do SU, bloco operatório (BO) de urgência, unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA) e o serviço de radiologia. O piso 1 encontrava-se próximo do BO central e a UCPA, conferindo-lhes proximidade entre si. Desta forma, a estrutura física cumpria as recomendações técnicas recomendadas para as instalações de Unidade de Cuidados Intensivos (ACSS, 2013).

Os diferentes serviços apresentavam salas de armazenamento de material e de equipamentos, salas de material esterilizado e copas. Estavam equipados com sala de espera para a família e secretariado, com exceção do piso -3. No piso 1 era onde se localizava o gabinete da enfermeira gestora e do diretor de serviço. Todos os pisos tinham uma adufa para a transferência dos utentes.

Todas as unidades estavam dispostas em organização de “*open space*”, que consistia numa sala ampla que permitia uma visão de todo o espaço e das unidades por parte da equipa (ACSS, 2013).

A gestão de recursos humanos e recursos materiais era realizada pela enfermeira gestora e pela enfermeira coordenadora. Em todos os turnos e em todos os pisos existia um enfermeiro responsável/coordenador que assumia a função de organizar a equipa durante o turno, realizando a distribuição dos enfermeiros e assistentes operacionais e de apoiar a equipa em caso de necessidade. Existia também uma equipa de prevenção permanente afeta à *Extra Corporeal Membrane Oxygenation* (ECMO), que acompanhava os utentes em ECMO durante o tratamento.

Para a OE, “a dotação adequada dos enfermeiros, o nível de qualificação e competência dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade de cuidados de saúde” (OE, 2019, p. 1). A Rede de Referenciação em MI refere que o rácio

enfermeiro/utente deve ser flexível e deve ir de encontro ao nível de cuidados que o utente necessita e de acordo com o perfil, missão e carteira assistencial da unidade. O Regulamento n.º 743/2019 refere que em unidades com leitos de nível III os rácios devem ser 1:1, recomendando também que cinquenta por cento dos enfermeiros que constituem as equipas sejam especialistas em EMC preferencialmente na vertente da PSC, e que haja pelo menos um especialista em PSC na constituição de cada turno. A constituição da equipa de cada turno deve ainda ser incrementada, sempre que for possível, com pelo menos um enfermeiro acima do rácio que está preconizado, deve ser preferencialmente especialista em EMC e terá como missão apoiar os restantes elementos nas diversas atividades (OE, 2020). Apesar destas recomendações, no SMI os rácios eram normalmente de 1:2 nos leitos de nível III, sendo que quando se tratava de utente em ECMO, o rácio era de 1:1, atendendo à complexidade de cuidados acrescida que esses utentes necessitavam.

A equipa de enfermagem era constituída pela enfermeira gestora, a enfermeira coordenadora e cento e vinte e três enfermeiros que assumiam a prestação de cuidados, sendo que vinte e quatro eram EE em EMC e dezassete eram especialistas em enfermagem de reabilitação, alguns enfermeiros ainda se encontravam a realizar a sua formação especializada. Apesar das dotações ficarem aquém do recomendado, houve um aumento exponencial no número de elementos da equipa devido às necessidades resultantes da pandemia, o que reduziu a taxa de EE neste serviço.

Os registos de enfermagem (RE) eram efetuados em suporte digital no programa “*B-Simple*®”, que garantia a interoperabilidade de dados com o outro sistema já implementado, o “*SCLínico*®”. Tratava-se de um programa bastante intuitivo que integrava todas as informações da equipa multidisciplinar, como as avaliações, diário médico, processo e plano de trabalho de enfermagem e que permitia ainda reunir os dados de dispositivos médicos como monitores e ventiladores, o que se tornava uma excelente ferramenta de apoio à decisão clínica e monitorização complexa.

1.3. ENSINO CLÍNICO III – EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

Sendo o EC III o estágio de opção, a escolha do contexto da EPH deveu-se ao interesse pessoal e profissional por esta área, e também por desejar compreender como era garantida a prestação de cuidados, tendo em consideração todos os possíveis cenários e condições em que os utentes

estavam inseridos, tais como a dificuldade no socorro por escassez de meios ou pelo tempo que levariam a chegar ao local devido à distância que tinham de percorrer, situações de pobreza, condições habitacionais com poucos recursos, entre outros.

O ambiente pré-hospitalar engloba uma grande variedade de patologias e ambientes inerentes aos cuidados da PSC, assim, o EE que trabalha em contexto de EPH tem um papel fundamental com a sua resposta pronta e eficaz com base num raciocínio célere, assertivo e ético, envolto numa relação de ajuda, abordando a pessoa como um ser holístico e intervindo de uma forma precoce em conjunto com a equipa multidisciplinar para que seja garantida uma prática de excelência, de acordo com a evidência nesta área (Pinheiro, 2017).

A EPH consiste na disponibilização de um conjunto de recursos que assegurem a assistência a situações de risco de vida fora de uma instituição de saúde, a sua estabilização no terreno e o seu transporte para a unidade hospitalar (INEM, 2012).

O atendimento das chamadas para o Número Europeu de Emergência, o 112, era realizado pelos operadores do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Da triagem efetuada era tipificada a situação e qual o seu grau de urgência. Os operadores responsáveis pelo acionamento comunicavam com os meios de socorro mais indicados, para garantir que a vítima fosse cuidada o mais rapidamente possível, com a maior eficácia.

Dos meios disponíveis, este EC realizou-se em meio VMER e SIV da Delegação Regional do Centro do INEM.

Os meios eram ativados para as ocorrências através dos seguintes meios: emissão de um sinal sonoro através do PC mobile; um *short message service* “SMS” no telemóvel do INEM; e uma mensagem através do rádio Sistema Integrado de Redes de Emergência e Segurança de Portugal (SIRESP) em canal aberto. No programa *Inem Tool for Emergency Alert Medical System* (iTEAMS) era recebida a informação disponível proveniente do CODU referente ao evento. A partir do momento em que os meios eram ativados, o CODU detinha o conhecimento da situação operacional dos meios através do envio de códigos de “*status*” de rádio pela rede SIRESP.

A abordagem da vítima era efetuada de igual modo em ambos os meios, utilizando Metodologia A-Airway, B-Breathing, C-Circulation, D-Disability, E-Exposure, F-Full set of vital signs/facilitate family presence, G-Give comfort, H-History and Head-to-toe assessment, I-Inspect posterior surfaces (ABCDEFGHI). Nesta metodologia a sigla F-Facilitate family

presence tem especial importância no contexto da EPH, pois devemos “prestar cuidados de enfermagem ao ser humano são ou utente ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado (...)” (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro, 1996, p. 2960).

As ambulâncias SIV eram tripuladas por uma equipa constituída por um enfermeiro e um técnico de emergência pré-hospitalar (TEPH), tendo como objetivo garantir cuidados de saúde diferenciados, a estabilização pré-hospitalar e o transporte do utente crítico de acidente ou doença súbita em situações de emergência, dispondo de equipamento de SIV. A VMER, veículo de intervenção em emergência, era tripulada por uma equipa constituída por um médico e um enfermeiro, com formação em emergência médica. Encontrava-se dotada do equipamento necessário à reanimação e estabilização inicial de qualquer vítima de trauma ou doença súbita (MS, 2014).

Apesar de a VMER ser uma extensão na comunidade do SU, a sua operacionalidade era sempre da responsabilidade do CODU, podendo ser ativada para zonas limítrofes. Nestas situações em que a zona de atuação é vasta e era previsível que se demorasse mais tempo a realizar o socorro, era possível executar, caso houvesse condições para tal, “*rendez-vous*” com outros meios de socorro da ocorrência. O “*rendez-vous*” consistia no transporte da vítima, após uma estabilização primária, em direção à VMER, ou seja, o encontro era feito pelo caminho, reduzindo assim de forma substancial o tempo de chegada da VMER à vítima.

A gestão do material de suporte à operacionalidade da VMER era suportada pelo Hospital conforme o Despacho n.º 5561/2014 (MS, 2014). Os aspetos relativos à gestão funcional, coordenação e logística são desenvolvidos pelo INEM, bem como a disponibilização dos equipamentos (fardamento, capacetes, ventilador, monitor/desfibrilhador, etc.), dos quais se inclui a viatura.

O enfermeiro da Ambulância SIV atua de acordo com os protocolos e procedimentos adequados à situação, sendo transmitida a informação recolhida ao Médico Regulador (MR) do CODU, para validação das intervenções interdependentes. Era, também, realizada a avaliação secundária da vítima de acordo com o protocolo utilizado. A decisão do destino da vítima, tipo de transporte e acompanhamento seria uma decisão partilhada entre o enfermeiro SIV e o MR.

Na SIV, a liderança e processo de tomada de decisão era realizado pelo enfermeiro, podendo delegar tarefas básicas aos TEPH, sob supervisão. Os profissionais de saúde têm a

responsabilidade de maximizar a utilização dos recursos disponíveis, incluindo os recursos humanos, e assegurar apropriada delegação de atividades e tarefas (OE, 2007a).

Na VMER, as avaliações primária e secundária da vítima eram executadas em conjunto pela equipa multidisciplinar, sendo o “*team leader*” da equipa o médico de serviço. A decisão sobre o destino do utente, tipo de transporte e acompanhamento eram da responsabilidade do médico, mas o enfermeiro também estava envolvido neste processo, uma vez que podiam discutir estes assuntos em equipa.

Na unidade de saúde para onde se transferia o utente, a transmissão de informação era executada de acordo com a Norma n.º 001/2017 (DGS, 2017a) com a metodologia *I-Identify, S-Situation, B-Background, A-Assessment, R-Recommendation* (ISBAR), de forma a manter os padrões de qualidade, excelência e segurança no processo de transição de cuidados. Os dados relativos à ocorrência eram preenchidos e enviados de forma eletrónica a partir do iTEAMS ou em verbete.

A desinfeção e reposição do material utilizado era realizada assim que se regressava à base. Para garantir uma boa gestão de recursos disponíveis, era realizada a “*check-list*” de todo o material que fazia parte da carga das viaturas de acordo com o esquema semanal. Desta “*check-list*” constava a verificação dos equipamentos existentes e as suas condições de funcionamento, bem como a operacionalidade da viatura.

2. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DESENVOLVIDAS NOS ENSINOS CLÍNICOS

As exigências técnico-científicas dos cuidados de saúde tornam a diferenciação e a especialização numa área específica uma realidade cada vez maior no seio dos profissionais de saúde (OE, 2019).

Os conhecimentos teórico-científicos aliados às atividades desenvolvidas nos EC levaram à aquisição das competências comuns e específicas para o EE definidas pela OE, conforme Regulamento n.º 429/2018 e o Regulamento n.º 140/2019, sendo que no presente capítulo foi realizada a análise crítico-reflexiva dos domínios de competências desenvolvidas em EC.

De acordo com a OE (2003, p. 11) a definição de competência “refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar”.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A certificação de competências clínicas especializadas assegura que o EE possua um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, quando ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, é capaz de mobilizar para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

As competências comuns do EE são as competências partilhadas pelos diversos enfermeiros, independentemente da sua especialidade, demonstradas através da sua capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e com recurso ao suporte efetivo ao exercício profissional na área da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). As competências comuns do EE foram abordadas de forma crítico-reflexiva e estão integradas em 4 domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A prática da enfermagem é orientada pelo Código Deontológico dos Enfermeiros, que constitui um documento jurídico, normativo e vinculativo, sendo a Responsabilidade Profissional, o

Respeito pelos Direitos Humanos e a Excelência do Exercício os princípios que orientam a atividade de Enfermagem (OE, 2016).

A Deontologia Profissional é o conjunto de normas referentes a uma determinada profissão baseadas no princípio da moral e do direito, procurando definir as boas práticas e, tendo em conta as características da própria profissão (OE, 2005a).

O enfermeiro “deve exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2015, p. 156).

O enfermeiro é o elo de ligação entre a PSC, a sua família e a equipa multidisciplinar, devendo promover a humanização dos cuidados e garantir que os direitos e interesses da PSC são respeitados.

“A autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisões, desde que assumam a respetiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros, deve ser respeitada. No caso das pessoas incapazes de exercer a sua autonomia, devem ser tomadas medidas especiais para proteger os seus direitos e interesses” (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura [UNESCO], 2005, p. 7).

O Princípio da Autonomia estava muitas vezes condicionado na PSC, uma vez que os utentes apresentavam alteração do estado de consciência, não sendo capazes de tomar as suas próprias decisões em saúde, verbalizar o seu consentimento informado de forma expressa, transmitir e fazer respeitar as suas Diretivas Antecipadas de Vontade ou qualquer outra decisão que tenha tomado ainda na posse das suas totais capacidades. O EE tinha um papel fundamental na garantia e cumprimento das vontades e desejos do utente incapaz de as expressar, tentando encontrar um ponto de equilíbrio, entre a vontade do próprio utente, da família e da equipa multidisciplinar, baseando todas as decisões no Princípio da Beneficência, a obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo, e no Princípio da Não-maleficência, a obrigação de não causar dano de forma intencional (Beauchamp & Childress, 2013).

O ambiente do SU, caracterizado pela elevada afluência de utentes, imprevisibilidade e multiplicidade de condições de saúde dos utentes, era facilmente indutor da despersonalização do utente e da desumanização dos cuidados. Sendo a prioridade a estabilização da condição de saúde, os procedimentos técnicos eram privilegiados em detrimento dos relacionais,

negligenciando a sua individualidade, dignidade, direitos, preferências, valores, crenças, costumes e privacidade/intimidade (Pupulim & Sawada, 2012).

A promoção da privacidade e intimidade do utente era um dever do enfermeiro, apesar de ser difícil cumprir com rigor o respeito pela privacidade do utente e/ou família devido às condições físicas e organizacionais do SU e também do SMI, devido ao seu formato em “*open space*”. Nos EC essa foi uma preocupação integrante durante a prestação de cuidados e permanência dos utentes num determinado serviço, durante a visita de familiares e até mesmo durante a passagem de turno, tentando colmatar a falta de privacidade com o recurso a barreiras físicas, através da adoção de estratégias como aplicação de biombos, salvaguardando a privacidade e intimidade dos utentes, prestar cuidados num local privado e resguardado e adequar o tom de voz, enquanto comunicávamos, com o utente e/ou família, para que outras pessoas não tivessem acesso a informações importantes relativas a terceiros, garantido o cumprimento da Carta de Direitos e Deveres do Doente Internado (OE, 2010).

A experiência formativa em EC veio possibilitar experienciar uma realidade distinta da vivenciada em contexto da prática profissional em SU. Neste contexto de EC existia uma maior exposição dos utentes e maior exigência nas relações interpessoais decorrentes de uma equipa multidisciplinar mais alargada, não sendo sempre possível garantir as devidas condições de privacidade e intimidade dos utentes, devido à dificuldade de controlar as diversas circunstâncias do meio envolvente.

A gestão do espaço físico existente e o elevado número de pessoas num espaço físico reduzido foi uma dificuldade durante os contextos de EC I e II, uma vez que não permitia a presença permanente de acompanhante, mesmo apesar de a PSC ter o direito à presença de um acompanhante por si indicado, de acordo com a Lei n.º 15/2014 de 21 de março (2014). Devido à pandemia que vivenciámos e ao risco de contágio da doença, as visitas e acompanhamento dos utentes foram ainda mais limitadas dentro das Instituições. Como estratégia para colmatar esta situação, foram adotadas algumas medidas, tais como: o recurso às novas tecnologias, realizando chamadas e/ou videochamadas com os familiares dos utentes; a definição de um familiar de referência, o qual era contactado pela equipa multidisciplinar a uma hora estipulada para poder obter informações sobre o estado do seu familiar e, em situações específicas, era permitida a entrada de familiares durante um curto espaço de tempo.

Na EPH, o INEM reconhece através da Deliberação n.º 14/2011 (2011) o direito de acompanhamento dos utentes urgentes e/ou emergentes em ambulâncias de socorro. O mesmo

documento salvaguarda a possibilidade de não acompanhamento pelo familiar, nas situações em que esse mesmo acompanhamento coloque em causa a eficácia dos cuidados de emergência médica.

Em situações em que a prestação de cuidados era realizada em contexto de urgência ou perigo imediato para a vida e não havendo possibilidade de verificar se existiam Diretivas Antecipadas de Vontade, o consentimento presumido era eticamente aceitável, uma vez que de acordo com a Norma n.º 015/2013, permite supor que o utente teria consentido se conhecesse as circunstâncias em que o ato diagnóstico ou terapêutico era praticado (DGS, 2013).

A tomada de decisão era um processo sistematizado em que o enfermeiro efetuava a identificação das necessidades dos cuidados de enfermagem à pessoa, família (grupo) ou comunidade, definindo as intervenções, para com o problema identificado. Estas intervenções eram prescritas como forma de evitar complicações, detetando precocemente potenciais riscos e resolvendo ou minimizando os reais problemas do utente (OE, 2001).

Existiram diferenças no que dizia respeito à tomada de decisão nos diferentes contextos de EC, uma vez que no SU e no SMI a tomada de decisão surgia frequentemente da equipa multidisciplinar e era baseada na situação clínica dos utentes, enquanto na EPH e em contexto de SIV a tomada de decisão implicava a adequação do protocolo e procedimentos em função da situação clínica encontrada, com posterior transmissão ao MR do CODU, para validação das intervenções interdependentes.

Em EPH e em situações de grande complexidade, a tomada de decisão adequada podia ser dificultada devido à pouca disponibilidade e falta de tempo para uma recolha de dados apropriada, pelo que deveria ser realizada de forma rápida e por prioridades.

Uma das situações que suscitou mais dúvidas e reflexão foram as relacionadas com as paragens cardiorrespiratórias (PCR), o início de manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e a suspensão das mesmas. Manobras de RCP seriam consideradas como o direito à vida e à saúde, assumindo que todos os cidadãos têm direito a ser reanimados e que não há contraindicações para tal, tais como a presença de doenças terminais e sem cura (pressupõe conhecimento prévio do diagnóstico) e situações específicas como decapitação, carbonização, estado avançado de decomposição e hemicorporectomia. A equipa médica tomava a decisão de continuar ou de suspender as manobras de RCP, sendo que a Decisão de Não Reanimar era eticamente aceitável, garantindo o Princípio da Não-maleficiência (Beauchamp & Childress, 2013).

O 8.º Artigo do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996) define que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma postura de conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos cidadãos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (Decreto-lei n.º 161/96, 1996, p. 2961). Apesar de todas as dificuldades e constrangimentos decorrentes da pandemia, foi possível desenvolver competências na tomada de decisão ética, atendendo às questões legais dos cuidados prestados e de acordo com os deveres para com a profissão.

2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Os Cuidados de Saúde de Qualidade contemplavam um elevado grau de excelência profissional, com minimização dos riscos e resultados de saúde para os utentes e com eficiência na utilização dos recursos (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2006), sendo que a procura dos mesmos veio cada vez mais assumir um papel chave, surgindo também mais programas de controlo da qualidade de cuidados, contribuindo para uma melhoria contínua dos mesmos.

A prática baseada na evidência científica, através da pesquisa em motores de busca e bases de dados, era uma forma de contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, na medida em que permitia aos enfermeiros sustentar as suas tomadas de decisão na prática, baseados num referencial teórico válido, atual e pertinente, essencial para uma assistência diferenciada devidamente fundamentada (OE, 2019).

A existência de normas, protocolos e documentos de consulta são fundamentais para a pesquisa e conseqüente diminuição de ocorrência de erros na prestação de cuidados, assim como para a uniformização de cuidados. A OE refere nas Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados (2007b, p. 3) que “(...) os enfermeiros devem basear a sua atuação profissional em boas práticas recomendadas, tornando os cuidados que prestam mais seguros, visíveis e eficazes.”.

A existência de auditorias externas a diversas áreas permitia uma avaliação imparcial das boas práticas, sendo um instrumento importante na monitorização da qualidade e garantia da segurança dos cuidados.

A segurança do utente é entendida como uma dimensão essencial, na melhoria contínua dos cuidados (Sales et al., 2021).

A OMS preconiza 6 Metas Internacionais de Segurança do Utente, sendo elas: 1) identificação correta dos pacientes; 2) comunicação efetiva; 3) melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância; 4) cirurgia segura; 5) redução dos riscos relacionados a infeção associada aos cuidados de saúde (IACS); 6) prevenção de danos decorrentes de quedas (OMS, 2015).

Durante a experiência em EC, o Plano Nacional de Segurança do Doente vigente era o de 2015-2021, no entanto, em setembro de 2021 foi publicado em Diário da República o novo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, dando continuidade ao plano anterior. Assim, o Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021) tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, assentando em cinco pilares: cultura de segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de incidentes de segurança do utente; e práticas seguras em ambientes seguros.

A segurança do utente estava relacionada com a segurança da comunicação e transição de informações, pelo que devia ser utilizada a técnica ISBAR, de forma a uniformizar a transmissão de informação durante as passagens de turno, como o que era recomendado na Norma n.º 001/2017 (DGS, 2017a).

A segurança na utilização da medicação era conseguida através da regra dos “9 certos da medicação” e, ao garantirmos que todos estes parâmetros estavam corretos, minimizávamos o erro na administração de medicação. No SMI este objetivo era conseguido, pois existia um computador junto de cada unidade do utente, junto às bombas e seringas infusoras. Esta era uma localização estratégica pois permitia facilmente ao enfermeiro confirmar quais seriam os fármacos que estavam em perfusão e a que velocidade de perfusão.

A Norma n.º 020/2014 da DGS referente aos medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes, designados por medicamentos LASA “*Look-Alike, Sound-Alike*”, era também cumprida, pois tinham um armazenamento separado dos restantes medicamentos e estavam sinalizados com uma cor diferente, o que evitava/minimizava a existência de erro.

A identificação inequívoca do utente requeria a sua confirmação, com outros dois dados inequívocos, como por exemplo o nome e data de nascimento do utente (Almeida & Costa, 2017). No SU a estratégia utilizada era a colocação de uma pulseira com a cor da prioridade atribuída na triagem e uma etiqueta com os dados do utente. No contexto de internamento no

SMI os utentes não estavam identificados com pulseiras. A única pulseira que o utente poderia eventualmente ter era a pulseira do sistema de hemovigilância “*Gricode*®”, que se revelou uma excelente ferramenta no que diz respeito à identificação inequívoca do utente, pois permitia uma verificação por código de barras da amostra de sangue enviada para o laboratório, da pulseira do utente e dos componentes sanguíneos a transfundir, não disponibilizando o hemoderivado caso a identificação não fosse a certa.

A Escala de Morse era utilizada na prevenção da ocorrência de quedas, sendo avaliada no momento de admissão e ao longo do internamento, caso existisse alguma alteração. A notificação de episódios de queda era realizada através dos procedimentos e protocolos das instituições, o que ia de encontro ao preconizado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, uniformizando os procedimentos, reduzindo o erro humano e melhorando a qualidade dos cuidados prestados. Foi sempre uma preocupação pessoal, especialmente no SU, elevar as grades das macas, baixá-las e travá-las, de modo a evitar incidentes associados com quedas.

Outro aspeto que interfere com a qualidade são as úlceras por pressão, estas são consideradas um problema de saúde pública, pelo que, a avaliação do risco de desenvolvimento das mesmas deve ser realizada em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e das necessidades em cuidados de saúde, nas primeiras seis horas após a admissão do utente num serviço (DGS, 2011). Algumas das medidas implementadas no SMI foram todos os leitos terem colchão de pressão alterna, serem estipulados horários no processo de enfermagem para posicionamento dos utentes com recurso a almofadas, massagem de hidratação das zonas de pressão e mudança regular de todos os cabos de monitorização que pudessem causar pressão, como o caso do oxímetro.

Os enfermeiros especialistas/gestores devem incentivar a utilização de plataformas de registo de incidentes por todos os elementos da equipa multidisciplinar, como a plataforma Notifica[®], criada em 2012 pela DGS. Foi possível verificar no EC I que esta plataforma era utilizada para reportar incidentes ocorridos no serviço, e que os enfermeiros estavam mobilizados nesse sentido, entendendo-a como uma ferramenta útil de monitorização visando a melhoria contínua.

Esta plataforma permite um registo anónimo, confidencial e pressupõem-se não punitiva, na gestão de incidentes, ocorridos nas unidades prestadoras de cuidados do Sistema Nacional de Saúde, sendo posteriormente analisados pelo gabinete de qualidade. Estes providenciavam a elaboração de um relatório com obrigatoriedade de reporte das medidas de resolução

implementadas, assim como medidas preventivas aplicadas. A notificação é uma atividade voluntária do profissional e/ou do cidadão com vista ao desenvolvimento de uma análise causal e à tomada de medidas corretoras sistémicas para evitar que situações geradoras de dano, real ou potencial, se repetissem (DGS, 2020a). No âmbito da EPH, a notificação de incidentes/eventos adversos era realizada através do Portal INEMSI.

A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, eram aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, ser utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, 2019).

O cenário pandémico vivido durante os EC veio de certo modo melhorar o processo de melhoria contínua, uma vez que as orientações que iam sendo divulgadas surgiam de forma regular e necessitavam de constante adaptação por parte das equipas e um maior enfoque das mesmas no planeamento dos cuidados, e na posterior reflexão acerca dos mesmos, com o objetivo de melhorar as suas práticas. Os protocolos de atuação implementados permitiam obter uma gestão adequada dos cuidados, uma vez que o enfermeiro tinha autonomia para atuar no caso de haver alguma alteração no estado de saúde do utente que assim o justificasse.

No decorrer dos EC houve a preocupação de cumprir as boas práticas recomendadas, acima referidas, especialmente nas situações de emergência em que muitas vezes a prescrição de administração de terapêutica era realizada de forma verbal e a transmissão de informação podia ficar comprometida, o que aumenta o risco de erro. Houve também, a preocupação constante de refletir criticamente nas tomadas de decisão, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade dos cuidados.

2.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

No domínio da gestão dos cuidados, existe por parte do EE uma adequação dos recursos às necessidades de cuidados, apostando na promoção da qualidade dos mesmos. Este encontra-se numa posição privilegiada que lhe permite, face às conceções de cuidados que defende, ser agente de mudança (Soares, 2017).

O enfermeiro gestor é detentor de um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina/profissão de enfermagem, especificamente na área da gestão,

demonstrando competências efetivas na área através do exercício profissional. Este é o responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, é o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros, desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional de uma forma efetiva, assumindo uma atitude ética e responsável, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde (Regulamento n.º 76/2018 de 10 de janeiro, 2018).

Nas funções de gestor o enfermeiro deve procurar zelar pelo cumprimento do cálculo de dotações seguras em enfermagem, procura estabelecer de forma quantitativa e qualitativa o equilíbrio entre os recursos de enfermagem e as necessidades de cuidados, por forma a prestar melhores cuidados ao público-alvo. A forma como está organizada a prestação de cuidados, cuja responsabilidade é do enfermeiro gestor, reflete como são pensados e prestados os cuidados por toda a sua equipa, espelhando-se na qualidade da assistência prestada (Freitas, 2015).

No EC I houve a oportunidade de colaborar na gestão de recursos humanos, com a gestão e mobilização dos enfermeiros de forma a apoiar as áreas com maior carência de recursos ou até mesmo na decisão de quem acompanhava um utente numa transferência inter-hospitalar, gestão de recursos materiais, quando havia necessidade de fazer pedidos de medicação e/ou consumíveis fora dos prazos pré-definidos e o controlo de estupefacientes. A distribuição semanal dos enfermeiros pelas diversas áreas de prestação de cuidados era normalmente realizada pela enfermeira gestora e era uma tarefa complexa, uma vez que existiam algumas restrições na sua realização, como colegas que não podiam ser alocados na triagem, por não terem frequentado o curso de triagem, assim como colegas que não podiam ser alocados na ADR devido a problemas de saúde ou as especificidades das colegas com atestado para redução de horas por licença de aleitamento. O enfermeiro responsável de turno garantia que os utentes eram encaminhados para o internamento o mais precocemente possível e de acordo com a disponibilidade do serviço recetor, garantia a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, assumia a liderança e a tomada de decisão fundamentada em evidência científica, garantia boas relações e o bom funcionamento da equipa. O enfermeiro responsável de turno devia, portanto, ser detentor de elevado grau de experiência, dotado de conhecimentos e competências especializadas, pois era um elemento que tinha de gerir uma grande quantidade de variáveis, determinantes para o sucesso ou insucesso dos cuidados à PCS.

A verificação da SE e a verificação da funcionalidade dos equipamentos foram atividades que se realizaram aquando da alocação na SE. A gestão dos recursos materiais é fundamental,

nomeadamente nos contextos de SU, pelas especificidades do seu funcionamento, implicando que materiais bem organizados e identificados, facilitam a sua localização em situações de urgência, assim como os equipamentos montados e testados, aspetos que foram atendidos no EC.

A gestão dos cuidados à PCS na SE requer uma elevada capacidade de priorização de tarefas e de atribuição de funções a cada elemento presente, para que tudo decorra sem intercorrências e de forma célere e eficaz. A capacidade de decisão num ambiente tão complexo como o do SU é fundamental para realizar uma gestão eficaz dos cuidados prestados.

No contexto do EC no SMI, os responsáveis de turno tinham que executar atividades descritas em documento próprio, onde constava um planeamento diário, semanal, quinzenal e mensal e responsabilidades inerentes que incluíam: a elaboração da distribuição diária dos enfermeiros no posto de trabalho; a verificação do carro de emergência e dos carros de apoio a procedimentos, a sua reposição e registo em folhas de “*check-list*”; a gestão de “*stock*” (incluindo estupefacientes); a gestão das unidades em caso de alta, admissão ou ausência para realização de exames complementares de diagnóstico ou procedimentos e verificar os equipamentos necessários para o transporte. Era um elo de ligação entre os diversos profissionais de saúde, nomeadamente na gestão de necessidades e problemas que pudessem surgir ao longo do turno, participava de forma ativa na reunião de serviço com a restante equipa multidisciplinar, transmitindo posteriormente à equipa informações relevantes.

O enfermeiro responsável de turno tinha uma perceção geral do estado clínico dos utentes a partir da informação transmitida durante a passagem de turno, bem como das informações da visita médica. Com base nestas informações, tentava fazer uma distribuição equitativa de acordo com o grau de dependência e gravidade do estado de saúde dos utentes. A escala *Nursing Activities Score* (NAS), presente no programa informático “*B-Simple*®”, era aplicada no turno da noite, e calculava o número de horas de cuidados necessárias para cada utente, o que se revelava uma excelente ferramenta para auxiliar na gestão dos cuidados e consequente distribuição dos enfermeiros.

No contexto da EPH, uma gestão adequada dos cuidados passava por fazer uma correta avaliação da vítima, utilizando a abordagem ABCDEFGHI, verificando se existiam lesões ameaçadoras da vida que deviam ser corrigidas de imediato, na metodologia “problema encontrado = problema resolvido” (Cambell et al., 2016). Só desta forma era possível estabelecer prioridades de uma forma eficaz e célere, que tivesse em consideração as

necessidades do utente naquele momento e minimizasse quaisquer complicações. As informações que eram recebidas antes da chegada ao local de ocorrência, também eram fatores importantes para se definir uma estratégia e priorizar quais os procedimentos que seriam necessários implementar. Nos casos em que o motivo da ativação não correspondia à realidade era necessário adaptar o protocolo de atuação e fazer uma correta gestão dos cuidados, atendendo a estas alterações.

No contexto da equipa SIV, o enfermeiro assumia sempre o papel de “*team leader*”, sendo o responsável pelas tomadas de decisões da equipa, delegação de funções e transmissão de dados ao MR de acordo com a metodologia ISBAR. A gestão dos cuidados prestados era realizada através da validação de procedimentos e medicação, bem como o encaminhamento do utente de acordo com as suas necessidades e os meios do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) disponíveis.

Na equipa VMER, apesar de a tomada de decisão ser partilhada entre a equipa, era o médico que assumia o papel de “*team leader*”, e a decisão final partia sempre deste.

Neste contexto clínico colaborou-se com o enfermeiro orientador do meio SIV no desenvolvimento de atividades de gestão de recursos materiais, nomeadamente no pedido de material ao serviço de aprovisionamento, verificação de datas de validade em materiais menos utilizados, bem como a verificação de material e equipamentos.

No decorrer dos EC considera-se ter sido desenvolvida esta competência, realizando uma gestão de cuidados efetiva e garantindo a qualidade dos cuidados.

2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O EE deve ter presente a necessidade de desenvolvimento cognitivo, de autoconhecimento e da assertividade, fundamentando a sua prática de cuidados numa base sustentada e documentada, devendo, sempre que possível, transmitir conhecimentos a nível individual ou em grupo (OE, 2019).

A reflexão sobre as experiências vivenciadas através de “*debriefings*” informais foi uma mais-valia para o processo de aprendizagem, pois permitiu analisar as situações, esclarecer dúvidas e partilhar conhecimentos. O processo de “*debriefing*” permite que o estudante/profissional desenvolva um pensamento crítico-reflexivo possibilitando que o mesmo avalie as suas

tomadas de decisão e competências de modo a melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Souza et al., 2017).

No decorrer do EC I houve a oportunidade de realizar turnos em diversos postos de trabalho, o que permitiu expandir os conhecimentos e contactar com a PSC em diferentes contextos. Já no EC II a possibilidade de realizar turnos nos vários pisos do serviço permitiu ter contacto com diferentes tipos de utentes e diversificar as experiências.

Nos contextos de EC existiu sempre a necessidade de fazer pesquisa bibliográfica de modo a poder fundamentar e adquirir novos conhecimentos específicos que eram necessários na prestação de cuidados. Deste modo, houve oportunidade de adquirir novos conhecimentos com a frequência no Curso de Cuidados Especializados ao Doente Submetido a ECMO do V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica. O facto de ter abordado este tema teoricamente foi uma mais-valia, uma vez que permitiu adquirir os conhecimentos teórico-práticos e esclarecer dúvidas antes de prestar cuidados a utentes com essa necessidade.

No contexto do EC III evidenciou-se a necessidade de desenvolver um estudo de caso sobre um novo analgésico, que se pretendia integrar nas ambulâncias SIV, o *Penthrox*[®]. Com o desenvolvimento deste trabalho foi possível passar a conhecer melhor este novo fármaco e fazer uma análise reflexiva das práticas de cuidados na abordagem da dor enquanto EE, bem como da atuação da equipa do SIEM.

Nos EC foi solicitada a realização de trabalhos de Análise Crítica de uma Situação de Cuidados de acordo com a terminologia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), nos quais era proposta a identificação de um problema relevante para a prática de enfermagem, no contexto do EC, com identificação dos focos de enfermagem, diagnósticos e respetivas intervenções. Este trabalho permitiu desenvolver um processo crítico-reflexivo, com objetivo de melhorar a prática dos cuidados. Permitiu também desenvolver conhecimentos na taxonomia da CIPE.

Um outro trabalho desenvolvido no EC III, que foi importante para o desenvolvimento desta competência, foi o registo de todas as ocorrências de acordo com a metodologia de abordagem sistematizada ABCDEFGHI (Evidência das Experiências nos Meios). Este método foi uma mais-valia pois permitiu que, no final do EC, pudesse ser possível analisar o documento de forma retrospectiva, com a partilha das experiências e a reflexão sobre as mesmas com os enfermeiros orientadores, o que foi fundamental para instigar o desenvolvimento profissional.

O estudo, as partilhas em equipa e a pesquisa bibliográfica desenvolvida vieram permitir assimilar e integrar as boas práticas, fundamentadas na melhor evidência, contribuindo para o desenvolvimento profissional e para a qualidade dos cuidados.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma regular e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. Estes cuidados devem ser prestados de forma continuada à pessoa com pelo menos uma função vital em risco, dando resposta às necessidades identificadas, mantendo as funções básicas de vida, prevenindo riscos e complicações, procurando a recuperação total e limitando a incapacidade da pessoa.

As competências específicas do EE irão ser abordadas seguidamente de forma crítico-reflexiva e estão integradas em três competências: cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

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

A PSC quando se depara com uma situação de emergência médica ou mudança na sua condição de saúde tende a ficar mais vulnerável às ameaças, o que pode afetar a sua saúde e bem-estar. É necessário que o enfermeiro seja capaz de reconhecer e caracterizar a natureza da transição que o mesmo estava a vivenciar, detetando as condições facilitadoras e inibidoras e verificar os padrões de resposta, adequando as intervenções de maneira a proporcionar a sua estabilidade e bem-estar. O estabelecimento de prioridades, nestes utentes é uma constante, exige atenção

permanente e um evocar da diferenciação dos cuidados recorrendo à evidência científica, nunca esquecendo a individualidade da pessoa humana na sua complexidade (Meleis, 2010).

No EC I houve oportunidade de desenvolver várias competências no cuidado da PSC, uma vez que era necessário o reconhecimento precoce de focos de instabilidade. Uma avaliação estruturada e metódica dos utentes em estado crítico era fundamental, uma vez que permitia antever e implementar medidas que previnam e reduzam complicações decorrentes de focos de instabilidade (Ordem dos Médicos [OM] e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI], 2008). Apesar de não terem existido muitas experiências no SU em SE, a abordagem aos utentes com necessidade de suporte avançado de vida permitiu a aquisição de novas competências e a consolidação de outras já desenvolvidas na prática profissional.

As PSC internadas no SMI envolvem cuidados complexos, e a sua instabilidade, bem como o risco de manutenção da vida era uma realidade constante. Esta tipologia de pessoa estava em alto risco de problemas que ameaçam a vida, existente ou potenciais (Urden et al., 2008).

No EC II houve oportunidade de prestar cuidados de enfermagem diversificados e adequados a cada situação, de acordo com o seu grau de gravidade e com a instabilidade hemodinâmica do utente.

No contexto atual profissional, a ventilação mecânica invasiva e entubação oro-traqueal não eram procedimentos frequentemente realizados, dando origem ao transporte do utente para outra instituição, com outro tipo de recursos, pelo que foi fundamental consolidar conhecimentos, através da pesquisa bibliográfica e da discussão com os orientadores, de modo a intervir diretamente na manutenção dos cuidados, antecipando problemas, através da correta higienização oral, aspiração de secreções de forma asséptica, identificação de sinais de esforço ventilatório e desadaptação à ventilação instituída, assim como vigilância e monitorização nos casos em que o utente iniciava uma ventilação espontânea.

Nestes utentes a comunicação verbal fica muitas vezes comprometida, tornando a comunicação maioritariamente unidirecional, do enfermeiro para o utente, o que implicou a necessidade de desenvolver outras competências facilitadoras neste processo, como a comunicação não verbal (toque), que adquire uma importância fulcral na comunicação. Nos utentes já conscientes foi possível treinar a escuta ativa, tentando entender o que o utente tentava transmitir, assim como o recurso a gestos e adaptando a linguagem verbal no sentido de otimizar a comunicação enfermeiro-utente.

A comunicação terapêutica é considerada como um método de comunicação através do qual o cuidador responde às necessidades explícitas e implícitas do utente (Fuller, 2007). É um processo deliberado, permitindo reunir informações relacionadas com o estado de saúde do utente como um todo e responder com uma abordagem verbal ou não verbal que promova o seu bem-estar (Wold, 2013), permitindo estabelecer uma relação terapêutica (Williams & Davis, 2005).

No que respeita à comunicação de más notícias, a intervenção dos profissionais de saúde deve ser terapêutica e deve ter sempre em consideração a dignidade do utente e dos seus familiares (Pereira, 2008). Era importante demonstrar apoio e compreensão, uma vez que este tipo de comunicação de informação à família de uma pessoa em estado crítico era normalmente associada à morte. A manifestação de emoções como o choro ou até o silêncio deviam ser respeitadas, respondendo de forma clara e simples às questões e dúvidas que surgissem. Era uma dificuldade sentida pelos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros. Neste sentido foram estudados modelos de comunicação na transmissão de más notícias (Parecer n.º 153/2013, de 6 de junho, 2013) como o caso do protocolo de *Buckman*, que era encarado como uma estratégia de grande utilidade, por permitir estruturar ideias e conferir segurança ao profissional de saúde ao seguir as etapas recomendadas. Destaca-se a experiência desenvolvida no SU, em que as situações são imprevisíveis e seria importante a implementação de estratégias orientadoras para estas situações, de forma a capacitar os enfermeiros a lidar com as suas emoções e com as provocadas. Apesar de não ter sido possível aplicar o protocolo de atuação *S-Setting Up the Interview, P-Perception, I-Interview, K-Knowledge, E-Emotions e S-Strategy and Summary* (SPIKES), este foi estruturado de forma a potenciar o diálogo, fortalecendo a relação terapêutica e providenciando um suporte centrado na pessoa (Corey & Gwyn, 2016).

Para além das competências de comunicação, foram também desenvolvidos conhecimentos na área da gestão eficaz da dor. O controlo e gestão da dor na PSC, vai desde a sua avaliação e monitorização até à implementação de intervenções interdependentes (medidas farmacológicas) e autónomas (medidas não farmacológicas) para o seu tratamento (Teixeira & Durão, 2016).

A diversidade de instrumentos para avaliação da dor implicaram um estudo acrescido no seu conhecimento. Destes destacam-se dois que foram adotados tratando-se de situações em que se teria de utilizar escalas de heteroavaliação ou escalas de autoavaliação. Para a avaliação da dor em utentes não responsivos, sedados e inconscientes sob ventilação mecânica, a *Behavior Pain*

Scale era um instrumento muito utilizado. Trata-se de uma escala de heteroavaliação em que o enfermeiro avalia indicadores comportamentais e fisiológicos (Pinheiro & Marques, 2019). Em situações cujo os utentes consigam avaliar e relatar a sua dor, a DGS (2003b) recomenda a utilização Escala Visual Analógica (quando o utente assim o preferir). No entanto, em contexto de EC I a escala utilizada era a Escala Numérica da Dor (0-10), nomeadamente no momento da triagem.

Uma boa avaliação da dor permitia adequar as melhores medidas de gestão. Nos EC foi possível treinar e implementar medidas não-farmacológicas como o posicionamento frequente do utente ou a execução de massagem para alívio de zonas de pressão. A implementação de medidas não-farmacológicas de forma complementar são capazes de promover o bem-estar e aliviar a perceção de dor do utente. No contexto de EC I era frequente a colocação de gelo em utentes com patologia músculo-esquelética. Os EC permitiram tomar consciência da importância destas medidas, que são muitas vezes desenvolvidas na prática clínica, mas que os profissionais de saúde não lhe dão o devido reconhecimento, passando por exemplo pelo não registo das mesmas, no processo e plano de cuidados.

Faz parte, também, das funções do papel do EE no cuidado à pessoa/família em situação crítica a gestão do impacto emocional, da relação terapêutica e da comunicação interpessoal/informação à pessoa/família (OE, 2018). Neste contexto, era reconhecida a importância da integração dos familiares e amigos no processo de cuidar dos utentes. Assim, procurou-se nos EC garantir sempre que possível as visitas presenciais de familiares, sendo visível os benefícios, quer ao próprio utente, como à própria família que se sentia integrada nos cuidados. Quando as visitas presenciais não eram possíveis, havia preocupação por parte da equipa na realização de chamadas telefónicas e/ou videochamadas, de forma a promover a presença da família nos cuidados. Era importante tentar perceber quais as informações que o familiar já detinha acerca do estado geral de saúde do seu familiar, de forma a poder explicar de que forma é o que o utente se encontrava e o que era expectável de encontrar a nível de equipamentos (monitorização, ventilação, entre outros), pois o impacto visual deste tipo de equipamentos pode ser negativamente marcante.

No contexto da EPH a família era envolvida na prestação de cuidados de maneira diferente do que em meio hospitalar, uma vez que para além de serem uma fonte fidedigna para a recolha de informação, contribuíam para que a vítima se sentisse mais tranquila num momento de angústia. Apesar de o foco dos cuidados ser maioritariamente a PCS, a família não pode ser

simplesmente colocada de parte, pelo que era permitido que permanecessem junto do seu familiar, enquanto se prestavam cuidados, bem como que se despedissem dos seus familiares antes de serem transportados para a ambulância ou em situações de óbito não declarado. Houve oportunidade de experienciar diversas PCR e perceber toda a complexidade dessa situação, desde o papel essencial que o “*team leader*” desenvolve nestas situações até à envolvência da família em todo o processo de cuidados.

Em situações de risco de vida era muitas vezes utilizado o modelo biomédico, o que podia levar a uma desvalorização das subjetividades pessoais e sociais de cada um. Com os avanços científicos e tecnológicos que surgem atualmente, é fundamental que se garanta a humanização dos cuidados. Para tal, além de se valorizar o cuidado nas dimensões técnicas e científicas, devemos reconhecer os direitos dos utentes, respeitando a sua individualidade, dignidade, autonomia e subjetividade (Almeida, 2014).

Com o decorrer dos EC, foi possível adquirir novos conhecimentos teórico-práticos que permitiram desenvolver competências neste domínio, que ajudaram a compreender a importância do reconhecimento precoce de focos de instabilidade, priorização de cuidados e manutenção do bem-estar do utente de forma eficaz.

2.2.2. Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção à Ação

Catástrofe é o “acidente grave, ou a série de acidentes graves (de origem natural ou tecnológica), suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (Lei de bases da Proteção Civil – Decreto Lei n.º 27/2006).

Com a repentina procura dos cuidados de saúde, aquando de uma catástrofe, podem surgir complicações na resposta, comprometendo a capacidade funcional, a segurança e o próprio sistema de saúde. Era competência do EE demonstrar conhecer os planos e princípios de atuação em situações de catástrofe, a conceção em articulação com o nível estratégico dos planos de emergência e catástrofe, e o planeamento e gestão dos cuidados à pessoa em situação de catástrofe. Deve ainda assegurar a eficiência desses mesmos cuidados preservando os vestígios de indícios de prática de crime (OE, 2018).

As situações de exceção e catástrofe são situações pouco frequentes. Quando surgem, em momentos inesperados, é fundamental que existam Planos de Emergência Internos que facilitem as respostas adequadas e necessárias. Pôde-se verificar que estes Planos existiam nas Instituições de EC, o que vai de encontro à Orientação n.º 007/2010 da DGS. Verificou-se ainda que os simulacros são uma ferramenta fundamental para consolidar conhecimentos sobre a forma de atuar nestas circunstâncias. No decorrer dos EC não houve nenhum simulacro e, o que permitiu refletir na prática clínica atual, onde a última sessão formativa relativa ao Plano de Emergência Externo foi realizada em 2018, pelo que era importante refletir sobre a importância destas formações e simulacros bem como a frequência com que são realizados, para preparação e treino dos profissionais.

Um outro aspecto em que os EC vieram contribuir para reflexão nesta competência, foi na preservação de vestígios forenses, assim como, na ausência de protocolos sobre a preservação de vestígios na assistência à vítima. Os procedimentos destes protocolos são desconhecidos pela maioria dos enfermeiros, que referem deter um baixo nível de conhecimento sobre as abordagens de casos e evidências forenses, nomeadamente na identificação de provas periciais de recolha, armazenamento e entrega às autoridades competentes (Gomes, 2017), pelo que o EE assume um papel essencial nos casos em que há suspeita de atos ilícitos, devido aos seus conhecimentos na preservação de provas forenses. Sendo normalmente o SU a porta de entrada das instituições, os enfermeiros deste serviço são o primeiro contacto nos casos de suspeita de prática de crime. Esta situação alertou para a necessidade de desenvolver um Protocolo de Atuação, no local de exercício profissional atual, relativo à preservação de vestígios na assistência à vítima, a importância do mesmo e que atualmente está a ser alvo de estudo por parte de uma enfermeira da AEEPSCS, para ser implementado.

A realização dos EC ocorreu durante uma pandemia, o que levou a que todas as ações e procedimentos fossem repensados e reestruturados múltiplas vezes e conforme os novos conhecimentos que se iam obtendo.

No SU bem como na SIV e VMER, em caso de ativação do Plano de Emergência era utilizado o algoritmo de triagem, proposto pelo Grupo Português de Triagem, para este tipo de situações. O Kit de Triagem Multi-Vítimas era utilizado pelas equipas em situações de exceção, ou seja, numa situação em que se apurasse, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis, ocorrendo em dois momentos diferentes: a

triagem primária baseada no método *Simple Triage And Rapid Treatment*; e a triagem secundária baseada no *Triage Revised Trauma Score* (TRTS) (Brito et al., 2012).

No SU era efetuada a triagem TRTS utilizando kits de catástrofe, que recorria a envelopes numerados e compostos por pulseiras de identificação, requisições em formato de papel de exames laboratoriais e exames complementares de diagnóstico e folhas de catástrofe TRTS.

Não tendo possibilidade de contactar com nenhuma situação deste tipo, foi uma questão que se abordou do ponto de vista teórico, uma vez que estas situações não são frequentes e quando surgem, de forma inesperada, é necessário que existam planos de emergência internos e externos que os enfermeiros devem conhecer, de forma a facilitar as respostas adequadas e necessárias.

Quando iniciaram os EC cada serviço já se tinha adaptado à nova realidade devido à pandemia. Ainda assim, esta adaptação e a maneira de repensar a realidade foram importantes para continuar a proporcionar a prestação de cuidados, mantendo todos os envolvidos seguros.

2.2.3. Maximiza a Prevenção, Intervenção e Controlo da Infecção e de Resistência a Antimicrobianos Perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, Face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas

A DGS (2017b) define a IACS como uma infeção adquirida pelos utentes ou profissionais, onde quer que eles sejam prestados, independentemente do nível de cuidados.

As IACS constituem um problema de saúde pública de elevada importância, pois constituem uma das preocupações dos gestores em saúde dada a sua prevalência (5-10%) e custos elevados (DGS, 2007).

O controlo da infeção tem sofrido grandes mudanças ao longo do tempo com o desenvolvimento da ciência, a descoberta da microbiologia e posterior antibioterapia, a implementação de medidas no controlo da infeção foi sendo cada vez mais evidente (Duarte & Martins, 2019).

A abordagem à PSC implica procedimentos invasivos. O EE tem um papel de relevo na área do controlo da infeção e gestão do risco, dado “o elevado risco de IACS decorrente da doença aguda ou crónica, do ambiente e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos de que a pessoa é sujeita” (OE, 2018, p. 19362).

A estrutura física dos SMI deve proporcionar um espaço que potencie a adesão às medidas de prevenção e controlo de infeção. No SMI, a estrutura em formato “*open space*”, apesar de ser excelente no que dizia respeito à vigilância e monitorização dos utentes, apresentava um risco de infeção mais elevado do que se existissem unidades individualizadas. O cumprimento rigoroso dos tempos de higienização das mãos e a correta utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) são de extrema importância na prevenção de proliferação de micro-organismos no utente. Algumas das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), de acordo com a Norma n.º 029/2012 (DGS, 2012) eram: existência de sensores automáticos nos lavatórios para água e gel de mãos; disponibilização de Solução Asséptica de Base Alcoólica (SABA) nas unidades de cada utente; cada unidade possuía uma gaveta própria para armazenamento de material necessário na prestação de cuidados; o material/equipamento era desinfetado e/ou descartado no momento da alta do utente, prevenindo a infeção cruzada; existência de pedal para abertura em todos os baldes (lixo e roupa suja); os sacos do lixo eram fechados e acondicionados de acordo com as normas em vigor; a limpeza do serviço também obedecia ao estipulado nas PBCI; na preparação da medicação também eram cumpridas as normas de assépsia e prevenção de infeções cruzadas; os EPI estavam em local de fácil acesso, num carro de apoio no centro do serviço e nas adufas dos quartos de isolamento; possibilidade de utilizar pressão negativa ou positiva nos quartos individuais; e era um serviço de acesso condicionado e restrito.

As equipas de enfermagem tinham um elo de ligação com o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, de forma a sensibilizar os restantes elementos para o cumprimento das medidas e normas, tais como a assepsia nos procedimentos (desde aspiração de secreções, preparação de nutrição parentérica, realização de tratamento a feridas e locais de inserção de cateter venoso central, linha arterial ou transdutor) e a higienização das mãos de acordo com os 5 momentos de lavagem das mãos (DGS, 2017b).

O uso adequado de EPI e a desinfecção com recurso a clorhexidina a 2% na manipulação dos sistemas de monitorização hemodinâmica invasiva (cateter venoso central, colheitas de sangue, linha arterial, sistemas com obturadores), eram algumas das medidas implementadas para prevenção das IACS.

A estratégia nacional para a qualidade em saúde 2015-2020 (Despacho n.º 5613/2015) definiu várias diretrizes que visam minimizar o número de IACS, sendo que para os SMI foram

definidos 4 objetivos: a redução das infeções urinárias associadas ao cateter urinário; a redução de infeções do local cirúrgico; a redução de infeções associadas a cateter venoso central; e a redução da pneumonia associada à intubação (PAI).

A PAI é a infeção mais frequentemente adquirida nos SMI, sendo responsável pelo aumento do número de dias de ventilação mecânica, de internamento em SMI e hospitalar, do uso de antimicrobianos e de mortalidade (DGS, 2017b). Existia uma grande preocupação com esta problemática, pelo que relativamente ao Feixe de Intervenções de Prevenção da PAI, encontrava-se preconizada a redução ou a tentativa diária da sonda, manutenção da cabeceira com elevação superior ou igual a 30°, a realização de cuidados de higiene oral pelo menos três vezes por dia com solução adequada e manutenção da pressão do balão endotraqueal entre 20-30 cmH₂O. Eram intervenções que faziam parte da prática diária do SMI, estando assim em conformidade com as recomendações da DGS (2015b), exceto a solução utilizada na higiene oral.

Em relação à Norma n.º 022/2015 da DGS relativa ao Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Relacionada ao Cateter Venoso Central (DGS, 2017d), quando era necessário remover o cateter venoso central a extremidade distal era enviada para análise, de forma a despistar um foco infeccioso e, os cuidados inerentes ao manuseio do mesmo eram registados diariamente, como a técnica utilizada e o estado da pele. Relativamente à Norma n.º 019/2015 da DGS relativa ao Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical (DGS, 2017e), cumprimos o preconizado, tal como: a utilização de técnica asséptica no procedimento de cateterismo vesical; utilização de técnica limpa no manuseamento do sistema de drenagem; realização da higiene diária do meato uretral e a manutenção do saco coletor abaixo do nível da bexiga.

Já nos momentos de admissão de um utente era realizado um rastreio para *Enterobacteriaceae* produtoras de carbapenemases (KPC), hemoculturas e uroculturas. Era colocada uma fita amarela e preta no chão envolvente da unidade do utente que delimitava aquela área. Caso os resultados fossem negativos as fitas eram removidas, se os resultados fossem positivos a fita era removida e substituída por uma vermelha e branca. Desta forma, o utente com necessidade de medidas de isolamento era facilmente identificado por todos, devendo tomar as devidas medidas e precauções de acordo com a via de transmissão (contato, aérea e gotículas) (DGS, 2017c).

Uma vez que só existia um quarto individual que podia ser utilizado como quarto de isolamento, nem sempre era possível alocar estes utentes nesse quarto. Outra estratégia era mobilizar esse utente para uma das unidades mais afastadas da zona de maior circulação. A colocação das fitas no chão envolvente da unidade do utente podia ser vista como discriminatória, mas era uma medida necessária para identificar a necessidade de adotar medidas preventivas.

O papel das assistentes operacionais era fundamental no que dizia respeito à limpeza, descontaminação e desinfeção de todo o serviço, ressaltando aqui a função de supervisão dos enfermeiros nestes processos, para garantir que os princípios básicos eram cumpridos, evitando assim a propagação de micro-organismos de uma forma cruzada. Estas cumpriam um plano diário com as tarefas a executar, agendadas pela gestora do serviço.

Durante o EC procurou-se minimizar a propagação de micro-organismos e minimizar os riscos para o próprio utente e para a restante equipa multidisciplinar, pelos aspetos inerentes às inúmeras técnicas invasivas utilizadas no diagnóstico, monitorização e tratamento destes utentes, através da utilização de forma racional de EPI e do cumprimento do estipulado nas PBCI.

Com a necessidade constante de adaptação devido à pandemia e atualização das normas, o EE tinha um papel fundamental, pois devia assegurar que os todos os elementos da equipa multidisciplinar utilizavam os EPI de forma correta e devia garantir que todos cumpriam as recomendações e normas em vigor, evitando assim a propagação de micro-organismos, o que vai de encontro à Orientação n.º 007/2020 da DGS (DGS, 2020b).

Na EPH nem sempre estava disponível um lavatório para a lavagem das mãos, no entanto, havia preocupação em higienizar as mãos com SABA, que, de acordo com Norma n.º 007/2019 da DGS (DGS, 2019), deve ser a primeira escolha para a higienização das mãos. Um dos aspetos a realçar no âmbito do controlo da infeção em meio pré-hospitalar era a adequada desinfeção de todo o material, após cada utilização, pois a não desinfeção do mesmo podia-se tornar um veículo de transmissão de micro-organismos.

PARTE II – PROJETO DE INVESTIGAÇÃO/AÇÃO

A temática na qual este estudo se baseia surgiu da prática clínica da investigadora principal e cuja importância se tornou ainda mais evidente após a pesquisa bibliográfica sobre a mesma, que se comprovou ser reduzida.

A qualidade dos cuidados prestados e os resultados em saúde são uma preocupação das várias organizações de saúde, pelo que os enfermeiros devem ter práticas de excelência e devem fazer transparecer as mesmas através de uma boa documentação das suas atividades e intervenções.

Para além de ser objetivo compreender quais são as práticas dos enfermeiros de um SUMC da região centro, será importante contribuir para a mudança de práticas no âmbito da realização de registos da preparação da transferência inter-hospitalar.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A PSC é aquela em que, “por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (OM & SPCI, 2008). Para a OE é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho, 2018). Cunha (2000, p. 42-43) refere que implica necessariamente “um quadro clínico complexo, acompanhado nos casos mais graves, de falência respiratória, cardíaca e cerebral. Frequentemente a sua sobrevivência depende dos meios avançados de monitorização e terapêutica”.

A avaliação da PSC deve ser realizada de forma sistematizada e sequencial dividida em duas fases, a avaliação primária e a avaliação secundária (*European Resuscitation Council, 2010; Emergency Nurses Association, 2007*), pois permite o reconhecimento de situações de risco de vida, identificação de sinais e sintomas e determinação de prioridades de atuação baseadas nos achados da avaliação (Howard & Steinmann, 2011).

1.2. TRANSFERÊNCIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O atual contexto nacional, com as mudanças introduzidas na distribuição de algumas valências hospitalares ao nível de tratamento e diagnóstico, contribuiu para a necessidade de transportar utentes entre as várias instituições e unidades, de forma a facultar um nível assistencial superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica não efetuáveis no serviço ou na instituição onde o utente se encontra, e por outro, haver necessidade de transporte para serviços mais especializados, de referência ou centralizados (OM & SPCI, 2008; Intensive Care of Society, 2019).

A transferência da PSC tem definições diferentes atendendo ao local de origem, podendo ser classificada como: primária, quando se transfere do local de doença súbita e/ou acidente, sendo o mesmo, em Portugal Continental, da responsabilidade do INEM enquadrado nas responsabilidades do SIEM; ou secundária, sendo da responsabilidade da instituição de saúde onde a PSC se encontra, ficando a cargo da mesma o pedido de vaga na unidade recetora, requerimento do meio de transporte, dos equipamentos e da equipa médica que acompanhará o utente (Vasconcelos, 2019), podendo ser realizado por via terrestre, marítima e aérea (INEM, 2012; Nunes, 2009). A transferência secundária pode ainda ser classificada como intra-hospitalar, quando é realizado dentro de uma instituição de saúde, ou inter-hospitalar, quando pressupõe a transferência para outra unidade hospitalar.

A transferência inter-hospitalar deve ser ponderada uma vez que é um momento de grande vulnerabilidade e instabilidade para o utente (Almeida et al., 2012). A transferência da PSC baseia-se no Princípio da Beneficência, uma vez que justifica o risco acrescido com o fim de interferir de forma positiva no prognóstico do utente.

De forma a prevenir o risco associado às transferências, as instituições devem ter um plano específico de transferência da PSC, com um sistema eficiente de recursos materiais, humanos e de documentação (Pedreira et al., 2014).

Sendo um dos momentos mais delicados para este tipo de utentes, o suporte de funções vitais deve ser mantido com um nível de excelência semelhante ao que é ministrado no serviço ou na unidade de origem (Pedreira et al., 2014). De acordo com o Parecer n.º 69/2005 do Conselho Jurisdicional da OE (2005b, p. 13), “o utente tem direito a cuidados de qualidade no qual a segurança é componente crítica, exige que o transporte seja realizado com o menor risco e com a maior segurança”.

A transferência da PSC deve ser estruturada em três fases: decisão; planeamento; e efetivação.

A decisão de transferir um utente é um ato médico. O processo de tomada de decisão é um processo complexo que implica a escolha entre uma ou mais alternativas que obtenham o resultado desejado, o que pressupõe a existência de uma avaliação prévia dos benefícios e riscos (OM & SPCI, 2008). Assim, a decisão de transferir um utente para outra unidade hospitalar é geralmente tomada pelo médico de referência em cooperação com o médico responsável no hospital recetor. A decisão de transferir um utente baseia-se principalmente na condição clínica do utente e na necessidade de tratamento (Droog et al., 2015).

O planeamento é realizado em conjunto pela equipa médica e de enfermagem, devendo incluir: a escolha e contacto com o serviço destino; distância a percorrer e tempo de transporte; escolha da equipa e meio de transporte; seleção dos meios adequados de monitorização, equipamento e terapêutica; definição de objetivos fisiológicos a manter durante o transporte; previsão de possíveis complicações. Deve ser tido em conta o risco de possíveis acidentes e equacionadas medidas preventivas, nomeadamente nos primeiros cinco minutos de transporte e na passagem do utente, que são as fases de maior risco. O transporte não deve ser iniciado sem que o estado clínico do utente seja otimizado, e todas as intervenções diagnósticas e terapêuticas que se prevejam necessárias durante a transferência devem ser efetuadas previamente (OM & SPCI, 2008).

Previamente à efetivação da transferência deve-se aplicar a Escala de Estratificação de Risco em Transporte de Doentes de modo apurar um “*score*” de risco. Esta escala, inicialmente idealizada por Etxebarria et al. (1998), pressupõe a atribuição de pontos de acordo com o estado clínico do utente e tem como objetivo definir as necessidades de recursos humanos que o acompanham, o tipo de veículo, o equipamento e monitorização necessária, de acordo com o nível de gravidade do utente (Vasconcelos, 2019).

O próprio processo de transferência também pode influenciar o “*score*” de gravidade, pois o risco de deterioração fisiológica e de intercorrências adversas serão proporcionais à gravidade do utente antes da transferência e ao nível de experiência da equipa que a realiza (Droogh et al., 2015). Deste modo, uma equipa treinada e qualificada está normalmente associada a menos incidentes, pois é capaz de antecipar, gerir e tratar eventuais complicações técnicas e médicas que possam surgir durante o mesmo (Graça, 2017; Vasconcelos, 2019).

O que se verifica atualmente é que as transferências da PSC nem sempre são efetuadas nas melhores condições, uma vez que são frequentemente realizadas por equipas inexperientes, que conhecem mal o utente e que não têm formação específica.

De acordo com o Parecer n.º 09/2017 da Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica da OE (2017), o utente tem direito a cuidados de qualidade no qual a segurança é componente crítica, exigindo que o transporte seja realizado com menos risco e com a maior segurança, aconselhando que, “o transporte intra-hospitalar do utente crítico deve ser idealmente, realizado por enfermeiro com experiência em reanimação e com treino em transporte de utentes críticos”, podendo ainda ler-se no mesmo parecer que, “o profissional com melhor formação para integrar equipas de transportes de utentes críticos ou equipas de Emergência Intra-Hospitalar é preferencialmente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica”.

A transferência só deve ocorrer quando a condição clínica do utente o permitir e, deve ser efetuado com os recursos humanos e técnicos adequados às necessidades do utente. Os profissionais responsáveis pela monitorização do utente durante o transporte têm de ter as qualificações necessárias para o tipo de utente a ser transportado. De destacar neste processo a importância dos registos clínicos.

1.3. REGISTOS DE ENFERMAGEM

A documentação dos cuidados de enfermagem evoluiu de anotações em formato manual para atualmente fazerem parte do processo do utente e de serem um reflexo do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, constituindo um indicador de qualidade da prestação de cuidados (Franco et al., 2012).

A OE (2014, p. 1) define os registos de enfermagem (RE) como o “conjunto de informação produzida pelo enfermeiro na prática clínica, na qual compila informações resultantes das necessidades de cuidados de enfermagem (intervenções autónomas), bem como toda a informação resultante do processo de tomada de decisão, de outros técnicos e implementado pelo enfermeiro (intervenções interdependentes) e, toda a restante informação necessária à continuidade de cuidados”. Estes registos devem ser objetivos, exatos, completos, concisos, atualizados e organizados (Potter & Perry, 2006).

Matsuda et al. (2006) referem que uma vez que existem diversos profissionais envolvidos na prestação de cuidados aos utentes, é fundamental garantir a continuidade dos mesmos através da comunicação e partilha de informação relativa ao estado do utente. Assim, os RE devem refletir o pensamento crítico do enfermeiro, descrever todos os problemas que o utente apresenta, as intervenções de enfermagem efetuadas, assim como os resultados alcançados sensíveis às intervenções de enfermagem (OE, 2022; Jesus & Sousa, 2011).

A CIPE é o sistema taxonómico indicado pela OE como o adequado para documentar informaticamente os cuidados de enfermagem das instituições de saúde em Portugal. Visa uniformizar conceitos e catalogar diagnósticos de enfermagem, resultados e intervenções, criando uma terminologia comum a todos os enfermeiros (Leal, 2006). A utilização desta classificação nos registos informatizados permite a produção de indicadores, monitorização da qualidade, decisão sobre formação dirigida, tomada de decisão e permite a comparação a nível local, regional, nacional e internacional.

Estudos revelam que os enfermeiros fazem mais do que registam, evidenciando os cuidados prestados como uma prioridade face aos registos. Os registos são interpretados como burocracia e nos dias em que há mais intervenções e atividade clínica, são os dias em que os registos são significativamente mais pobres (Marinis, 2010). As falhas na elaboração de RE são justificadas pela escassez de enfermeiros, de tempo, de organização e o tipo de impresso para registo no caso dos registos realizados em formato manual (Linch et al., 2010).

Esta dissonância entre os cuidados prestados e o que é efetivamente registado pelos enfermeiros, associado a um desenvolvimento tecnológico, levou a que fosse implementado um Sistema de Informação em Enfermagem (SIE) que permitiu um aperfeiçoamento na recolha, processamento, armazenamento e transmissão das diversas informações (Azevedo & Sousa, 2012). Os SIE permitem uma melhoria na gestão de todas as áreas de uma unidade de saúde, uma vez que trabalha com informação em formato digital em vez de papel, bem como a elaboração de registos de forma padronizada, diminuição da duplicação de dados, melhora a acessibilidade à informação, pois é facilmente acedida em qualquer ponto com acesso à rede informática e contribui para a visibilidade dos cuidados de enfermagem (Sousa, 2006; Narciso, et al., 2014; Tareco, 2015; Vieira, 2018).

No entanto, “importa salientar a preocupação de que não seja o SIE a impor a solução, mas antes, permitir uma flexibilidade da estrutura dos dados e obter diferentes visões promotoras do desenvolvimento das práticas” (Silva, 2006, p. 221). Os SIE devem então possibilitar a

combinação do pensamento crítico do enfermeiro com informação de qualidade (Jesus & Sousa, 2011), sendo gerados com base nos modelos conceptuais da disciplina de enfermagem, nos quais as tomadas de decisão no contexto da prática clínica se guiam (Silva, 2006).

O “SClínico[®]”, desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, foi desenvolvido através da combinação do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem e do Sistema de Apoio ao Médico, duas aplicações anteriormente utilizadas na prática clínica. É uma aplicação única e comum a todos os profissionais de saúde das diversas unidades hospitalares, que permite o acesso e partilha de informação através do processo clínico do utente, que tem como objetivo ser transversal no que diz respeito aos diagnósticos e intervenções de enfermagem. Desta forma, permite a análise, interpretação e comparação de dados, quer a nível da unidade de saúde organizacional quer a nível nacional, sendo uma excelente ferramenta na obtenção de indicadores na avaliação da qualidade dos cuidados prestados (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2019).

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A metodologia pode ser definida como o conjunto de métodos e técnicas orientadoras do processo de investigação científica, traduzindo-se num processo de aquisição de conhecimentos definido pela utilização de métodos reconhecidos de colheita, classificação, análise e interpretação de dados. É na fase metodológica que o investigador determina que métodos utilizará de modo a obter respostas às questões de investigação colocadas e às hipóteses formuladas pelo mesmo (Fortin, 2009).

Neste capítulo foi descrita a metodologia utilizada para a resolução do problema encontrado, definindo quais as etapas e técnicas utilizadas. Foi abordada a conceptualização do estudo e os objetivos, a questão de investigação e respetiva hipótese, a população e amostra, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos formais e éticos, a previsão do tratamento de dados e a calendarização das tarefas.

O estudo realizado centrou-se num projeto de melhoria contínua da qualidade em que se inseriu a utilização da metodologia de investigação-ação, sendo descritivo, correlacional e quantitativo.

Este tipo de investigação pressupõe a existência de três fases: na primeira fase, foi realizado o diagnóstico de situação e a identificação da problemática em estudo, tendo sido realizada uma revisão da literatura sobre a temática escolhida; na segunda fase foram implementadas estratégias para melhorar resultados da fase um; e na terceira fase uma avaliação comparativa das melhorias alcançadas com as estratégias implementadas.

2.1. CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO, OBJETIVOS E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Coutinho (2015, p. 27) refere que “o interesse do investigador é assumir uma atitude científica, distanciada e neutra, de modo a comprovar estatisticamente as hipóteses e a contribuir para a relação causal do processo-produto”.

O investigador tem maior objetividade na sistematização da colheita de dados observáveis e quantificáveis de acontecimentos ou fenómenos que ocorram quando utiliza o método de investigação quantitativa (Fortin, 2003).

A problemática em estudo no presente trabalho centrou-se nas intervenções de enfermagem relativamente à realização de registos sobre a preparação da transferência inter-hospitalar da PSC.

Apesar de ser uma temática já alvo de estudos, a equipa onde foi desenvolvido este estudo, evidenciou a importância de se repensarem práticas nesta área. Esta auscultação primária foi realizada através da estratégia de “*brainstorming*” e depois validada formalmente na fase um deste estudo. No SU onde a investigadora exerce funções, não existe numa ferramenta que facilite a elaboração de RE, o que conduz à omissão de informação aquando da transferência da PSC, o que se reflete na prática de cuidados e consequentemente, na segurança dos mesmos.

A questão de investigação é o elemento fundamental do início de uma investigação, já que “sem uma questão de investigação precisa, que defina os conceitos em estudo e especifique a população visada, será em vão formular um problema de investigação” (Fortin, 2003, p. 61).

De acordo com a problemática definida, surge a questão de investigação deste estudo: *Quais são as práticas dos enfermeiros do SU relativamente aos registos sobre a preparação da transferência inter-hospitalar da PSC?*

O objetivo de um estudo indica-nos o porquê da realização de uma investigação, pelo que após a formulação da questão de investigação foram definidos os seguintes objetivos:

Objetivos gerais:

- Contribuir para a implementação de boas práticas de enfermagem na realização de registos sobre a preparação da transferência inter-hospitalar da PSC;
- Contribuir para a melhoria da segurança da PSC através da continuidade dos cuidados.

Objetivos específicos:

- Conhecer as práticas de enfermagem relativamente à realização de registos sobre a preparação da transferência inter-hospitalar da PSC;
- Construir um registo “*standard*”, pré-estruturado e editável no “SClínico[®]”, disponível para todos os enfermeiros do SU, sobre a preparação da transferência inter-hospitalar da PSC;
- Realizar uma formação online sobre como aceder ao registo “*standard*”, pré-estruturado e editável para os enfermeiros do SU e disponibilizá-lo no “SClínico[®]”;

- Avaliar a satisfação e o processo de implementação do registo “*standard*”, pré-estruturado e editável através da aplicação de um questionário no *Google Forms*[®] aos enfermeiros do SU.

Perante os objetivos do estudo e com base na revisão da literatura, definiu-se a hipótese de investigação:

H1 – Existe uma maior evidência de RE nos procedimentos de transferências inter-hospitalares após implementação de estratégias de melhoria.

Assim, este trabalho foi dividido em cinco fases: 1^a fase, revisão da literatura, pesquisa documental com recurso a análise dos registos informáticos de enfermagem no “*SClínico*[®]”, elaboração do registo “*standard*”, pré-estruturado e editável, e elaboração do questionário; 2^a fase, submissão e aprovação do projeto de investigação pela Comissão de Ética e Conselho de Administração do Hospital onde foi realizado o estudo; 3^a fase, realização de uma formação online sobre como aceder ao registo “*standard*”, pré-estruturado e editável para os enfermeiros do SU e disponibilização do mesmo; 4^a fase, avaliação da implementação do mesmo através da aplicação de um questionário no *Google Forms*[®], realização da análise estatística e discussão dos dados recolhidos; 5^a fase, redação do relatório de investigação.

2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

População é o conjunto de elementos, pessoas, grupos ou objetos, a quem se pretende generalizar os resultados e que partilham características comuns, definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo. O elemento é a unidade de base da população junto da qual a informação é recolhida (Fortin, 2009, p. 310).

Para Freixo (2011, p. 182) a “amostra é constituída por um conjunto de sujeitos retirados de uma população (...)”. Coutinho (2015, p. 89) define amostra como “o conjunto de sujeitos (pessoas, documentos, etc.) de quem se recolherá os dados e deve ter as mesmas características das da população onde foi extraída”. Fortin (2009, p. 310) acrescenta ainda que “uma amostra, retirada da população alvo, informa-nos sobre as características desta, sem que seja necessário estudar toda a população”.

A amostra neste estudo é do tipo não probabilístico por conveniência, em que a probabilidade relativa de um qualquer elemento ser incluído na amostra é desconhecida. Esta amostra está

associada a um tipo de problema, pois nunca se sabe o quanto ela poderá ser representativa da população.

A população deste estudo foi constituída pela totalidade dos enfermeiros de um SUMC da região centro. Desta população foi excluída a enfermeira gestora e o elemento que assume funções de coordenação do serviço pois não se enquadram na prestação direta aos utentes, os elementos que nunca realizaram transferências inter-hospitalares da PSC e também se excluiu a investigadora por ser elemento integrante da equipa, logo a população foi constituída por 36 enfermeiros, tendo-se obtido uma participação amostral de 36 enfermeiros.

2.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Os instrumentos de colheita de dados utilizados neste estudo foram uma “*check-list*” e um questionário eletrónico.

A “*check-list*” foi utilizada para a pesquisa documental diagnóstica, que foi realizada na fase um do estudo. A análise dos registos informáticos de enfermagem no “SClínico[®]”, permitiram extrair a seguinte informação das PSC que foram transferidas no intervalo temporal de 1 de abril a 30 de setembro de 2022: existência de RE; capacidade de manter a via aérea; adjuvantes da via aérea; entubação traqueal; oxigénio suplementar; dispositivo de oxigenação; ventilação artificial; sinais vitais; hemorragias; acesso vascular; convulsões; Escala de Coma de Glasgow; pupilas; sedação; remover roupa; manter temperatura corporal; sonda vesical; sonda nasogástrica; informar familiares da transferência e destino final; providenciar conforto à PSC; providenciar conforto à família; motivo de admissão; data de admissão; antecedentes pessoais; alergias; motivo de transferência; última refeição; avaliar a parte posterior do corpo; espólio e mala de transferência selada.

O segundo instrumento de colheita de dados foi o questionário, utilizado na terceira fase deste estudo. O questionário, que se encontra no Apêndice II, convidava os enfermeiros participantes a responder a um conjunto de perguntas de resposta aberta e fechada, após aceitar livremente colaborar no preenchimento do referido questionário. Foi divulgado pela investigadora o “*link*” de acesso ao questionário utilizando a plataforma *Google Forms*[®], através do email institucional para todos os elementos da equipa de enfermagem do SU. Este questionário visou a colheita de dados, para caracterização demográfica da população, nível de conhecimentos, formação e competências específicas na área da transferência da PSC. Devido a atrasos na disponibilização

do registo “*standard*”, pré-estruturado e editável, a colheita de dados só foi realizada no mês de fevereiro de 2023.

O questionário estava dividido em duas partes: caracterização sociodemográfica, académica e profissional dos enfermeiros; e 4 questões do tipo *Likert*, com cinco respostas possíveis (discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo e concordo totalmente). Segundo Fortin (2003) tipo *Likert* “consiste em pedir aos sujeitos que indiquem se estão mais ou menos de acordo ou em desacordo relativamente a um certo número de enunciados, escolhendo entre cinco respostas possíveis.”.

Os questionários foram enviados aos enfermeiros do SU no dia 15 de fevereiro de 2023, tendo obtido 36 respostas válidas, o que corresponde a 100% de adesão.

2.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A ética é definida de um modo geral como um conjunto de permissões e interdições que têm valor na vida dos indivíduos e na qual estes se inspiram para guiar a sua conduta (Fortin, 2009).

No sentido de cumprir os pressupostos formais e éticos inerentes ao desenvolvimento deste processo de investigação, foi formalizado um pedido de autorização ao diretor de serviço e à enfermeira gestora do SU onde foi desenvolvido o processo de investigação.

Posteriormente, foi realizado um pedido de autorização formal dirigido ao Conselho de Administração do Hospital bem como o pedido de parecer à Comissão de Ética da mesma instituição no dia 22 de agosto de 2022, tendo sido autorizado nos dias 4 de outubro de 2022 e 7 de setembro de 2022, respetivamente.

O Regulamento Geral de Proteção de Dados (2016, p. 6) refere que “o consentimento do titular dos dados deverá ser dado mediante um ato positivo claro que indique uma manifestação de vontade livre, específica, informada e inequívoca de que o titular de dados consente no tratamento dos dados que lhe digam respeito, como por exemplo mediante uma declaração escrita, inclusive em formulário eletrónico, ou uma declaração oral. (...)”.

Os participantes receberam o documento de consentimento informado, através do qual, foram esclarecidos sobre a finalidade e objetivo do estudo, tendo sido enviado um e-mail aos participantes do estudo onde constava a informação acerca do mesmo e acesso ao questionário

online. Neste foi garantido a inexistência de riscos ou malefícios associados à sua participação, assim como garantindo o direito de anonimato, privacidade e autodeterminação.

O documento de consentimento informado foi disponibilizado juntamente com o questionário, os enfermeiros foram convidados a ler e esclarecer dúvidas antes de poderem preencher o questionário eletrónico (Apêndice I – Consentimento Informado e Apêndice II – Instrumento de Colheita de Dados).

2.5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Os dados colhidos foram alvo de análise estatística através do programa informático *R*, e foram utilizadas técnicas de estatística descritiva, tendo sido determinadas medidas de tendência central, como a média; medidas de dispersão e variabilidade, como o desvio padrão, mínimos e máximos e percentagem (%), de modo a sistematizar a informação colhida.

A apresentação dos dados após análise estatística dos mesmos permite ao investigador realizar a análise dos resultados obtidos, sendo apresentados sob a forma de gráficos.

2.6. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos registos informáticos de enfermagem no “SClínico[®]” teve o intuito de ser uma pesquisa documental diagnóstica, de modo a poder constatar quais as práticas dos enfermeiros do SU. Após autorização do estudo foi solicitado ao secretariado da Direção Clínica os dados de todos os utentes transferidos no intervalo temporal de 1 de abril a 30 de setembro de 2022. O gráfico 1 demonstra as etapas e os critérios de exclusão para o processo de constituição da amostra.

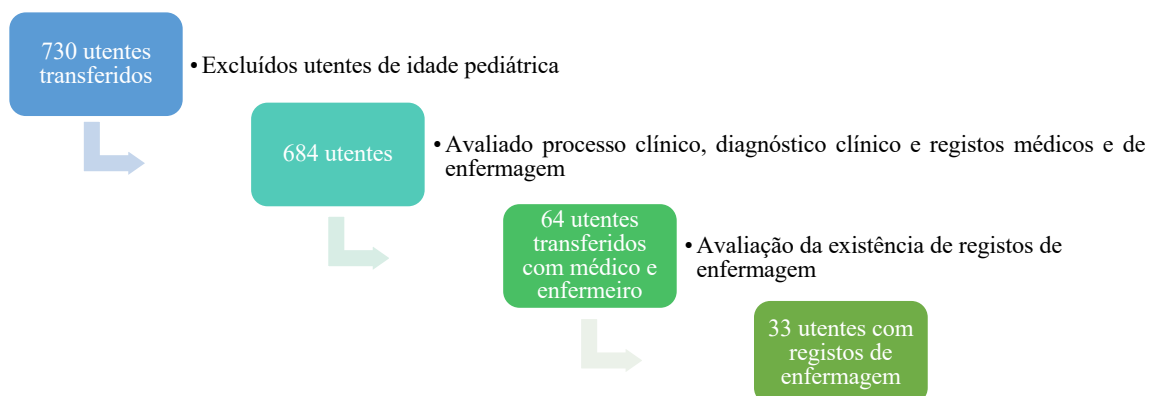


Gráfico 1 – Processo de constituição da amostra

É possível concluir que os RE são efetivamente escassos e que não são uma prioridade na prática clínica, pois dos 30 parâmetros avaliados podemos observar que em 9 deles não foi obtida qualquer resposta, em 17 parâmetros a percentagem de não resposta é superior a 50% e que apenas em 4 parâmetros temos uma percentagem de resposta superior a 50%, como se pode constatar nos dados apresentados na tabela 1.

Tabela 1 – Registos de enfermagem

Critério	Sim (%)	Não (%)	Não aplicável (%)					
A - Capacidade de manter a via aérea	24	3	73					
A - Entubação traqueal	21	0	79					
B - Oxigénio suplementar	12	0	88					
B - Ventilação artificial	15	0	85					
C - Sinais vitais	55	0	45					
C - Hemorragias	6	3	91					
D - Convulsões	6	3	91					
D - Escala de Coma de Glasgow	21	0	79					
D - Pupilas	12	0	88					
D - Sedação	6	3	91					
E - Remover roupa	48	0	52					
E - Manter temperatura corporal	3	0	97					
F - Sonda Vesical	61	0	39					
F - Sonda Nasogástrica	18	0	82					
F - Informar familiares da transferência e destino final	6	0	94					
G - Providenciar conforto à PSC	0	0	100					
G - Providenciar conforto à família	0	0	100					
H - Motivo de admissão	67	0	33					
H - Data de admissão	0	0	100					
H - Antecedentes pessoais	0	0	100					
H - Alergias	0	0	100					
H - Motivo de transferência	0	0	100					
H - Última refeição	0	0	100					
I - Avaliar a parte posterior do corpo	0	0	100					
Espólio	9	0	91					
Entregue roupa e valores à família	48	0	52					
Mala de transferência selada	0	0	100					
	Sim (%)	Não (%)	Tubo de Guedel (%)	Não aplicável (%)				
A - Adjuvantes da via aérea	0	0	6	94				
	Sim (%)	Não (%)	Óculos nasais (%)	Máscara facial (%)	Máscara de Venturi (%)	Máscara de alto débito (%)	Ventilação não invasiva (%)	Não aplicável (%)
B - Dispositivo de oxigenação	0	0	3	3	3	0	9	82
	Cateter Venoso Periférico (%)		Cateter Venoso Central (%)		Não aplicável (%)			
C - Acesso vascular	88		9		3			

No dia 11 de outubro de 2022 foi realizada uma sessão de formação em serviço onde foi apresentado aos enfermeiros do SU o desenho de estudo. A formação foi realizada via online,

tendo estado presentes 21 enfermeiros, pelo que posteriormente foi realizada uma apresentação presencial no serviço, de forma a todos conhecerem o trabalho, abrangendo todos os enfermeiros (n=36).

Devido a atrasos na autorização de implementação do registo “*standard*”, pré-estruturado e editável, o questionário foi aplicado em fevereiro de 2023.

Relativamente à idade dos participantes, os dados podem ser observados no gráfico 2.

Verificamos que a média de idade dos enfermeiros foi de $41,69 \pm 11,69$ anos, onde a idade mínima registada foi de 26 anos e a máxima de 65 anos. Na caracterização demográfica da população demonstra-se o carácter jovem da equipa, que segue a linha nacional que ronda os 45,5% na faixa etária dos 30-40 anos (OE, 2019).

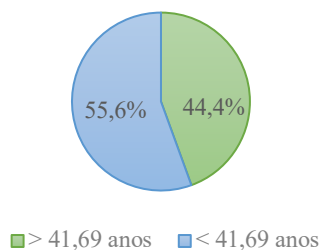


Gráfico 2 – Caracterização da amostra quanto à idade

No gráfico 3, podemos ver a distribuição por sexo.

Relativamente a esta característica, a maioria dos enfermeiros eram do sexo feminino, o que vai em linha com o estudo Caracterização dos SU na Secção Regional do Centro – “Conhecer para Intervir” da OE (2019).

Segundo Carapinheiro (1997, p.63), “A população de Enfermeiros nos Hospitais apresenta uma percentagem de 81% de enfermeiros do sexo feminino e 19% do sexo masculino”. Esta informação mostra-nos a realidade dos serviços de enfermagem hospitalares.

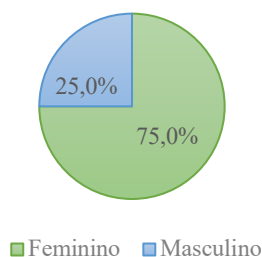


Gráfico 3 – Caracterização da amostra quanto ao sexo

No gráfico 4 e gráfico 5, é apresentada a categoria profissional e a discriminação do tipo de especialidade dos enfermeiros, destacando-se um número mais elevado de enfermeiros generalistas (58,3%) do que de especialistas. Está preconizado pelo Despacho n.º 10319/2014 (2014), que pelo menos 50% dos enfermeiros devem contemplar competências específicas do EE na AEEPSC. A amostra fica aquém do recomendado, uma vez que apenas 10 enfermeiros têm a especialidade acima referida, numa amostra de 36 enfermeiros. Neste sentido, e reconhecendo-se a importância dos cuidados seguros, entende-se que a instituição deva promover o estímulo dos profissionais no desenvolvimento profissional como especialistas.

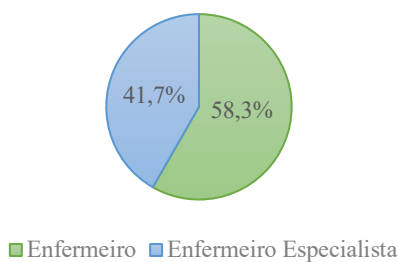


Gráfico 4 – Caracterização da amostra quanto à categoria profissional

No gráfico 5, podemos ver qual a especialidade dos enfermeiros especialistas.

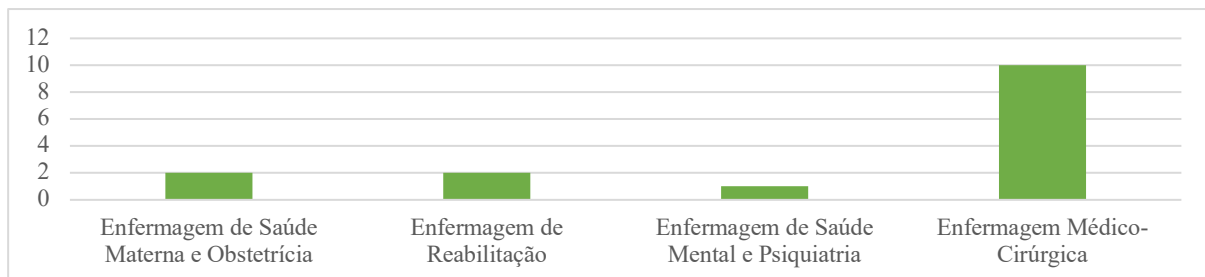


Gráfico 5 – Caracterização da amostra quanto à Especialidade em Enfermagem

Quanto ao tempo de Exercício Profissional é descrito no gráfico 6, sendo visível que os enfermeiros do serviço têm em média $18,33 \pm 10,82$ anos de experiência, a variar entre os 4 e os 40 anos. O que evidencia uma grande diversidade de anos de experiência.

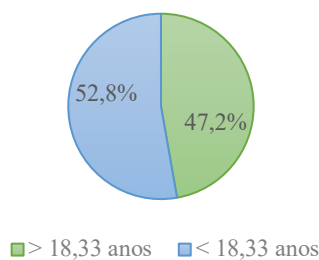


Gráfico 6 – Caracterização da amostra quanto ao tempo de exercício profissional

No entanto quando analisada essa experiência no serviço (gráfico 7), verificamos que a média de tempo de experiência diminui. Relativamente à experiência profissional em SU, os enfermeiros apresentam uma média de $11,83 \pm 8,92$ anos, a variar entre os 2 e os 29 anos.

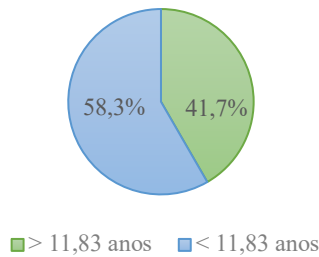


Gráfico 7 – Caracterização da amostra quanto ao tempo de exercício profissional em SU

No gráfico 8, verifica-se que 47,2% dos inquiridos diz ter formação específica na área do utente crítico. Segundo o Despacho n.º 10319/2014 (2014), a formação dos enfermeiros de todos os SU deve contemplar obrigatoriamente formação em suporte avançado de vida, o que não se verifica nos resultados obtidos neste estudo.

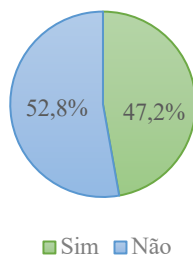


Gráfico 8 – Caracterização da amostra quanto a possuírem formação específica

No gráfico 9, podemos observar qual a formação que possuem.

Neste gráfico podemos verificar que os enfermeiros sentem necessidade de desenvolver formação específica na área do cuidado à PSC. Sendo os cursos de VMER e suporte avançado de vida os cursos mais procurados pelos enfermeiros.

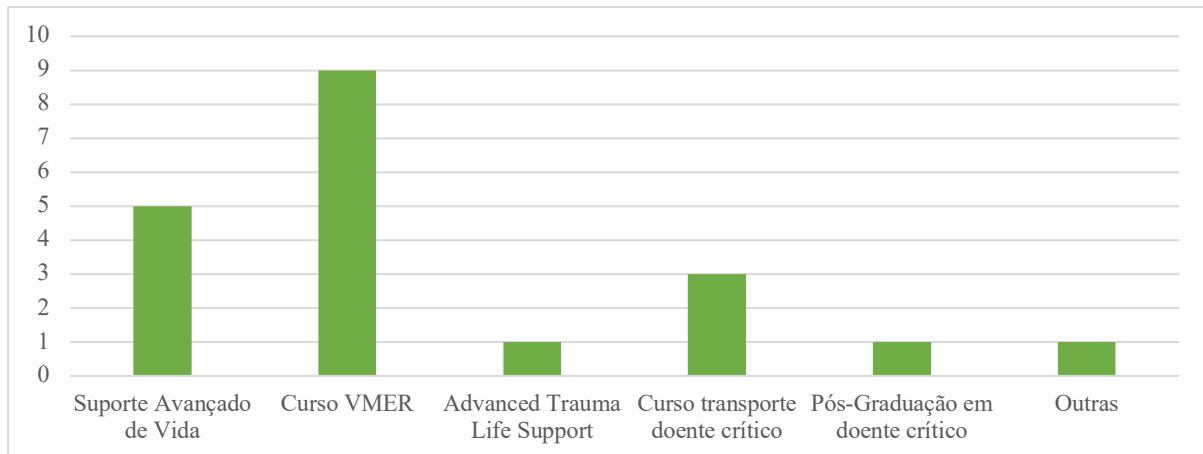


Gráfico 9 – Caracterização da amostra quanto à formação que possuem

Quanto ao número de transferências realizadas nos últimos 6 meses, verificamos que a média do número de transferências realizadas pelos inquiridos foi de $5,58 \pm 3,51$ transferências, a variar entre as 1 e as 15 transferências.

No gráfico 10, são representadas as respostas à questão “Realiza registos prévios às transferências?”, 58,3% dos inquiridos respondeu que faz e 41,7% respondeu que não faz. Quando explorados os motivos pelos quais não realizam são encontradas justificações associadas a questões de gestão temporal e falta de tempo, mas também uma deficiente priorização dos cuidados. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de os contextos de urgência implicarem a necessidade de gestão de cuidados criteriosa e por prioridades. Também o facto da procura e do consumo elevado de cuidados de saúde pelos utentes a estas unidades faz com que os recursos, que por si são escassos (materiais e humanos) tornem mais dificultadora uma gestão eficaz.

A indisponibilidade de equipamento informático foi um motivo que já tinha sido previamente identificado e transmitido à enfermeira gestora do serviço, uma vez que os enfermeiros nem sempre têm um local onde possam realizar os seus registos, por todos os computadores estarem ocupados por outros colegas ou por outros profissionais de saúde. Não se pode considerar uma situação constante, mas ainda assim causa alguns constrangimentos. A solução para esta questão passaria pela instalação de mais equipamentos, para que não houvesse este défice.

A questão da falta de tempo e a priorização dos cuidados é amplamente identificada e discutida na literatura, associada a recursos humanos insuficientes. O “tempo despendido pelos enfermeiros a documentar compete com o tempo disponível para os cuidados diretos aos clientes” (Silva, 2006, p. 18). Daqui podemos retirar que pode levar a falhas na prestação direta de cuidados ou pode refletir a falha na produção de registos. Jones (2015) refere que as

necessidades fisiológicas imediatas são priorizadas em detrimento de outras atividades. Os enfermeiros raramente omitem cuidados por esquecimento, mas priorizam-nos através da tomada de decisão após avaliação da situação clínica do utente (Harvey et al., 2018). A sobrelotação dos SU devido a uma grande afluência associada à falta de recursos humanos pode levar a situações em que os enfermeiros não têm capacidade para conjugar a prestação de cuidados e a elaboração de RE. Nestes casos, e como identificado nas respostas dos inquiridos, a prioridade é sempre a prestação de cuidados ao utente.

Os enfermeiros responsáveis de turno identificaram o motivo para não realizarem registos por a transferência ser realizada por outro enfermeiro. Esta situação é bastante frequente, uma vez que não se podem ausentar do serviço, devem fazer uma gestão dos recursos humanos existentes no momento e decidir quem é o enfermeiro que acompanha o utente. Associam também a falta de tempo, devido a toda a gestão e planeamento necessários.

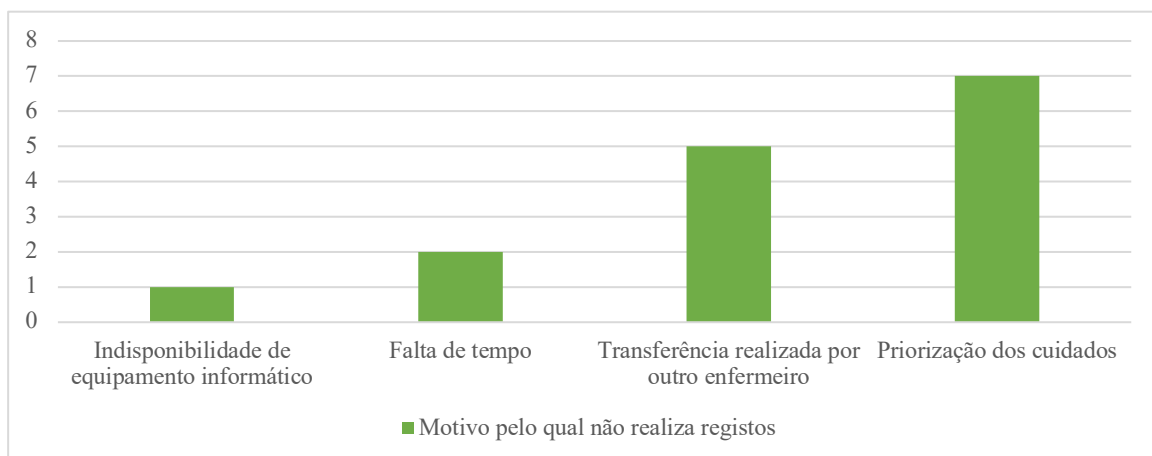


Gráfico 10 – Caracterização da amostra quanto aos motivos da não realização de registos

Da análise das respostas obtidas podemos observar o valor médio de satisfação na tabela 2, tendo os itens sido pontuados de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Valores próximos de 5 revelam maior concordância com as afirmações e valores próximos de 1 revelam menor concordância.

Conseguimos perceber que os enfermeiros concordaram quase totalmente com os itens questionados, “considero esta temática importante para a prática de enfermagem” (4,81±0,40) e “considero útil o registo “*standard*”, pré-estruturado e editável” (4,53±0,61).

A afirmação “passei a utilizar este registo “*standard*”, pré-estruturado e editável” foi a que obteve um valor mais baixo, o que revela que ainda é necessário sensibilizar os enfermeiros para a importância da temática. A sensibilização implica que a pessoa tenha uma consciência

da importância de alterar comportamentos, pois “quando pedimos aos membros de uma comunidade para ajustarem as suas atitudes e adotarem certos comportamentos, estes serão mais recetivos às mensagens se souberem o que isso significa e se acreditarem que a mudança comportamental, de facto, ajudará” (Andrade et al., 2020, p. 133).

Estes valores parecem espelhar que a estratégia implementada apresentou uma média de satisfação acima dos 50%, o que parece ter sido uma estratégia adequada. No entanto, perante estes resultados deve ser considerada a importância de se planearem medidas que permitam a sustentabilidade desta implementação, assim como a realização e atualização periódica do registo “*standard*”, pré-estruturado e editável.

Tabela 2 – Valor médio de satisfação relativo às afirmações

Afirmação	Média	Desvio Padrão
A ação de formação foi clara e explícita	3,83	0,74
Considero esta temática importante para a prática de enfermagem	4,81	0,40
Considero útil o registo " <i>standard</i> ", pré-estruturado e editável	4,53	0,61
Passei a utilizar este registo " <i>standard</i> ", pré-estruturado e editável	3,69	0,92

3. REFLEXÕES FINAIS DO ESTUDO

O presente estudo permitiu conhecer a realidade neste serviço, que antes era desconhecida, e objetivar quais as práticas dos enfermeiros relativamente à realização de RE.

Através do questionário, também foi possível obter conhecimento da perspetiva dos enfermeiros sobre a temática em estudo, assim como obter sugestões e medidas de melhoria, que depois foram operacionalizadas, através da aplicação de uma estratégia para facilitar a elaboração de RE. Esta implementação foi entendida como uma contribuição para a prestação de cuidados de excelência e de segurança dos utentes.

Os dados obtidos através da análise dos RE e da aplicação do questionário foram corroborados com os resultados descritos na literatura, nomeadamente a constatação da omissão ou inexistência de informação nos RE, sobre a preparação da transferência inter-hospitalar da PSC. Apesar de a maioria dos inquiridos reconhecerem a importância da temática constatou-se que depois, esta não era efetivada. Estes resultados são importantes para a gestão dos cuidados de saúde, uma vez que os gestores de enfermagem, podem solicitar o reforço a nível de recursos humanos ou até alterar a distribuição da equipa, pelos diversos postos de trabalho, no sentido de reduzir as causas para a existência do problema.

Apesar de todas as limitações no decorrer deste estudo, tal como a reduzida dimensão da amostra inquirida, bem como todos os atrasos a nível da obtenção de autorizações para a realização e implementação do mesmo, este estudo foi uma importante estratégia para repensar práticas no contexto clínico e envolver a equipa na procura de soluções conjuntas. Este tinha como objetivos conhecer as práticas de enfermagem relativamente à realização de registos sobre a preparação da transferência inter-hospitalar da PSC e contribuir para a implementação de boas práticas de enfermagem na realização de registos sobre o mesmo tema, que se pode concluir que foram atingidos.

É de salientar que existiu necessidade de reajustar o projeto que tinha sido delineado originalmente, uma vez que o mesmo englobava uma segunda avaliação dos RE, posteriormente à implementação do registo “*standard*”, pré-estruturado e editável, o que não foi possível de se efetuar devido à limitação temporal para a elaboração, entrega e defesa deste relatório, mas que se tem intenção de continuar o processo e se necessário depois dessa reavaliação, repensar e aplicar novas estratégias.

Tendo em consideração que não existia muita bibliografia referente a esta temática e ainda com a particularidade do SU, este estudo permitiu aumentar os conhecimentos nesta área, podendo ser o estímulo para a continuação da realização de investigação neste tema.

Após a elaboração e divulgação do estudo, é esperado que o serviço continue a utilizar a medida implementada e que os enfermeiros, possam refletir e melhorar as suas práticas clínicas, de modo a garantir uma melhoria contínua das mesmas.

CONCLUSÃO

Chegando ao final deste ciclo, é possível avaliar este processo de aprendizagem, como enriquecedor para o desenvolvimento e aquisição de novas competências, adquiridas através das reflexões efetuadas ao longo deste percurso, da pesquisa bibliográfica e das experiências vivenciadas nos contextos de EC. Foi possível adquirir novos conhecimentos inerentes ao cuidar da PSC, desenvolvendo a autonomia necessária para a prestação de cuidados de enfermagem altamente qualificados.

Os locais de EC decorreram em áreas de inexperiência pessoal, com momentos privilegiados de aprendizagem, o que foi bastante desafiante. Através da partilha de experiências e reflexões com os enfermeiros orientadores foi possível melhorar a prestação de cuidados e evoluir quer a nível pessoal quer a nível profissional, pois permitiu a mobilização, aplicação e aquisição de conhecimentos.

Apesar de todas as dificuldades e imprevistos durante este percurso, é possível avaliá-lo como positivo para o autodesenvolvimento, uma vez que permitiu desenvolver o espírito crítico-reflexivo e os processos de tomada de decisão, com o intuito de encontrar a melhor resolução para os problemas experienciados.

Identifica-se como fator facilitador a orientação obtida pelos enfermeiros orientadores, uma vez que sem o apoio, dedicação e disponibilidade deles o caminho teria sido mais complexo e menos produtivo. O acolhimento que foi proporcionado nos EC facilitaram a integração em equipa multidisciplinar promotora do processo de aprendizagem.

A pandemia que vivenciamos foi um fator que dificultou este percurso, devido a todos os constrangimentos associados. Também é entendido como um fator limitador, o período de tempo elevado, para as obtenções das autorizações pela Comissão de Ética, Conselho de Administração e gestora do serviço, no que diz respeito ao projeto de melhoria contínuo implementado.

Em suma, o presente relatório constituiu uma ferramenta de aprendizagem pela possibilidade de realizar uma retrospeção das experiências vivenciadas, assim como da descrição e reflexão das atividades desenvolvidas. Perante isto, considera-se ter atingido os objetivos definidos inicialmente, e que neste momento é perceptível a diferença de competências adquiridas antes do início do mestrado. Apesar do reconhecimento que este processo ainda não está concluído, mas em permanente desenvolvimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. RT 09/2013. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência: RT 14/2019*. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>
- Alarcão, I., Costa, N., & Simões, J. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: A perspetiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Referência - Revista de Enfermagem*, II(6), 91 – 108. <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/0691108.pdf>
- Almeida, A., Neves, A., Souza, C., Garcia, J., Lopes, J., & Barros, A. (2012). Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: Complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(3), 471–476. <https://www.scielo.br/j/ape/a/bnKSvrJffNqVydwmdd5KGWv/?format=pdf&lang=pt>
- Almeida, D. (2014). A humanização dos cuidados em saúde: ensaio teórico reflexivo fundamentado na filosofia de Emmanuel Lévinas. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 23(3), 767-75. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000340013>
- Almeida, F., & Costa, M. (2017). Passagem de plantão na equipa de enfermagem: Um estudo bibliográfico. *Arquivo Médico Hospital da Faculdade de Ciências Médicas*, 62(2), 85-91. <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMS%20CSP/article/view/49/35>
- Andrade, J., Ruão, T., & Oliveira, M. (2020). Os bastidores da comunicação de risco: a UMinho em tempos de pandemia. In M. Martins & E. Rodrigues (Eds.), *A Universidade do Minho em tempos de pandemia: Tomo II: (Re)Ações*, Braga: UMinho Editora.
- Assembleia Geral da República (2006). *Lei de Bases da Proteção Civil*. Diário da República N.º 126/2006, Série I de 2006-07-03. p.1-19. https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/69738106/202011171535/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=diploma
- Azevedo, P., & Sousa, P. (2012). Partilha da informação em enfermagem: Dimensões do papel de prestador de cuidados. *Revista de Enfermagem*, III(7), 113-122. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34049/1/artigo%20afiliado%20Paulino-08.pdf>
- Beauchamp, T., & Childress. J. (2013). *Principles of Biomedical Ethics* (7th ed.). New York: Oxford University Press.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica em enfermagem* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Campbell, J. (2016). *International Trauma Life Support for Emergency Care Providers* (8th ed.). Upper Saddle River: Pearson
- Carapinheiro, G. (1998). *Saberes e Poderes no Hospital: Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares* (3ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Corey, V., & Gwyn, P. (2016). Experiences of Nurses in Communicating Bad News to Cancer Patients. *Journal of Advanced Practice in Oncology*, 7(5), 485-94. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5737397/>
- Coutinho, C. (2015). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª ed.). Coimbra: Almedina.
- Cunha, M. (2000). Actuação do enfermeiro no transporte do doente politraumatizado. *Sinais Vitais*, 33, 42-47.
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro do Ministério da Saúde (1996). Diário da República: I Série, n.º 205. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro do Ministério da Saúde (1996). Diário da República: 1ª Série, n.º 205. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>

- Despacho n.º 5561/2014 de 23 de abril do Ministério da Saúde (2014). Diário da República: II Série, n.º 79. <https://dre.pt/application/conteudo/25696609>.
- Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto do Ministério da Saúde (2014). Diário Da República: II Série, n.º 153. <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio do Ministério da Saúde (2015). Diário da República: II Série, n.º 102. <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Despacho n.º 9390/2001 de 24 de setembro do Ministério da Saúde (2021). Diário da República: II Série, n.º 187. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Direção-Geral da Saúde. (2003a). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu Desenvolvimento*. <https://docplayer.com.br/1306756-Cuidados-intensivos-direccao-geral-da-saude-direccao-de-servicos-de-planeamento.html>
- Direção-Geral da Saúde. (2003b). *Circular Normativa n.º 09/DGCG de 14/06/2003, A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa Nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. https://www.anci.pt/sites/default/files/legislações/programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Norma N.º 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)*. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma N.º 015/2013 de 04/11/2015 - “Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. <http://www.aenfermagemasleis.pt/wp/wp-content/uploads/2015/11/Norma-015-DGS-Consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito-04-11-20151.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Norma N.º 002/2015 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Norma N.º 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dosdoentes.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Norma N.º 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. <https://www.sip-spp.pt/media/wupnfy5n/antimicrobianos-programa-de-prevencao-a-o-e-controlo-de-infec-o-es-e-de-resistencia-ncias-2017-dgs.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017c). *Recomendação – Prevenção da Transmissão de Enterobactérias Resistentes aos Carbapenems em Hospitais de Cuidados de Agudos*. <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. (2017d). *Norma N.º 022/2015 de 16/12/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>;
- Direção-Geral da Saúde. (2017e). *Norma N.º 0019/2015 de 30/05/2017. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical*. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023711.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Norma N.º 007/2019 de 16/10/2019 – Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>

- Direção-Geral da Saúde. (2020a). *Notificação de Incidentes e Efeitos Adversos*. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/monitorizacao/notificacao-de-incidentes-e-eventos-adversos.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2020b). *Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI)*. https://www.spci.pt/media/covid-19/Norma_007_2020_DGS_Covid19.pdf
- Dixe, M., Gaspar, P., & Sousa, P. (2017). *Construindo conhecimento em enfermagem à pessoa em situação crítica*. Unidade de Investigação em Saúde, Escola Superior de Saúde de Leiria.
- Droogh, J., Smit, M., Absalom, A., Ligtenberg, J., & Zijlstra, J. (2015). Transferring the critically ill patient: Are we there yet?. *Critical Care*, 19(1), 62. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4335540/>
- Duarte, A., & Martins, O. G. (2019). *Controlo da Infecção Hospitalar*. LIDEL.
- Emergency Nurses Association (2007). *Trauma Nursing Core Course: Provider Manual* [6a ed.].
- Esteves, L., Cunha, I., Bohomol, E., & Negri, E. (2018). Supervised internship in undergraduate education in nursing: integrative review. *Rev Bras Enferm*, 71(4), 1740-50. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0340>
- Etxebarría, M., Serrano, S., Ribó, D., Cía, M., Olaz, F., & López, J. (1998). Prospective application of risk scores in the interhospital transport of patients. *European Journal of Emergency Medicine*, 5, 13-17. Lippincott-Raven Publishers. <https://www.semanticscholar.org/paper/Prospective-application-of-risk-scores-in-the-of-Etxebarr%C3%ADa-Serrano/4b3d7a7f8d33e8a80417362dd786744d53437238>
- European Resuscitation Council (2010) - *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation*. http://www.sfm.org/documents/consensus/Full_ERC_2010_Guidelines.pdf.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: Da Conceção à Realização* (3.ª ed.). Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Franco, M., Akemi, E., & Inocente, M. (2012). Evaluation of the nursing records in the medical records of patients hospitalized in an internal medicine unit. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(2), 163-70. <https://www.scielo.br/j/ape/a/B7Ry5YhsDKdbF4qBkhBFLPf/?lang=en&format=pdf>
- Freitas, M. (2015). *Dotações seguras em enfermagem: Contributos para a segurança do doente*. [Tese doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20702/1/101479182.pdf>
- Freixo, M. (2011). *Metodologia Científica: Fundamentos Métodos e Técnicas* (3a ed.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Fuller, J. (2007). *Instrumentación quirúrgica: Teoría, técnicas y procedimientos*. Querétaro México: Editorial Medica Panamericana.
- Gomes, C. (2017). *Preservação dos vestígios forenses: conhecimentos e práticas dos Enfermeiros do Serviço de Urgência e/ou Emergência* [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/81407>
- Graça, A., Silva, N., Correia, T., & Martins, M. (2017). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(15), 133-144. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn15/serIVn15a14.pdf>
- Guimarães, M., & Silva, L. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Rio de Janeiro. <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5e-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Harvey, C., Thompson, S., Willis, E., Meyer, A., & Pearson, M. (2018). Understanding how nurses ration care. *Journal of Health Organization and Management*, 32(3), 494-510. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JHOM-09-2017-0248/full/html>
- Howard, P., & Steinmann, R. (2011). *Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática - Sheehy* [6a ed.]. Loures. Lusociência.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2011). *Deliberação N.º 14/2011. Direito de acompanhamento de utentes urgentes e/ou emergentes em ambulâncias de socorro*. <https://dre.pt/dre/detalhe/deliberacao-extracto/14-2011-1621628>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Manual de Situações de Exceção*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situacao-de-Excecao.pdf>

- Instituto Politécnico de Leiria. (2018) *Guia de elaboração de trabalhos académicos*. Leiria.
- Intensive Care Society. (2019). *Guidance On: The Transfer Of the Critically ill Adult*.
https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/transfer_critically_ill_adult_2019.pdf
- Internacional Council of Nurses. (2002). *Classificação Internacional Para A Prática De Enfermagem, CIPE/ICNP*
® versão Beta 2. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Jesus, E., & Sousa, P. (2011). Sistemas de Informação e profissionais de Saúde – Visão dos enfermeiros. In D. Pereira, J. Nascimento, R. Gomes (Ed.), *Sistema de Informação na Saúde – Perspetivas e Desafios em Portugal* (226-241). Lisboa: Edições Sílabo.
- Jones, T. L. (2015). A descriptive analysis of implicit rationing of nursing care: Frequency and patterns in Texas. *Nursing Economics*, 33(3), 144-154.
<https://search.proquest.com/openview/ef27757eff2f7aff61b2de57101fc8af/1?pq-origsite=gscholar&cbl=30765>
- Leal, M. (2006). *A CIPE e a visibilidade da enfermagem: Mitos e realidades*. Loures: Lusociência.
- Lei n.º 15/2014 de 21 de março (2014). *Direitos e deveres do utente nos serviços de saúde*. Diário da República I Série N.º 57. 2127-2131. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2014-106901319>
- Linch, G., Muller-Staub, M., & Rabelo, E. (2010). Quality of nursing records and standardized language: literature review. *Brazilian Journal of Nursing*, 9(2), 1-6.
<https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3088/703>
- Marinis, M. G., Piredda, M., Pascarella, M., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglini, D., Alvaro, R., & Matarese, M. (2010). 'If it is not recorded, it has not been done!?' Consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11/12), 1544-1552
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20438599/>
- Matsuda, L., Silva, D., Évora, Y., & Coimbra, J. (2006). Anotações/Registros de Enfermagem: Instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 8(3), 415-21.
http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Narciso, M., Inácio, R., & Carvalho, S. (2014). As tecnologias da informação na gestão em cuidados de enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Journal of Aging and Innovation*, 3(1).
<https://journalofagingandinnovation.com/manuscript-item/volume-3-1st-edition/>
- Nunes, F. (2009). Tomada de Decisão do Enfermeiro no Transporte do Doente Crítico. *Rev Nursing*, 246, 40-46.
<http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3526-tomada-de-decisao-do-enfermeiro-no-transporte-do-doente-critico#.V6tPrZpTFhg>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual*. Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros. (2005a). *Código Deontológico do Enfermeiro. Dos Comentários à Análise dos Casos*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2005b). *Parecer CJ n.º 69/2005. Procedimento sobre acompanhamento de doentes estáveis, transferidos das unidades de cuidados intensivos para o hospital da área de residência*.
<https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/roe22/full-view.html>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007a). *Sistema de Informação de Enfermagem - Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnicos-funcionais*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2007b). *Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Carta Dos Direitos do Doente Internado*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Divulgar: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Parecer CJ n.º 153/2013. Comunicação de óbito aos familiares dos utentes*. http://ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_153_2013_comunicacaoMorte.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Parecer CJ n.º 196/2014. Registo de penso e evolução a ferida*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_196_2014_RegistoPensoEvolucaoFerida.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.academia.edu/16625315/Deontologia_Profissional_de_Enfermagem
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer n.º 09/2017. Transporte da Pessoa em Situação Crítica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacacritica.pdf
- 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*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n.º15_2018-funções-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Caracterização dos Serviços de Urgência na Secção Regional do Centro – “Conhecer para Intervir”*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17101/su.pdf>
- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). (2005). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. <https://www.ufp.pt/app/uploads/2019/06/declaração-universal-sobre-bioética-e-direitos-humanos.pdf>
- Oliveira, G., Vancini-Campanharo, C., Teixeira Lopes, M. C. B., Barbosa, D. A., Okuno, M. F. P., & Batista, R. E. A. (2016). Correlação das categorias de classificação de risco com aspectos clínicos e desfechos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1284.2842>.
- Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica) & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Recomendações-Transporte de Doentes Críticos*. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência: Medicina Intensiva. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Parlamento Europeu. (2016). Regulamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 - relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados. *Jornal Oficial Da União Europeia*, 2014(3), 1–119. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679>
- Pedreira, L., Santos, I., Farias, M., Sampaio, E., Barros, C., & Coelho, A. (2014). Conhecimento da enfermeira sobre o transporte intra-hospitalar do paciente crítico. *Rev. enferm. UERJ*, 22(4), 533-539. <https://www.semanticscholar.org/paper/Conhecimento-da-enfermeira-sobre-o-transporte-do-of-Sampaio-Pedreira/3ca4eac9fce7c39174f176f9a55ddf02cb4cf5dc>
- Pereira, M. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Edições Formasau, ISBN: 978-972-8485-92-4.
- Pérez Serrano, G. (2002). *Investigación cualitativa retos e interrogantes. II Técnicas y análisis de datos*. Madrid: Editorial Muralla.
- Pinheiro, A., & Marques, R. (2019) Behavioral Pain Scale and Critical Care Pain Observation Tool for pain evaluation in orotracheally tubed critical patients. A systematic review of the literature. *Rev Bras Ter Intensiva*, 31(4), 571-581. <https://www.scielo.br/j/rbti/a/Nj8dWkNZZ4gNRyLCLYcMbxh/abstract/?lang=en>

- Pinheiro, S. (2017). *Competências especializadas e a pessoa em situação crítica: Do socorre pré-hospitalar ao hospital*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de São José Cluny]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de São José Cluny. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22413/1/Relatório%20Final%20_%20Sofia%20Pinheiro.pdf
- Potter, P., & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimentos* (5a ed.). Lusociência.
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: 2.ª Série, n.º 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>;
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: 2.ª Série, n.º 135. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>;
- Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro de 2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: 2.ª Série, n.º 184. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Regulamento n.º 76/2018 de 10 de janeiro de 2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da República: II Série II, n.º 21. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>
- Rodrigues, M. A.; Pereira, A. M.; & Ferreira, C. S. (2006). *Da aprendizagem construída ao desenvolvimento pessoal e profissional* (1a ed.). Coimbra: Formasau.
- Sales, L., Barroso, F., & Ramos, S. (2021) *Guia Prático para a Segurança do Doente*. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas.
- Santos, J., & Henriques, S. (2021). *Inquérito por questionário: contributos de conceção e utilização em contextos educativos*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Sapeta, P. (2013) - Desenvolvimento de competências: os saberes teóricos e os saberes práticos. *Revista do Instituto Politécnico de Castelo Branco*, 4. https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/3079/1/R_IPCB4_1.pdf
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2019). *SCLÍNICO - Sistema de Cuidados de Saúde Hospitalares. Manual de Consulta Rápida*. https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/DIGITAL_Brochura_Guia-SClinico_2019.pdf
- Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de Urgência: Da teoria à Prática* (4a ed.). Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda
- Silva, R., Pires, R., & Vilela, C. (2011). Supervisão de estudantes de Enfermagem em ensino clínico: Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, III* (3), 113-122. http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000100012&lng=es&tlng=pt.
- Soares, A. (2017). *Conceções dos Enfermeiros Especialistas – Contributos para a Qualidade* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18940/1/Mestrado%20Ana%20Soares.pdf>
- Souza, J., Silva, F., Oliveira, K., Venancio, A., Hermann, P., & Magro, M. (2017). Debriefing como ferramenta de avaliação qualitativa no ensino simulado. *Investigação Qualitativa em Saúde, 1*(2), 841-848. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1281/1241>
- Sweet, V., & Foley, A. (2019). *Sheehy's emergency nursing: Principles and practice* (7th ed.). Elsevier
- Tareco, E. (2015). *Sistemas informáticos em saúde para a qualidade dos cuidados de enfermagem: revisão sistemática* [Dissertação de mestrado, Universidade do Algarve]. Sapiientia. <https://sapiientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/7670/1/TESE%20FINAL.pdf>
- Teixeira, J., & Durão, M. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, IV*(10), 135-142. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388247711014>
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Thelan's enfermagem de cuidados intensivos. Diagnóstico e intervenção* (5a ed.). Loures: Lusodidacta.
- Vasconcelos, P. et al. (2019). *Abordagem, Transporte e Segurança do Doente Crítico*. Lisboa: Ocean Medical
- Vieira, S. (2018). *Utilização e evolução dos sistemas de informação em enfermagem: influência na tomada de decisão e na qualidade dos cuidados de enfermagem* [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. RepositóriUM. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/55867/1/Susana%2bMaria%2bda%2bCunha%2bVieira.pdf>

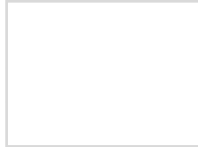
Williams, C., & Davis, C. (2005). *Therapeutic Interacton in Nursing*. London: Jones and Bartlett Publishers.

Wold, G. H. (2013). *Enfermagem Gerontológica* (5a ed.). São Paulo: Elsevier Editora Lda.

World Health Organization. (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. Geneva. http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf.

ANEXOS

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR PARA O DESENVOLVIMENTO DA INVESTIGAÇÃO



CiC2Fs

DECLARAÇÃO

AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE ESTUDO CLINICO


Título: "Registos da preparação da transferência inter-hospitalar da pessoa em situação crítica"

Referencia CiC2Fs: 15.OBS|2022

Tipo de Estudo: Estudo clínico observacional.

Investigador Principal: Enf^a. Catarina Margalho

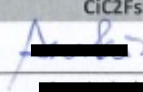
Serviço: Urgência

O estudo clínico proposto pela Enf^a. Catarina Margalho, a realizar no Serviço de Urgência do  em 22/08/22, obteve parecer favorável da CES, no dia 07/09/2022.

Foi solicitada a apreciação do EPD que referiu, a 30/09/2022, a «desnecessidade de preenchimento do I.EI-RGPD.04.1, chamando à colação o Considerando 26 do Regulamento 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016 que refere que "Os princípios da proteção de dados deverão aplicar-se a qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável. (...) Os princípios da proteção de dados não deverão, pois, aplicar-se às informações anónimas, ou seja, às informações que não digam respeito a uma pessoa singular identificada ou identificável nem a dados pessoais tornados de tal modo anónimos que o seu titular não seja ou já não possa ser identificado. O presente regulamento não diz, por isso, respeito ao tratamento dessas informações anónimas, inclusive para fins estatísticos ou de investigação."»

O CiC2Fs solicita a autorização do CA para a realização do estudo supramencionado por estar ao abrigo da legislação, regulamentação e procedimentos internos aplicáveis.

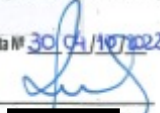
Centro de Investigação Clínica
CiC2Fs




Autorizado.


Deliberação do Conselho de Administração


Ata Nº 30 CA/107/2022



Presidente do Conselho de Administração







ANEXO II – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL ONDE FOI EFETUADO O ESTUDO

06/02/23, 12:43

Parecer da CFES

Direção Clínica [REDACTED]

qua, 14/12/2022 15:15

Para: Catarina Neves Margalho [REDACTED]
[REDACTED]

Exma Sr.^a Enfermeira Catarina Margalho

A pedido da Presidente da CES, [REDACTED], envio parecer desta Comissão sobre projeto apresentado, para conhecimento.

“A Comissão de Ética analisou ainda e deu parecer ao estudo "Registos da preparação da transferência inter-hospitalar da pessoa em situação crítica", rececionado por esta Comissão a 22/08/2022, CiC2Fs, Ref. 15.OBS.2022, em que a Investigadora responsável é a Enf^a Catarina Neves Margalho, do Serviço de Urgência.

Após análise dos documentos considerou esta CE não haver qualquer impedimento para a sua execução, uma vez que se encontra no estrito cumprimento das normas internas instituídas, não levantando qualquer questão do ponto de vista ético. Refira-se que foi aceite o pedido de escusa de consentimento informado, estritamente nos termos em que foi pedido.”

Att

[REDACTED]

Secretariado da Direção Clínica

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



APÊNDICES

APÊNDICE I – CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Identificação do Investigador: Catarina Neves Margalho

Título do estudo: Registos da preparação da transferência inter-hospitalar da pessoa em situação crítica

Enquadramento: A pessoa em situação crítica é aquela em que, “por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos, 2008).

A decisão de transferência inter-hospitalar pressupõe uma avaliação prévia dos benefícios e riscos inerentes ao transporte, podendo ser necessária de forma a facultar um nível assistencial superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica não efetuáveis no serviço ou na instituição, onde a pessoa se encontra internada, e por outro, haver necessidade de transporte para serviços mais especializados, de referência ou centralizados (SPCI e OM, 2008; Intensive Care of Society, 2019).

Antes da transferência é fundamental fazer uma avaliação exata da pessoa em situação crítica (ACEM, ANZCA e CICMANZ, 2015; Martins e Martins, 2010; OM e SPCI, 2008; Scuiasiato [et al.], 2012).

Na fase de planeamento e organização, é recomendado conhecer a história clínica da pessoa, bem como os exames complementares de diagnóstico realizados até ao momento (ICS, 2011; OM e SPCI, 2008). Este conhecimento prévio auxilia o enfermeiro nos processos de tomada de decisão e consequentemente, ajuda a prevenir a ocorrência de complicações, garantindo assim a segurança dos cuidados na transferência (Gustafsson, Wennerhold e Fridlund, 2010; Martins e Martins, 2010).


Assim, os registos realizados previamente à transferência, médicos e de enfermagem, bem como os exames complementares de diagnóstico realizados devem acompanhar a pessoa, de forma a garantir a continuidade dos cuidados (OM & SPCI, 2008).

O recurso à utilização de listas de verificação (*checklists*) é recomendado para a preparação da transferência inter-hospitalar, pois assegura que todas as intervenções

necessárias foram cumpridas (AAGBI, 2009; ACCCM, 2004; ICS, 2011; OM e SPCI, 2008).

A Ordem dos Enfermeiros (2003) define os registos de enfermagem como o conjunto de informações escritas, produzidas pelo enfermeiro na prática clínica, nas quais compila as informações resultantes quer das intervenções autónomas, quer das intervenções interdependentes, bem como toda a restante informação necessária para a continuidade dos cuidados.

Araújo, Simões e Silva (1998), citados por Franco, Akemi e Inocento (2012), referem que os registos de enfermagem são um meio de demonstrar o trabalho executado pela equipa de enfermagem, constituindo um indicador de qualidade da prestação de cuidados.

No Serviço de Urgência do , em contexto de entrevistas informais a elementos da equipa de enfermagem, foram identificadas algumas dificuldades na execução dos registos, que justificam pela inexistência de um registo pré-estruturado e editável que permita ser adaptado às condições que a pessoa apresenta.

Objetivos: Conhecer as práticas de enfermagem relativamente à realização de registos sobre a preparação da transferência inter-hospitalar da pessoa em situação crítica; Construir um registo pré-estruturado e editável no SClínico, disponível para todos os enfermeiros do Serviço de Urgência, sobre a preparação da transferência inter-hospitalar da pessoa em situação crítica; Contribuir para a implementação de boas práticas de enfermagem na realização de registos sobre a preparação da transferência inter-hospitalar da pessoa em situação crítica; Contribuir para a melhoria da segurança da pessoa em situação crítica através da continuidade dos cuidados.

Explicação do estudo: Irá ser realizada uma pesquisa documental com recurso a análise dos registos informáticos de enfermagem no SClínico, da pessoa em situação crítica que foram transferidos nos últimos 6 meses. Os dados colhidos, resultantes da leitura dos diários de enfermagem, serão classificados e agrupados, tendo em conta a mnemónica ABCDEFGHI, e ficarão guardados num ficheiro em Excel.


Posteriormente, será realizado um registo “*standard*”, pré-estruturado e editável, com todas as intervenções/avaliações que devem ser registadas aquando da preparação da transferência inter-hospitalar da pessoa em situação crítica, tendo por base os resultados da análise do documento acima descrito e da pesquisa bibliográfica realizada acerca do tema em estudo. Esse registo terá de ser avaliado pela Sra. Enf^ª Dulce Menezes (Chefe

do Serviço de Urgência) que permitirá a sua implementação no serviço, após validação e aceitação.

Num contexto de formação em serviço, será dado a conhecer aos enfermeiros do Serviço de Urgência, a existência do registo “*standard*”, pré-estruturado e editável disponível no SClínico, no âmbito da preparação da transferência inter-hospitalar da pessoa em situação crítica.

Será avaliada a implementação do registo “*standard*”, pré-estruturado e editável disponível no SClínico através da aplicação de um questionário no *Google Forms* aos enfermeiros do Serviço de Urgência.

Condições e financiamento: O estudo não beneficiará de financiamento. O estudo não tem nenhum custo para os participantes. A participação no estudo é de carácter voluntário, não havendo qualquer prejuízo caso não queira participar.

O presente estudo mereceu parecer favorável número _____ da Comissão de Ética do .

Os dados recolhidos para o estudo são confidenciais e de uso exclusivo do investigador para o estudo, não havendo qualquer registo de dados de identificação mantendo o anonimato dos participantes.

Confidencialidade e anonimato: O estudo tem apenas e exclusivamente o objetivo de realizar investigação e divulgar os resultados obtidos.

É garantida a confidencialidade e anonimato dos participantes na divulgação dos resultados. O investigador não terá contacto com os participantes, o questionário será enviado online para o mail institucional dos enfermeiros do serviço de urgência.

Disponibilidade: Encontra-se disponível para esclarecer qualquer dúvida relativamente ao presente estudo.

Assinatura de quem pede consentimento: _____

Consentimento do participante: Declaro ter lido e compreendido este documento. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar no estudo “Registos da preparação da transferência inter-hospitalar da pessoa em situação crítica” sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

APÊNDICE II – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Questionário - Registos da preparação da transferência inter-hospitalar da pessoa em situação crítica


No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica surgiu este trabalho de investigação, que tem como objetivo conhecer quais são as práticas relativamente aos registos sobre a preparação da transferência inter-hospitalar da pessoa em situação crítica.

Este trabalho consistiu numa pesquisa documental com recurso a análise dos registos informático de enfermagem no SCLínico, das pessoas em situação crítica que foram transferidas nos últimos 6 meses.

Após análise dos dados obtidos, foi elaborado um registo "standard", pré-estruturado e editável, que foi dado a conhecer à equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência.

Este questionário surge para avaliar a implementação deste registo "standard", pré-estruturado e editável.

Todos os dados recolhidos são confidenciais e de uso exclusivo do investigador. Não será recolhido nenhum dado caso não aceite participar neste estudo.

Como investigadora principal do estudo, estou disponível para esclarecer qualquer tipo de dúvida de forma presencial, telefonicamente (+) ou via email

Agradeço desde já a atenção dispensada!

Catarina Margalho

***Obrigatório**

1. Aceita participar neste estudo? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim *Avançar para a pergunta 2*
- Não *Avançar para a secção 3 (Questionário)*

Questionário

2. Idade *

3. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

Masculino

Feminino

4. Categoria Profissional *

Marcar apenas uma oval.

Enfermeiro

Enfermeiro Especialista

5. Se respondeu "Enfermeiro Especialista" na questão anterior, qual é a sua área de especialidade?

(Se respondeu "Enfermeiro", ignore esta pergunta.)

6. Tempo de Experiência Profissional (em anos) *

7. Tempo de Experiência Profissional no Serviço de Urgência (em anos) *

-
8. Quantas vezes realizou transferência inter-hospitalar da pessoa em situação crítica nos últimos 6 meses (valor aproximado)?

9. Possui formação específica para a transferência inter-hospitalar da pessoa em situação crítica?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

10. Se respondeu "Sim" na questão anterior, especifique.
(Se respondeu "Não", ignore esta pergunta.)

11. Realiza registos prévios às transferências? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

12. Se não, qual o motivo?

Marcar apenas uma oval.

- Indisponibilidade de equipamento informático
- Falta de tempo
- Transferência realizada por outro enfermeiro
- Priorização dos cuidados
- Outra: _____

13. A seguir encontra uma série de afirmações. Assinale em cada uma o seu nível de concordância:

Marcar apenas uma oval por linha.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalment
A ação de formação foi clara e explícita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero esta temática importante para a prática de enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero útil o registo "standard", pré-estruturado e editável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Passei a utilizar este registo "standard", pré-estruturado e editável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

-
14. Tem alguma sugestão de melhoria relativamente ao registo "standard", pré-estruturado e editável apresentado?

Questionário

Muito obrigada pela colaboração neste estudo!

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNDICE III – REGISTO “*STANDARD*”, PRÉ-ESTRUTURADO E EDITÁVEL

Utente que vai ser transferido acompanhado por tripulantes / enfermeiro / médico e enfermeiro.

Score _ na Escala de Estratificação de Risco em Transporte de Doentes.

Apresenta-se in/consciente e des/orientado.

Previamente independente nas AVD's / dependente em grau reduzido/moderado/elevado nas AVD's.

A – Via aérea não/ permeável.

Com/Sem necessidade de adjuvante da via aérea (Guedel). / Com entubação traqueal n.º __, que fica ao nível _ na comissura.

Com/Sem necessidade de controlo da cervical (estabilização e alinhamento).

B – Respiração não /eficaz. Com/Sem expansão simétrica do tórax, com/sem utilização de músculos acessórios.

Apresenta dispneia/ tiragem/ pieira/ estridor/ broncoespasmo/ desvio da traqueia/ ingurgitamento da jugular.

Cumprir oxigenoterapia por óculos nasais a _L/min. / máscara de Venturi a _%. / máscara de alto débito.

FR _cpm, SpO2 _%.

C – Sinais vitais: TA _mmHg, FC _bpm, pulso ar/rítmico, cheio/fino, tempo de preenchimento capilar _s.

Puncionado com cateter venoso periférico 18G/20G. Colhido sangue para hemograma + bioquímica + coagulação + classificação.

Com/Sem hemorragias ativas visíveis.

Pele pálida/rosada/cianótica/sudorética.

D – Escala de Coma de Glasgow _ (abertura ocular __, resposta motora __, resposta verbal __).

Pupilas isocóricas e isoreativas (anisocoria / midríase / miose).

Glicémia capilar _mg/dL.

Apresentou/Não apresentou convulsões.

Com/Sem alterações na sensibilidade de reflexos (parestesia / paresias / plegias / disartria / afasia).

Utente com/sem necessidade de sedação.

E – Temperatura auricular _°C.

Com/Sem necessidade de aquecimento / arrefecimento periférico.

Removida roupa do utente e vestida roupa hospitalar.

Realizado / Não realizado espólio. Entregue roupa e valores aos familiares.

F – Informados familiares da transferência e destino final.

Algaliado com Sonda Vesical de látex/silicone Ch_, balão _cc de água destilada, com drenagem de urina clara/concentrada/hemática/piúria.

Colocada Sonda Nasogástrica Ch_. Realizada lavagem gástrica. / Fica em drenagem livre com conteúdo de estase/biliar/hemático/alimentar/resíduos de comprimidos.

G – Score _ na escala numérica da dor/ escala visual analógica/ faces pains cale-revised/ escala de faces de Wong-Baker/ escala qualitativa/ escala doloplus.

Analgesia administrada:

Providenciado conforto ao utente.

Providenciado conforto à família.

H – Motivo de admissão:

Data de admissão:

Antecedentes pessoais:

Motivo de transferência:

Última refeição:

I – Parte posterior do corpo sem/com alterações.

Transporte realizado com colar cervical / maca de vácuo / em plano duro.

Apresenta imobilização/tala gessada no membro _.

Mala de transferência encontra-se / não se encontra selada.