

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

RELATÓRIO CRÍTICO

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

“Prevenção de Úlceras por Pressão associadas à interface da Ventilação Não Invasiva
- implementação de uma Instrução de Trabalho num serviço de Medicina Interna”

Cândida Sofia Gonçalves Gomes Feijão

Orientador: Professora Cristina Costeira

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

Leiria, setembro de 2022

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

RELATÓRIO CRÍTICO

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

“Prevenção de Úlceras por Pressão associadas à interface da Ventilação Não Invasiva
- implementação de uma Instrução de Trabalho num serviço de Medicina Interna”

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

Cândida Sofia Gonçalves Gomes Feijão

Nº 5200117

Orientador: Professora Cristina Costeira

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

Leiria, setembro de 2022

AGRADECIMENTOS

Para a concretização desta caminhada, muitos foram aqueles cujo apoio foi fundamental e aos quais não posso deixar de manifestar o meu sincero agradecimento.

Aos meus pais e irmã pelo seu apoio e presença constantes.

Ao Tiago pela sua paciência e incentivo persistente, que me levou a acreditar que era possível concluir esta etapa da minha vida e nunca me deixou desistir.

Aos meus amigos que estiveram sempre presentes e me deram apoio e força para continuar.

À professora Cristina Costeira pela sua motivação e disponibilidade atempada na orientação deste mestrado.

A todos vós, o meu mais sincero obrigado.

RESUMO

O presente Relatório Crítico surge no âmbito do Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, com o intuito de descrever e evidenciar o desenvolvimento de competências, durante os ensinamentos clínicos desenvolvidos em três contextos de prática clínica: Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, Área de Enfermagem Pré-Hospitalar e Serviço de Medicina Intensiva. Para tal, foi utilizada uma metodologia crítico-reflexiva em que foram descritas as atividades realizadas, experiências vivenciadas, assim como, as dificuldades encontradas para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à em Pessoa Situação Crítica.

Para o desenvolvimento de competências de investigação, foi realizado um estudo de investigação-ação, acerca da prevenção de Úlceras por Pressão associadas à interface da Ventilação Não Invasiva, problema identificado como prioritário de intervenção, por uma equipa de enfermagem de um serviço de medicina. Este estudo teve como objetivo implementar e avaliar estratégias de melhoria contínua na prestação de cuidados de enfermagem, dirigidos ao doente internado com necessidade de Ventilação Não Invasiva.

Para tal foi elaborada e implementada uma Instrução de Trabalho, que se revelou eficaz na prevenção de Úlceras por Pressão associadas à interface da Ventilação Não Invasiva. Esta estratégia foi avaliada pela equipa de enfermagem, do serviço onde o estudo foi desenvolvido, como útil, adequada à prestação de cuidados e que contribuiu para a prevenção daquelas lesões.

Palavras-chave: Enfermagem, Enfermeiro, Especialização, Perfil de Competências dos Enfermeiros, Interface, Úlcera por Pressão, Instrução de Enfermagem.

ABSTRACT

The current Critical Report is presented within the scope of the master's degree in medical surgical nursing - area of specialization in Nursing for the Person in Critical Situation, from the High School of Health of the Polytechnic Institute of Leiria, aiming to describe and highlight the development of skills during the clinical training implemented in three contexts of clinical practice: Emergency Medical-Surgical Service, Pre-hospital Nursing Area and Intensive Care Unit. Therefore, a critical-reflective methodology was used to describe the activities carried out the experiences lived, as well as the difficulties encountered in the development of general and specific skills of the specialist nurse in Nursing for the Person in Critical Situation.

To develop research abilities, it was developed a research-action study on the prevention of pressure ulcers related to the interface of non-invasive ventilation, a problem identified as a priority for intervention by a nursing team from an internal medical service. The goal of this study was to implement and assess strategies for continuous improvement in the provision of nursing care, focused on hospitalized patients requiring non-invasive ventilation. Hence, a working instruction was developed and implemented, which was proved to be effective in preventing pressure ulcers related to the non-invasive ventilation interface. This strategy was assessed by the nursing team of the service where the study was conducted and was evaluated as useful, adequate for the provision of care, and that contributed to the prevention of those injuries.

Keywords: Nursing, Nurse, Specialization, Nurse's Skills Profile, Interface, Pressure Ulcer, Nursing Instruction.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ADR-SU	Área Dedicada a Doentes Respiratórios
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BPS	<i>Behavioral Pain Scale</i>
CAM-ICU	<i>Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit</i>
CCIRA	Comissão de Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos
CIAV	Centro de Informação Antivenenos
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem®
CODU	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
COVID - 19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
DAE	Desfibrilhação Automática Externa
DAV	Diretiva Antecipada de Vontade
DGS	Direção-Geral da Saúde
DM	Dispositivo Médico
DNR	Decisão de Não Reanimar
EC	Ensino Clínico
ECDC	<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i>
EE	Enfermeiro Especialista
EEIH	Equipa de Emergência Intra – Hospitalar
EMC	Enfermagem Médico-Cirúrgica
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPUAP	<i>European Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
EPSC	Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
ERC	Enterobactérias Resistentes aos Carbapenemos
EUA	Estados Unidos da América
GCL-PPCIRA	Grupo de Coordenação Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos
GI	Gabinete de Informações
IACS	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
ICN	<i>International Council of Nurses</i>

INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
ISBAR	<i>Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation</i>
ISO	Organização Internacional de Padronização
IT	Instrução de Trabalho
iTEAMS®	<i>Inem Tool for Emergency Alert Medical System®</i>
JCI	<i>Joint Commission Internacional</i>
M	Média
MCEEMC	Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Md	Mediana
MEDFRAT	<i>Memorial Emergency Department Fall-Risk-Assessment Tool</i>
MF	Máscara Facial
MFT	Máscara Facial Total
MN	Máscara Nasal
MON	Máscara Oronasal
MRSA	<i>Staphylococcus Aureus</i> Resistente à Meticilina
n	Frequência Absoluta
NAS	<i>Nursing Activities Score</i>
NP	Norma Portuguesa
NPUAP	<i>National Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAINAD	<i>Pain Assessment in Advanced Dementia</i>
PBCI	Precauções Básicas do Controlo de Infeção
PC ICU®	<i>Patient Care Intensive Care Unit®</i>
PCR	Paragem Cardiorrespiratória
PDCA	<i>Plan Do Check Act</i>
PEE	Plano de Emergência Externo
PH	Pré-Hospitalar
PPPIA	<i>Pan Pacific Pressure Injury Alliance</i>
PSC	Pessoa em Situação Crítica
RASS	<i>Richmond Agitation Sedation Scale</i>

RENTEV	Registo Nacional do Testamento Vital
RNEHR	Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência
s	Desvio padrão
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SE	Sala de Emergência
SIEM	Sistema Integrado de Emergência Médica
SIRESP	Sistema Integrado de Redes de Emergência de Portugal
SIV	Suporte Imediato de Vida
SMI	Serviço de Medicina Intensiva
SPCI	Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SPSS®	<i>Statistical Program for Social Sciences®</i>
START	<i>Simple Triage And Rapid Treatment</i>
SUB	Serviço de Urgência Básico
SUG	Serviço de Urgência Geral
SUMC	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica
TEPH	Técnico de Ambulância de Emergência Pré-hospitalar
TISS	<i>Therapeutic Intervention Score System</i>
TSRC	Técnica de Substituição Renal Contínua
UCAP	Unidade de Cuidados Agudos Polivalente
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIC	Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos
UP	Úlcera por Pressão
UPADM	Úlcera por Pressão associada a Dispositivos Médicos
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva
VNI	Ventilação Não Invasiva
VV	Via Verde
%	Frequência Relativa

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS	X
ÍNDICE DE TABELAS.....	X
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	X
ÍNDICE DE FIGURAS.....	X
INTRODUÇÃO	11
PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS	14
1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM.....	14
1.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL.....	14
1.2 INEM – VMER E AMBULÂNCIA DE SIV.....	16
1.3 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	19
2. REFLEXÕES SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	22
2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	22
2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	43
PARTE II – PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	58
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	58
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	64
2.1 TIPO DE ESTUDO.....	64
2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	66
2.3 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	66
2.4 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	67
2.5 TRATAMENTO DOS DADOS	68
3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	69
4. CONCLUSÃO DO ESTUDO	75

CONCLUSÃO 77

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 79

APÊNDICES

APÊNDICE I Formulário

APÊNDICE II Instrução de Trabalho

APÊNDICE III Questionário

APÊNDICE IV Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

APÊNDICE V Autorização do Conselho de Ética para realização de Estudo de
Investigação

APÊNDICE VI Autorização do Conselho de Administração para realização de Estudo de
Investigação

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Recomendações para a prevenção de UP associadas à interface da VNI. 63

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização socio-clínica dos doentes com VNI e da técnica de VNI. 69

Tabela 2: Presença de UP na face dos doentes com VNI e categorização das mesmas. 70

Tabela 3: Opinião dos Enfermeiros sobre a Instrução de Trabalho. 74

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Frequência da amostra por género..... 71

Gráfico 2: Frequência da amostra por idade. 71

Gráfico 3: Frequência das habilitações académicas dos enfermeiros..... 72

Gráfico 4: Frequência de formação prévia em prevenção de UP..... 73

Gráfico 5: Frequência da amostra por tempo de experiência no serviço. 73

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Cronograma das fases do estudo de investigação..... 65

INTRODUÇÃO

O presente relatório crítico surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria. A sua realização e respetiva defesa em prova pública visam a obtenção do grau de Mestre, assim como, do título de Enfermeiro Especialista (EE) em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), de acordo com parecer favorável emitido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Despacho nº 8925 do Instituto Politécnico de Leiria, de 17 de setembro de 2020).

Os cursos de especialização têm como objetivo desenvolver competências direcionadas para uma área específica de intervenção, capacitando o enfermeiro para uma intervenção fundamentada na evidência científica e direcionada para um contexto situacional de saúde, no cuidado à pessoa/família/comunidade (Silva, Luz & Fernandes, 2018).

A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem como alvo a Pessoa em Situação Crítica (PSC). 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 da OE, de 16 julho de 2018, p.19362).

A elaboração deste documento pretende descrever e refletir acerca das experiências vividas em Ensino Clínico (EC), desenvolver um pensamento crítico sobre as intervenções realizadas, identificar os fatores facilitadores e dificultadores do processo de aprendizagem e apresentar um estudo de investigação – ação, desenvolvido em contexto de serviço, através de um Projeto de Melhoria Contínua dos Cuidados de Enfermagem.

Os EC, com vista ao cumprimento da componente prática deste mestrado, foram desenvolvidos num Serviço de Urgência Geral (SUG), numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e num Serviço de Medicina Intensiva (SMI).

Um dos propósitos do ensino em enfermagem é estimular o estudante a desenvolver-se através de um processo reflexivo, que assume maior importância em contexto clínico, por este ser o local onde os enfermeiros interligam os conhecimentos teóricos adquiridos com os momentos práticos reais, pela sua imprevisibilidade e por se criar a necessidade de reflexão para a tomada de decisão (Peixoto & Peixoto, 2016).

No âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se não só pela sua experiência, mas também pela sua formação, que é promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade (OE, 2001a).

O primeiro EC, no SUG, decorreu entre os dias 31 de maio e 30 de julho de 2021. A escolha do local teve por base o facto de, na prática profissional, existir a oportunidade de prestar cuidados a doentes provenientes deste serviço. Assim, foi possível conhecer o circuito dos doentes desde que são lá admitidos até ao serviço de internamento e desenvolver estratégias que permitam melhorar a articulação entre ambos, assim como, a continuidade de cuidados.

O segundo EC foi concretizado numa VMER e numa ambulância SIV do INEM, de 20 de setembro e 26 de novembro de 2021. Esta escolha deveu-se à inexistência de qualquer tipo de contato com a realidade pré-hospitalar (PH) e ser uma área de interesse. Após ter havido oportunidade de cuidar na Sala de Emergência (SE) da PSC admitida pelos vários meios do PH no SUG, fazia todo o sentido perceber o seu percurso, desde a ativação dos meios até à sua admissão na instituição hospitalar.

Por fim, o terceiro EC foi realizado entre os dias 22 de novembro de 2021 a 11 de fevereiro de 2022, num SMI. À semelhança do local escolhido para o primeiro EC, a escolha deste local teve por base o facto de ser possível prestar cuidados a doentes transferidos para este SMI, por agudização do seu estado de saúde através de critérios específicos, assim como, a doentes provenientes deste serviço.

No que diz respeito ao estudo investigação-ação desenvolvido, este tem como título “Prevenção de Úlceras por Pressão associadas à interface da Ventilação Não Invasiva – implementação de uma Instrução de Trabalho num serviço de Medicina Interna” e visa a prevenção de complicações, nomeadamente de úlceras por pressão (UP), que surgem aquando da utilização de uma interface para realizar a técnica de Ventilação Não Invasiva (VNI). Assim, após identificação do problema pela equipa de enfermagem de um serviço de Medicina Interna de um Centro Hospitalar da região centro, foi elaborada uma Instrução de Trabalho (IT) onde foram prescritas intervenções autónomas de enfermagem, com o objetivo de prevenir o aparecimento desse problema ou minimizar-lhe os efeitos indesejáveis (OE, 2001a).

A prestação de cuidados à PSC foi fundamentada maioritariamente na Teoria das Transições de Meleis. Ao longo da vida, são vivenciadas mudanças de papéis que acarretam consigo sentimentos e emoções, envolvendo um processo de transição e mudança nos padrões de vida (Meleis, 2000). O contacto com a PSC surge habitualmente durante períodos transicionais de instabilidade, provocados por mudanças de desenvolvimento de situação ou de doença, em que tais mudanças podem causar modificações profundas na vida pessoal de cada um, bem como nas pessoas que os rodeiam, tendo complicações no bem-estar e na saúde (Meleis, 2010). Importa ao EE ter uma visão ampla, sensibilidade, conhecimento e experiência, de forma a intervir como facilitador do processo de transição.

Os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades alteradas, que permitem manter as funções básicas de vida, previnem complicações e limitam as incapacidades que daí possam advir, tendo em vista a sua recuperação total (Regulamento nº 429 da OE, de 16 de julho de 2018).

Este relatório encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte será apresentada uma descrição dos contextos de prática clínica, uma análise crítico-reflexiva das experiências vivenciadas durante os três EC e como isso contribuiu para o desenvolvimento de competências comuns e específicas no cuidado à PSC. Na segunda parte será apresentado um estudo de investigação - ação, desenvolvido em contexto profissional, visando a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

A investigação - ação surge como uma metodologia de investigação em enfermagem, que une prática e investigação, não só pela criação de novo conhecimento para a promoção da saúde nos cuidados de enfermagem, mas também pelos contributos que o próprio processo de investigação em si possibilita nesta área (Beck, 2013). Este estudo seguiu os pressupostos do Modelo de *Deming*, com base numa ferramenta de gestão de processos – Ciclo *Plan Do Check Act* (PDCA), através da identificação de uma oportunidade de melhoria num serviço de Medicina Interna. De seguida, foram definidas estratégias de melhoria, que foram implementadas e avaliadas numa fase posterior.

Este trabalho foi elaborado tendo por base o Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria.

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

1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

Os EC tiveram como objetivo geral o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na prática clínica, comuns e específicas, permitindo a prestação de cuidados de qualidade e em segurança à PSC e à família / cuidador, compreendendo os significados das suas vivências. A sua realização desenvolveu o pensamento crítico, através de momentos de reflexão, que foram fundamentais para o desenvolvimento dessas competências.

É nestes três tipos de serviços onde foram desenvolvidos os EC que se encontra a PSC na sua fase mais aguda, o que permite um desenvolvimento mais aprofundado de aptidões e uma maior abrangência na prestação de cuidados de enfermagem especializados a este tipo de doentes.

1.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

O SUG onde foi desenvolvido o EC I fazia parte de um Centro Hospitalar que tinha como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, assim como, a colaboração na prevenção e promoção da saúde da comunidade, assegurando condições para a investigação e formação profissional aos seus colaboradores. Pretendia ser um Centro Hospitalar de referência, em termos de qualidade dos cuidados de saúde prestados, com base nos seguintes valores: respeito pela dignidade humana e pelos códigos de conduta de cada grupo profissional, desenvolvimento de uma atividade que busca qualidade e eficiência, assim como, o desenvolvimento de uma cultura de conhecimento e aperfeiçoamento técnico e profissional, tendo sempre por base o primado do doente.

Integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência, o SUG em questão, era um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) correspondendo ao segundo nível de acolhimento das situações de urgência (Despacho n.º 10438 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 19 de setembro de 2016). Tinha por objetivo “a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar” (Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2015, p.1). Este serviço dispunha dos recursos humanos, valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo, de acordo com o que está legislado (Despacho n.º

10319 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 11 de agosto 2014). Localizava-se no piso -1 da torre nascente e, entre o dia 03 de janeiro de 2020 e o dia 10 de maio de 2022, pelo contexto da pandemia *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), contemplou uma Área Dedicada a Doentes Respiratórios (ADR-SU) localizada no piso -2. Os doentes eram encaminhados para esta área segundo um fluxograma, presente num procedimento institucional.

O SUG era um serviço com fácil acesso a vários serviços interdependentes, nomeadamente o Bloco Operatório, o Serviço de Imagiologia e a Unidade de Cuidados Agudos Polivalente (UCAP). Por sua vez, o Serviço de Medicina Intensiva e a Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC) encontravam-se situados no piso 5, não se verificando um eixo de circulações urgentes, ligando todos os serviços “quentes”, nomeadamente os cuidados intensivos, com alguma exclusividade (ACSS, 2015). Esta lacuna era minimizada pelo facto de um dos três elevadores que serviam aquela torre poderem ser bloqueados com uma chave, para acesso exclusivo da equipa do SMI.

A equipa de enfermagem era constituída por aproximadamente 125 Enfermeiros, sendo que cerca de 9% eram especialistas em EMC. Habitualmente, por turno estavam de serviço 21 enfermeiros, distribuídos pelas diferentes áreas de prestação de cuidados.

O SUG estava organizado por áreas, de acordo com as prioridades do Protocolo da Triagem de Manchester: Triagem (onde estavam alocados apenas enfermeiros com o curso de Triagem de Manchester), Área Verde, Área Amarela, Área Laranja, Área Vermelha (onde estavam alocados apenas enfermeiros com formação em Suporte Avançado de Vida (SAV)), Ortotrauma e Gabinete de Informações (GI). Em cada turno, estava sempre definido um Enfermeiro Coordenador, que não se encontrava alocado a nenhuma área específica. A ADR – SU era composta pela Triagem, Sala de Colheitas/Tratamentos, Enfermaria e Sala Vermelha, sendo que o enfermeiro aí alocado desempenhava também, funções de coordenação.

Quando um doente recorria ao SUG era realizada a sua inscrição na receção administrativa e, de seguida, era triado por um enfermeiro através da Triagem de Manchester. Implementada em Portugal desde 2000, a Triagem de Manchester é instrumento de apoio à gestão do risco clínico em contexto de serviço de urgência e permite identificar uma prioridade clínica, com posterior alocação da pessoa na área correspondente, onde aguarda

a primeira observação médica. A ausência de triagem poderá constituir um obstáculo ao funcionamento adequado dos serviços de urgência (Direção Geral da Saúde (DGS), 2018a). O encaminhamento interno das situações clínicas para áreas de especialidade deverá ser definido em cada hospital, de forma a facilitar o acesso, em tempo útil, à observação médica adequada (DGS, 2018a). No SUG existia um fluxograma para se encaminhar o doente para a respetiva especialidade. O doente emergente, que era inscrito e triado posteriormente, tinha acesso direto à SE (área vermelha), que “constitui uma área específica de abordagem, tratamento e observação de doentes críticos classificados de emergentes ou, nalguns casos, muito urgentes que apresentem quadro clínico de descompensação das funções vitais que coloque a vida em risco” (ACSS, 2019, p.7). A ativação da equipa de apoio da SE era, como preconizado, efetuada através de uma campainha a partir da entrada da sala (ACSS, 2019). Apesar de estar legislado o direito de acompanhamento a todos os utentes dos serviços de saúde por uma pessoa por si indicada (Lei nº 15 da Assembleia da República, de 21 de Março de 2014), com a pandemia COVID-19 este direito foi suspenso na instituição, com base no relatório técnico da *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) (ECDC, 2020) e consequente norma da DGS. Durante o período de realização do EC era permitida uma visita nos internamentos mediante certas condições (DGS, 2020), mas a instituição optou, pela elevada prevalência de COVID -19, por não incluir o SUG nessa permissão. Assim, a forma de serem obtidas informações, acerca do doente, era através do GI, via presencial ou via telefónica. Este gabinete, apesar de já existir anteriormente, ganhou neste contexto uma importância fulcral no apoio aos familiares / cuidadores.

1.2 INEM – VMER E AMBULÂNCIA DE SIV

A nível de emergência médica PH, existe em Portugal, desde o ano de 1981, o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) que, atualmente, inclui as entidades móveis da Polícia de Segurança Pública, da Guarda Nacional Republicana, do INEM, das corporações de bombeiros e da Cruz Vermelha Portuguesa (INEM, 2017a).

O INEM é o organismo do Ministério da Saúde “responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal continental, de um SIEM, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde” (INEM, 2013a, p.5). Assim, tem como missão garantir o funcionamento eficaz e o desenvolvimento sustentável do SIEM e como visão ser uma organização de excelência, inovadora, sustentável

e de referência na prestação de cuidados de emergência médica extra-hospitalar. Rege-se pelos valores da ambição, humanismo, inovação, ética, competência, eficiência e responsabilidade (INEM, 2017b).

Através do Número Europeu de Emergência – 112, o INEM dispõe de vários meios para responder eficazmente, 24 horas por dia, a situações de emergência médica. As chamadas efetuadas pelo número 112 são atendidas em centrais de emergência da Polícia de Segurança Pública e, aquelas que dizem respeito a situações de saúde, são encaminhadas para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Para orientação e apoio noutros campos da emergência, o INEM criou dois subsistemas: o CODU-MAR (com a missão de prestar aconselhamento médico a situações de emergência a bordo de embarcações) e o Centro de Informação Antivenenos (CIAV) (centro médico de informação toxicológica) (INEM, 2013a).

De acordo com as informações clínicas recebidas da equipa no local da ocorrência, os CODU acionam os diferentes meios de emergência médica, dando apoio durante a prestação de socorro, e selecionam e preparam a receção dos doentes no hospital. Para além disso, gerem transportes secundários (transportes inter-hospitalares de PSC) (INEM, 2020a).

Para cumprimento das suas obrigações no âmbito do SIEM, o INEM tem à sua disposição diversos tipos de meios, que se complementam entre si: VMER, Ambulâncias de SIV, Ambulâncias de Emergência Médica, Motociclos de Emergência Médica, Ambulâncias de Socorro sedeadas em entidades que são agentes de proteção civil e ou elementos do SIEM (Postos de Emergência Médica e Postos Reserva), Ambulâncias de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico, Unidades Móveis de Intervenção Psicológica de Emergência e o Serviço de Helicópteros de Emergência Médica (INEM, 2020a).

A Rede de Ambulâncias de SIV, ainda que não se encontre totalmente estabilizada, contava em 2020 com 41 Ambulâncias em funcionamento, que foram sendo implementadas e integradas desde 2011, sendo nove destas da área de influência da Delegação Regional do Centro (INEM, 2020a). Estas ambulâncias dispõem de equipamento de SIV e estão concebidas para a estabilização PH e transporte com acompanhamento da PSC, através de uma equipa constituída por um enfermeiro, com formação em SIV, e um técnico de ambulância de emergência pré-hospitalar (TEPH), com formação em técnicas básicas de emergência e Desfibrilhação Automática Externa (DAE) (Despacho n.º 5561 do Gabinete do

Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 23 de abril de 2014). Nestas ambulâncias, para além da aplicação de medidas de Suporte Básico de Vida (SBV), é possível a administração de fármacos e a realização de atos terapêuticos invasivos, mediante protocolos aplicados sob supervisão médica (INEM, 2013a). A equipa de enfermagem da ambulância SIV onde foi realizado o EC é composta por sete enfermeiros, dois deles especialistas em EMC.

A Rede VMER encontra-se estabilizada e implementada em todo o território de Portugal Continental, com 44 VMER em funcionamento, 10 destas na área de influência da Delegação Regional do Centro (INEM, 2020a). A VMER dispõe de equipamento de SAV, para situações do foro médico e de trauma. Está concebida para transportar uma equipa, constituída por um médico e um enfermeiro, diretamente para o local onde se encontra a vítima, com o objetivo de a estabilizar e acompanhar durante o transporte para o hospital (INEM, 2013a). Ambos têm formação específica ministrada pelo INEM em emergência médica, nomeadamente em SAV (INEM, 2020a). A equipa de enfermagem da VMER onde decorreu o EC era composta por 15 elementos, cinco deles com especialidade em EMC.

Em 2011 iniciou-se o processo de integração das VMER e das ambulâncias de SIV nos serviços de urgência, com o objetivo de unir competências, o que se traduzia em ganhos na eficiência da gestão. Pela sua formação específica e experiência profissional, os profissionais de saúde dos meios do INEM poderiam contribuir para uma capacidade de resposta acrescida e mais adequada às necessidades da PSC (INEM, 2020a).

Assim, foi definida a integração das equipas daqueles meios do INEM nos serviços de urgência das unidades de saúde onde estão integrados, competindo-lhes a operacionalidade permanente dos meios, coordenar as equipas de profissionais e integrá-los em postos de trabalho com a restante equipa do serviço de urgência (Despacho n.º 14898 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 3 de novembro de 2011).

Ambos os meios eram ativados para as ocorrências através de três sinalizações simultâneas: envio de um sinal sonoro e outro visual através da aplicação informática de gestão das ocorrências e registo clínico das vítimas *Inem Tool for Emergency Alert Medical System* (iTEAMS®), envio de uma mensagem escrita para o telemóvel de serviço do meio e envio de uma mensagem rádio através da rede Sistema Integrado de Redes de Emergência de Portugal (SIRESP) em canal aberto. No iTEAMS® era recebida ainda a informação disponível

no CODU sobre cada ocorrência que, desde a ativação dos meios, acompanha a operacionalidade e localização dos mesmos através da rede SIRESP.

Relativamente ao modelo de atuação, Portugal adotou o modelo *“Play and Run”*, cujo objetivo é ativar previamente meios medicalizados, respeitando o conceito da *“Golden Hour”*. São enviadas ambulâncias para o local do incidente e, caso haja necessidade, são enviados meios mais diferenciados (Mateus, 2007). Após estabilização da vítima, toda a informação recolhida é transmitida ao médico regulador do CODU, que decide em conjunto com a equipa que está na ocorrência, a necessidade ou não de apoio diferenciado e validação de protocolos ou necessidade de transporte para uma unidade de saúde.

Apesar do contato constante com o inesperado, com o imprevisível e com a incerteza, a pandemia de COVID-19 também obrigou o INEM a uma série de ajustes das atividades, desafiando a resiliência e capacidade de adaptação das equipas. Assim, importava garantir que os meios se mantinham operacionais, que os doentes suspeitos ou com COVID-19 com sinais de gravidade tivessem assistência PH imediata e apoiar o Ministério da Saúde na resposta à pandemia. Como forma de resposta às necessidades sanitárias, foram integradas atividades de colheita, acondicionamento e transporte de amostras biológicas por parte das equipas de enfermagem, implementação de ambulâncias especializadas para transporte de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 e transporte inter-hospitalar da PSC, no sentido de aliviar a pressão intensa sobre alguns SMI (INEM, 2020a).

Numa perspetiva de humanização dos cuidados e aumento da capacidade de participação na gestão da doença por parte do familiar / cuidador, o INEM determinou a possibilidade de acompanhamento por uma pessoa, durante o transporte em ambulância de socorro, desde que esta não colocasse em causa a eficácia dos cuidados (INEM, 2011). Esta deliberação, pelo contexto pandémico, foi cancelada não havendo a possibilidade de qualquer tipo de acompanhante nas ambulâncias, exceto no caso de crianças ou doentes com necessidades especiais (INEM, 2020b). Assim, só seria possível obter informações sobre o estado de saúde do doente na instituição para onde este fosse transportado.

1.3 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

O SMI onde decorreu o EC pertencia à mesma instituição do SUG onde foi realizado o EC I.

Os SMI “destinam-se à observação e tratamento de doentes em situação crítica, mas potencialmente reversível, carecendo de monitorização e apoio das funções vitais, onde são

tratados em horário contínuo por pessoal médico e de enfermagem especializado” (ACSS, 2013, p. 2). Este serviço estava dotado de recursos humanos altamente qualificados e meios tecnológicos sofisticados e diferenciados e estava reconhecido pela Ordem dos Médicos para garantir formação a médicos internos da formação específica, constituindo esta uma atividade não assistencial de relevante importância.

Tratava-se de um serviço de nível III, de acordo com a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência (RNEHR), pois as suas camas eram destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais (potencialmente ameaçadoras da vida) e, assim, careciam de duas ou mais formas de suporte orgânico (Paiva et al., 2017). Este serviço era composto por 13 boxes individuais, o que está de acordo com as recomendações, que apontam para um intervalo ótimo de 12 a 16 camas (DGS, 2003a). Destas, 10 boxes eram destinadas a cuidados intensivos polivalentes e três encontravam-se num espaço separado, preparado para uma unidade de neurocríticos, que não se encontra em funcionamento. Assim, a lotação efetiva da unidade era de 10 camas, sendo que, quatro eram em quartos de isolamento, dos quais três tinham adufa, com possibilidade de utilização de pressão positiva ou negativa. No contexto atual de pandemia, esses quartos alojavam apenas doentes com COVID-19.

O SMI foi construído tendo como base uma lógica de área aberta, que permitia o contato visual permanente do doente pelo pessoal de enfermagem, com uma sala com dois balcões centrais onde se localizavam as centrais de monitorização e os equipamentos informáticos, que suportavam os registos de enfermagem e médicos. Existia também um balcão separado, para a preparação de medicação e armazenamento de material para realizar procedimentos, conforme as Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos (ACSS, 2013). Ao contrário do recomendado, não existia proteção envidraçada para esses balcões que possibilitassem resguardo acústico para as boxes (ACSS, 2013) e sabe-se que existe uma forte correlação entre a exposição ao ruído hospitalar, sobretudo em UCI, e as respostas fisiológicas a nível cardiovascular e cerebral, relatadas por doentes e profissionais (Coelho, Machado & Joaquim, 2011).

As boxes encontravam-se separadas entre si por cortinas opacas e não tinham divisória fixa de frente para o posto de vigilância, apesar da recomendação para a existência de divisórias

laterais transparentes entre as boxes e uma divisória, também transparente, na frente da boxe que possa ser recolhida (ACSS, 2013).

Relativamente aos recursos humanos de enfermagem, a equipa era composta por 34 enfermeiros (incluindo uma enfermeira em funções de gestão), sendo que cinco eram EE em EMC. De acordo com a enfermeira em funções de gestão, todos os enfermeiros frequentaram a formação em SAV, mas nem todos têm esta formação atualizada. Em todos os turnos, um dos enfermeiros estava de prevenção à Equipa de Emergência Intra Hospitalar (EEIH), assim como um médico, como preconizado pela DGS (DGS, 2010a).

Os doentes internados no SMI podem ser provenientes de vários serviços da instituição, obedecendo a critérios de admissão. Teriam que possuir uma condição médica potencialmente reversível e eram sujeitos a três tipos de critérios: prioridade, diagnóstico e/ou de parâmetros objetivos. As decisões para alta/transferência baseavam-se em critérios clínicos relativamente à cura/controlo do processo patológico e instabilidade fisiológica que determinaram o internamento ou na convicção de que o doente já não necessita/beneficia de cuidados intensivos, segundo critérios explanados num procedimento interno.

Durante a realização do EC, pelo contexto pandémico, as visitas no SMI regulavam-se por um procedimento institucional baseado na norma em vigor da DGS (DGS, 2020) que, mediante certas condições, permitia a presença de uma visita por dia, durante 30 minutos.

No recorrer do EC II, por questões inerentes à situação pandémica atual, a instituição procedeu à reestruturação dos serviços, de forma a poder dar uma resposta adequada a esta situação. Assim, foram alocados doentes com COVID-19, com necessidade de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), na UCAP. Posteriormente esta solução deixou de ser suficiente e o SMI passou a ser exclusivamente para doentes críticos com COVID-19, a sala de neurocríticos foi ativada para dar apoio à cardiologia e a UCIC passou a funcionar como SMI, com doentes críticos não positivos, apenas com 5 camas. O SMI passou assim a ter 15 camas ao seu encargo e, embora a lotação tivesse aumentado 50%, os meios humanos não aumentaram na mesma proporção, havendo necessidade de uma gestão dos recursos humanos adaptada às contingências.

2. REFLEXÕES SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A atuação multidisciplinar na complexidade de respostas a problemas de saúde e a imprescindibilidade dos cuidados de enfermagem exigem a resposta de um profissional competente (Serrano, Costa & Costa, 2011). O processo de aquisição de competências consiste no desenvolvimento de um saber agir complexo apoiado na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos (Aued, Bernardino e Ribas, 2016). A competência do profissional advém da interligação desses recursos, para originar uma ação competente: “o saber combinatório está no centro de todas as competências” (Le Boterf, 2003, p.12). Assim, trata-se de um fenómeno multidimensional complexo, definido pela capacidade do enfermeiro praticar, de forma segura e eficaz, a sua responsabilidade profissional, utilizando a análise crítica e reflexiva na resolução de problemas, tomadas de decisão e habilidades essenciais à arte e ciência de Enfermagem (OE, 2003).

No que diz respeito à enfermagem, são reconhecidas a todos os EE, independentemente da sua área de especialidade, competências designadas por comuns (Regulamento nº 140 da OE, de 6 de fevereiro de 2019). As competências comuns são partilhadas por todos os EE, reveladas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado, no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento nº 140 da OE, de 6 de Fevereiro de 2019). Para além destas, os EE têm descritas as competências específicas, de acordo com a sua área de especialização, que são definidas como aquelas que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento nº 140 da OE, de 6 de fevereiro de 2019).

2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As Competências Comuns do EE envolvem “as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Regulamento nº 140 da OE, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4745).

São quatro os domínios das Competências Comuns do EE, sendo que, de seguida, será apresentada uma análise crítico-reflexiva, relacionando cada uma delas com as experiências vivenciadas nos EC.

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Os princípios da responsabilidade profissional, ética e legal estão contemplados no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Decreto-Lei n.º 161 do Ministério da Saúde, de 4 de setembro de 1996) e no Código Deontológico do Enfermeiro, inserido no Estatuto da OE (Lei n.º 156 da Procuradoria – Geral Distrital de Lisboa, de 16 de setembro de 2015). Estes são o suporte para a prática de enfermagem, que tem por base a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95 da Assembleia da República, de 4 de setembro de 2019). Os enfermeiros, no exercício das suas funções, devem agir de acordo com o artigo 8.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, devendo “adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015, pp.101-102).

O exercício de enfermagem em emergência PH é fundamental para se obterem ganhos em saúde, com a diminuição das taxas de morbilidade e mortalidade. O enfermeiro prescritor e prestador de cuidados, neste contexto, deve ser detentor de um conhecimento concreto, baseado na evidência e na investigação e desenvolvendo uma prática profissional, ética e legal, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (Regulamento n.º 226 da OE, de 16 de abril de 2018). Apesar de no contexto hospitalar serem inúmeros os problemas e dilemas éticos e deontológicos com que os profissionais se deparam diariamente, os profissionais do INEM estão sujeitos a uma rede de relacionamentos, sujeita a especiais restrições éticas. As relações estabelecidas com a PSC requerem um especial dever de sigilo relativamente aos seus dados privados, assim como um cuidado especial na tomada de decisão, pois esta terá um profundo impacto no seu futuro, tendo também impacto na confiança pela comunidade e visibilidade da profissão. Frequentemente é necessário responder a situações que podem representar potenciais conflitos éticos, assumindo algum grau de risco pessoal, como é o caso de cuidar de doentes agitados, não colaborantes, que recusam tratamento, portadores de doenças infetocontagiosas ou psiquiátricas. Para além disso, as interações entre os profissionais do INEM e outros colaboradores, sejam profissionais de saúde, instituições de saúde, parceiros

sociais ou fornecedores de bens e serviços, sujeitam-nos ainda a outro tipo de considerações éticas (INEM, 2017c).

Perante a PSC, as prioridades dos profissionais são terapêuticas e o foco da sua atenção dirige-se ao suporte dos sistemas (Nunes, 2015). Apesar da gravidade de cada situação, são necessários cuidados globais centrados na pessoa, para além dos tratamentos (Oliveira & Martins, 2013). Assim, foi necessário desenvolver estratégias de modo a não ignorar os sentimentos dos doentes, evitando perda de identidade e autonomia, visto que estes são considerados incapazes de escolher, decidir, opinar e expressar-se (Nascimento & Trentini, 2004). Esta situação gerou dificuldades quando a vontade do doente não era conhecida, quando entrava em conflito com o que os profissionais consideram e, ainda, quando as vontades do doente e da sua família não coincidiam (Nunes, 2015), o que aconteceu com frequência nos EC, apesar dos esforços desenvolvidos para que tal não sucedesse. Foi possível verificar, com alguma frequência, que é a consciência moral de cada um que influencia a tomada de decisão, que interfere na resolução de dilemas éticos e conduz à ação, baseada nos conhecimentos, habilidades e experiência profissional, sendo que, para tal, era necessário conhecimento e experiência refletida. Além disso, a presença desses dilemas conduzia a sentimentos, emoções e conflitos na equipa multidisciplinar. Para promover uma tomada de decisão sentida como mais justa, correta ou eficaz, eram adotados fatores mediadores, tais como: o suporte da liderança de equipa, o diálogo entre as equipas multidisciplinares, a adequação física e técnica dos locais de prestação de cuidados, o conhecimento do histórico da PSC e a autoconfiança e autoestima profissionais (Nunes, 2015).

Perante a PSC importa perceber a existência ou não de registo Diretiva Antecipada de Vontade (DAV), no Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) (Portaria n.º 96 da Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa, de 5 de maio de 2014), o que requer o correto Registo de Saúde Eletrónico na Área do Profissional. É uma atitude fundamental para a manutenção do papel ativo do doente, não comprometendo o princípio da autonomia e do consentimento (Santos, 2019).

Apesar do enfermeiro ter o dever de respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado (Lei nº 156 da Procuradoria – Geral Distrital de Lisboa, de 16 de setembro de 2015), muitos dos atos médicos e de enfermagem tinham por base o

consentimento presumido, pois “sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa.” (Resolução da Assembleia da República nº 1 de 3 de janeiro de 2001, p.28). Assim, é garantido ao doente o direito à proteção da saúde, estando a liberdade individual protegida pelo direito ao consentimento quando a pessoa não se apresentar consciente e não conseguir manifestar a sua vontade, convicções e desejos (Deodato, 2017). Os cuidados prestados em EC pautaram-se por um rigoroso respeito pelos princípios da Beneficência e Não Maleficência, supondo que o doente teria consentido se conhecesse as circunstâncias das situações (DGS, 2015a).

Apesar do esforço visível dos profissionais no sentido de humanizar o cuidado à PSC, esta revelou-se uma tarefa desafiante. O enfermeiro, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, deve proteger permanentemente a privacidade e a intimidade da pessoa (Lei nº 156 da Procuradoria – Geral Distrital de Lisboa, de 16 de setembro de 2015). No SUG, nomeadamente em períodos de sobrelotação das áreas, existia dificuldade em promover eficazmente a privacidade e dignidade da pessoa. Sobrelotação é uma situação em que a necessidade identificada dos serviços de urgência excede os recursos disponíveis para atendimento aos doentes. Esta ameaça a segurança do utente, coloca a sua privacidade em causa, provoca atrasos no atendimento, aumenta a taxa de mortalidade e é fonte geradora de *stress* nas equipas hospitalares (McKenna, Heslin & Viccellio, 2019). Foi necessário desenvolver estratégias, como alocar temporariamente o doente noutra sala para realização de algum procedimento, para que fossem garantidas as melhores práticas. No SMI, visto que as boxes não têm proteção frontal, era preocupação a colocação de um biombo durante a prestação de cuidados, assim como, expor ao mínimo o corpo do doente. Quando este reunia condições, foi sempre envolvido no seu processo de cuidados, como um agente ativo, através do esclarecimento das intervenções em curso, contrariando sentimentos de vulnerabilidade e promovendo a autonomia. Em várias ocorrências com a VMER e ambulância de SIV estavam presentes, para além das vítimas, outras pessoas no local. Era fundamental promover a privacidade e dignidade da pessoa, assim como, o respeito pelo sigilo profissional, confidencialidade e segurança da informação.

A ativação do número 112 gera sentimentos como incapacidade, dependência, insegurança e sensação de perda do controlo sobre si mesmo (Pupulim & Sawada, 2002). Para além da vítima, também a pessoa significativa presente no local era um foco de atenção, sendo-lhe proporcionando o acesso às informações possíveis.

Frequentemente surgiam dilemas em relação à transmissão de informação: a quem dar informação quando o doente não tem capacidade para isso?, o que se pode ou não transmitir e quando o fazer?, o que é que doente já sabe e o que quer saber? e como comunicar “más notícias”?. Em função da emergência ética, existem dificuldades na transmissão de informação diagnóstica difícil e a gestão daquilo que não se sabe bem como dizer torna complexa a tomada de decisão do enfermeiro (Nunes, 2015).

O enfermeiro alocado no GI do SUG tem um papel fundamental na gestão da informação fornecida aos familiares/cuidadores. É fulcral que haja este tipo de interação, seja telefónica ou presencial, pois a família, como parceiro na prestação de cuidados, só poderá intervir após compreender a sua situação (Phaneuf, 2005). Torna-se desafiante o papel deste profissional, pois tem o dever de informar, mas a transmissão de informação deverá ser apenas referente aos cuidados de enfermagem prestados (Lei nº 156 da Procuradoria – Geral Distrital de Lisboa, de 16 de setembro de 2015). Era perceptível a existência de uma comunicação honesta, promotora de esperança, esclarecedora de dúvidas e medos, com uma adaptação da linguagem técnica à capacidade de compreensão do familiar/cuidador. Muitas vezes, quem procura informação, quer saber dados que vão para além da competência do enfermeiro. Por outro lado, o direito do doente à confidencialidade implica que é ele que deve decidir aquilo que pode ser partilhado (OE, 2008a). O facto de um doente estar incontactável no SUG não é razão para se poder partilhar a sua situação de saúde com quem procura o GI. Importa questionar o doente sobre a informação que pode ser transmitida, o que nem sempre foi exequível devido ao grande fluxo de solicitações.

Apesar de, atualmente, as informações já poderem ser disponibilizadas de forma presencial, a maioria dos pedidos, pelo contexto pandémico, chegava via telefónica. Quando este é o meio preferencialmente utilizado, deverão ser salvaguardados os aspetos relativos à vontade do doente, mas também à identidade do interlocutor. O enfermeiro deve ter capacidade para adequar a informação a transmitir, consoante o contexto, mas não deve ser recusada a transmissão de informação pelo uso do telefone (OE, 2008a). Estas exigências

imprimiram nos enfermeiros a necessidade de flexibilidade e de domínio de competências de comunicação eficazes e assertivas, incluindo a adequação do tom de voz, a seleção de termos e conceitos ajustados, o controlo do ritmo da conversa, a capacidade de escuta ativa e empatia, bem como o autocontrolo emocional. Estes aspetos foram trabalhados durante o EC.

A suspensão de manobras em caso de Paragem Cardiorrespiratória (PCR) nas ocorrências da ambulância de SIV permitiu o desenvolvimento de períodos de reflexão, nomeadamente no que diz respeito aos aspetos éticos e legais. Nas ocorrências de PCR não presenciada em que a vítima já apresentava sinais de morte evidentes, como sinais de rigidez cadavérica, as manobras só poderiam ser suspensas na presença de um médico (INEM, 2012a). Esta situação leva à ativação da VMER ou ao transporte da vítima pela ambulância de SIV para uma unidade de saúde, o que ocupa meios diferenciados para uma situação irreversível.

No SMI e no SU as tomadas de decisão são maioritariamente feitas entre a equipa médica e a equipa de enfermagem, com base em valores éticos e deontológicos, nomeadamente na decisão de não reanimar (DNR). Esta era, muitas vezes, assumida pela equipa de forma verbal, sem registo escrito, nem envolvimento do doente/família/cuidador, como preconizado (Carneiro & Carneiro, 2020). Estas situações proporcionaram momentos de reflexão sobre a tomada de decisão em iniciar ou não manobras de SAV em caso de PCR e sobre a falta de autonomia do doente com o envolvimento da família/cuidador no seu processo de doença.

A partilha de conhecimentos entre profissionais, com diferentes níveis de experiência, e a formação profissional surgem como um pilar fundamental para o desenvolvimento de competências e tomadas de decisão. Para isso muito contribuíram os *debriefings* realizados na SE, ambulância de SIV e VMER. O *debriefing* na área de emergência pode ser entendido como uma comunicação entre a equipa multidisciplinar sobre os cuidados prestados, adquirindo particular relevância no sentido de melhorar o desempenho dos profissionais, através da reflexão em grupo e partilha de experiências (Dufrene e Young, 2014). Apesar de nem sempre ser realizado de uma forma estruturada, o que por vezes permitia lamentações que não beneficiavam a reflexão, nem ser documentado para avaliação dos ganhos (Kessler, Cheng & Mullan, 2015), revelou-se uma ferramenta fundamental para a aprendizagem,

permitindo reflexão sobre a ação, ajudando a consolidar saberes e a mudar comportamentos errados (Coutinho, Martins & Pereira, 2014).

Questões organizacionais e de gestão no SUG e na SMI eram tomadas maioritariamente pelo enfermeiro chefe de equipa / coordenador, que deveria ser EE em enfermagem à PSC (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MCEEMC), 2017a), o que nem sempre era possível devido ao baixo número de enfermeiros com esta especialidade.

A presença de um EE surge como fundamental, pois diferentes graus de especialização permitem a tomada de diferentes decisões autónomas, ainda que tenham por base protocolos e algoritmos de decisão (Nunes, 2007). Mas mais do que definir cargos, funções, áreas e limites de ação de cada profissional, importa ter em conta uma intervenção baseada em conhecimentos, evidências científicas e capacidades, fundamentais para processo de tomada de decisão (MCEEMC, 2017a), sendo este o critério maioritariamente utilizado na definição do enfermeiro chefe de equipa / coordenador, no SUG e no SMI, assim como na definição das suas funções.

Também na Triagem a tomada de decisão é um processo essencial, pois aqui consiste em interpretar, discriminar e avaliar a informação recolhida de forma crítica. A capacidade para tomar decisões fundamentadas é essencial, sendo necessário possuir um quadro referencial objetivo e treino (Grupo Português de Triagem, 2010).

A autonomia e o processo de tomada de decisão, no exercício das funções de enfermagem em contexto de SIV, destacam-se pelo facto de o enfermeiro trabalhar em equipa com um TEPH, o que implica ter capacidade para avaliar e decidir no momento de cada ocorrência sobre as intervenções a realizar, uma vez que é o elemento mais diferenciado (Oliveira & Martins, 2013). Também neste contexto se identifica a importância da presença de um EE, pois a existência de protocolos não demite o enfermeiro da responsabilidade de analisar as particularidades de cada situação concreta e de estabelecer as intervenções mais adequadas a cada situação e a cada pessoa (Abreu, 2007). Foi muito enriquecedor ver o mesmo protocolo ser aplicado em várias situações e perceber que as particularidades associadas a cada caso importam para selecionar as intervenções mais adequadas.

O processo de transmissão de informação, como acontece na passagem de turno, corresponde a um momento de reunião da equipa de enfermagem, que visa assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, de modo a promover a

melhoria da qualidade dos cuidados. Em situação de passagem de turno junto dos doentes, como no SUG e no SMI, terão de ser acautelados alguns aspetos de modo a garantir a privacidade da informação (OE, 2001b). É difícil fazer a transmissão da informação e garantir, simultaneamente e de forma constante, a confidencialidade da mesma, nomeadamente na presença de doentes orientados. Assim, foram considerados o emprego de um timbre de voz adequado e o uso de instrumentos padronizados, como a ferramenta *Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation* (ISBAR). Não existe um método que seja unanimemente aceite como o mais eficaz para os processos de transição de cuidados. No entanto, os que se realizam junto do doente têm sido descritos como os mais eficazes (Staggers & Blaz, 2012). Uma limitação perceptível deste método foi a constante interrupção da transição de cuidados, o que é uma das principais causas para as falhas de transmissão de informação entre os profissionais de saúde (Kowitlawakul et al., 2015), podendo levar a opções de tratamento inapropriadas, causar possíveis danos ao doente, assim como comprometer a continuidade dos cuidados (The Joint Commission, The Joint Commission International (JCI) & Organização Mundial da Saúde (OMS), 2007).

No campo da saúde, a justiça deve ser distributiva, isto é, contemplar uma distribuição equitativa de direitos e benefícios, os quais devem ser esclarecidos nas situações de escassez de recursos (Nobre, Dias & Leite, 2015). Esta era uma preocupação constante por parte das equipas de enfermagem, nomeadamente no racionamento dos recursos disponíveis. Exemplo disso é a gestão de existências do medicamento Dexdor® (dexmedetomidina), que escasseia a nível da farmácia hospitalar, de modo que todos os doentes com essa prescrição pudessem beneficiar do mesmo.

Domínio da melhoria da qualidade

Na Base 1, a Lei de Bases da Saúde, enfatiza a segurança do doente como uma das suas dimensões ou componentes fundamentais. Na Base 2, a Lei determina que as pessoas têm direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde. Conforme estabelecido na Base 20, o Serviço Nacional de Saúde deve ser regido, entre outros, pelo princípio da qualidade, com base na evidência, de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa (Lei nº 95 da Assembleia da República, de 4 de setembro de 2019). A prática baseada na evidência contribui para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, na medida em que

permite ao enfermeiro sustentar a tomada de decisão na sua prática profissional, com base num referencial teórico válido, atual e pertinente, essencial à prestação de cuidados diferenciados e fundamentados (Pereira, Cardoso & Martins, 2012).

A OMS definiu os conceitos básicos da qualidade, declarando que os cuidados devem ser eficazes, eficientes, acessíveis, aceitáveis, centrados no doente, equitativos e seguros. A segurança dos doentes é vista como um indicador do sucesso do sistema para a melhoria da qualidade (OMS, 2020). Com base no Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021 - 2030 da OMS, Portugal elaborou o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 - 2026. Este plano estabeleceu cinco pilares que servem de referência para consolidar e evoluir em termos de segurança do doente: i) Cultura de Segurança, ii) Liderança e Governança; iii) Comunicação; iv) Prevenção e Gestão de incidentes de segurança do doente; e v) Práticas seguras em ambientes seguros (Despacho n.º 9390 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 24 de setembro de 2021).

A instituição onde decorreram os EC I e III é, desde junho de 2019, acreditada pela JCI. Esta acreditação certifica a excelência e a qualidade dos cuidados de saúde prestados e rege-se por metas internacionais para a segurança do doente: identificar corretamente os doentes, melhorar a comunicação efetiva; melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância; reduzir o risco de lesões resultantes de quedas em doentes; assegurar cirurgias com local da intervenção correto, procedimento correto e doente correto; e reduzir o risco de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) (JCI, 2020).

Assim, a qualidade em saúde é uma prioridade, sendo que o EE tem um papel fundamental para a implementação da melhoria permanente (Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico - Cirúrgica, 2017). De acordo com as áreas prioritárias de atuação, cada enfermeiro gestor elabora um projeto bianual de melhoria contínua para o serviço, integrando essas mesmas áreas e indicando estratégias que permitam fazer uma monitorização dos indicadores de qualidade. Cada diretor de serviço define pelo menos um indicador de qualidade, que reflete os objetivos da equipa multidisciplinar. Os indicadores são “medidas que podem ser usadas como guias orientadores na monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados de saúde” (Pereira, 2009, p.54).

No SMI, foi selecionada a “Incidência de Pneumonia associada à VMI” pelo diretor de serviço, como indicador de qualidade do serviço para o biénio corrente. Era notória uma

preocupação constante de toda a equipa em contribuir para a diminuição dessa incidência, adotando sempre a norma da DGS de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação (DGS, 2015b), na prestação de cuidados ao doente sujeito a VMI. Pelo empenho de toda a equipa em cumprir as normas, orientações e recomendações era fácil e intuitivo integrá-las na prestação de cuidados.

Para além disso, tal como no SU, é elaborado pelo enfermeiro gestor um plano de formação anual, com base nas necessidades formativas identificadas pela equipa, de modo a promover a formação formal (Regulamento n.º 101 da OE, de 10 de março de 2015).

No SUG a “Taxa de conformidade na identificação correta dos doentes” era um indicador que preocupava constantemente toda a equipa de enfermagem, durante a prestação de cuidados. Ao contrário do que acontecia nos internamentos, os doentes estavam alocados em diferentes zonas no mesmo turno e havia uma grande rotatividade, pelo que importava garantir a sua correta identificação, seguindo os 10 princípios na identificação dos doentes preconizados pela DGS (DGS, 2011a). Os erros associados à não identificação inequívoca de doentes estão na base de erros com medicação, transfusões, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, realização de atos a pessoas erradas e outros incidentes de gravidade (DGS, 2011a).

Em relação à prevenção de quedas no SMI, é realizada a avaliação do risco de queda na admissão da PCS no serviço, de sete em sete dias e sempre que se justifique, utilizando a Escala de Morse e implementando as intervenções presentes no procedimento interno da instituição, baseado na Norma da DSG (DGS, 2019), de acordo com o resultado da avaliação. Existem ganhos em saúde através da avaliação e prevenção de quedas, dos fatores associados, da implementação de intervenções, da prática baseada na evidência, da investigação, da formação dos profissionais e da criação de guias de boas práticas (Almeida, Abreu & Mendes, 2010).

Existem várias ferramentas de avaliação de risco de queda, mas a maioria foi desenvolvida especificamente para ambientes de internamento. Apesar disso, existem duas ferramentas para avaliação do risco de queda no SU: a escala *Kinder 1 Fall Risk Assessment Tool*, que inclui cinco critérios (idade superior a setenta anos, alteração do estado mental, queda que tenha levado o doente a deslocar-se à urgência, mobilidade reduzida e avaliação do enfermeiro de que o utente está em risco de queda) (Townsend, Valle-Ortiz & Sansweet,

2016) e a *Memorial Emergency Department Fall-Risk-Assessment Tool* (MEDFRAT), que avalia a confusão / desorientação, intoxicação ou sedação, marcha prejudicada, uso de dispositivos de mobilidade assistida, eliminação alterada e histórico de queda nos últimos três meses (Ashley & Hochman, 2018). No SUG, o risco de queda não era avaliado, considerando-se todos os doentes com alto risco de queda.

Dada a importância de todas estas áreas na qualidade dos cuidados prestados, é designado, tanto no SUG como no SMI, um elo de ligação à Comissão da Qualidade e Segurança e ao Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (GCL – PPCIRA) da instituição, de modo a fazer a ligação entre estes e a equipa de enfermagem, promovendo e monitorizando as boas práticas nas várias áreas da prestação de cuidados. Assim, é mantida uma atualização constante dos conhecimentos, contribuindo para o desenvolvimento de práticas baseadas na evidência, através de momentos de formação formal ou informal. No SUG houve oportunidade de assistir a três momentos de formação formal e, tanto no SUG como no SMI, a vários momentos de formação informal, nomeadamente durante períodos de transição de cuidados, fundamentais para o desenvolvimento das várias competências.

O percurso do INEM na área da qualidade teve início em 2009, com a implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade, segundo o referencial normativo da Organização Internacional de Padronização (ISO) 9001 e, em 2010, com a obtenção da certificação na área da Formação em Emergência Médica (INEM, 2020c). Em 2018, o INEM foi certificado em Nível Bom pelo Comité de Certificação do Departamento da Qualidade na Saúde da DGS. Em 2020 recebeu a Certificação do Sistema Integrado de Qualidade, Ambiente, Segurança e Formação Profissional, incluindo aprendizagem enriquecida pela tecnologia, pelas normas ISO 9001:2015, ISO 14001:2015, ISO 45001:2018 e Norma Portuguesa (NP) 4512:2012. No decorrer do atual ciclo de Acreditação 2017 - 2022, o INEM está a desenvolver um plano de ação com vista à obtenção do Nível Ótimo (INEM, 2020d). O meio SIV onde foi realizado o EC é certificado ao nível da Gestão da Qualidade pela norma NP ISO 9001:2015, na estabilização do doente crítico e acompanhamento médico e não médico no transporte para a unidade de saúde (Associação Portuguesa de Certificação, 2015).

Sendo a qualidade uma responsabilidade de todos os colaboradores do INEM, também em EC importa integrar todo referencial normativo e atuar de acordo com o mesmo.

Relativamente à Segurança do Doente, esta também tem por base o Plano Nacional para Segurança dos Doentes. Apesar de os objetivos estratégicos serem os mesmos que os do meio hospitalar, existem particularidades que decorrem do meio PH. Em relação à identificação do doente, deve-se informar o mesmo da importância da sua correta identificação e registar no verbete o nome completo, a data de nascimento e o número da ficha CODU, confirmando sempre com um documento identificativo. Devem-se confirmar sempre estes dados no momento da transferência do doente para a unidade de saúde (INEM, 2021a). Relativamente à prevenção de quedas e lesões, deve-se planear antecipadamente toda a movimentação e transporte de doentes. Aquando do transporte em plano duro, deve-se passar o cinto da maca por uma das fendas laterais do plano, devem-se utilizar sempre os cintos na cadeira de transporte e usar os cintos da maca antes de iniciar a movimentação (INEM, 2021b). A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação, fazendo-se também uso da ferramenta ISBAR (DGS, 2017a) na transmissão de informação durante a transição de cuidados, na passagem de dados ao CODU e na passagem de informação a outras equipas do PH (INEM, 2021c).

No que diz respeito ao sistema de notificação de incidentes, é usado o mesmo, quer em meio intra - hospitalar, quer em meio PH, através do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA (DGS, 2014a). O desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes é educativo, uma vez que possibilita e facilita a aprendizagem (com o erro) e a implementação de medidas de melhoria da segurança do doente (Despacho n.º 1400-A do Ministério da Saúde, de 10 fevereiro de 2015). Ainda assim, estes parecem ser percebidos pelos profissionais como potencialmente punitivos, o que levava à não notificação de certos incidentes, como ocorrência de quedas e erros relacionados com a administração de terapêutica.

A incidência de eventos adversos que poderiam ser evitáveis é um desafio para a qualidade dos cuidados e uma fonte de perda financeira, o que implica um maior empenho para prevenir a sua ocorrência e aumentar a segurança do doente e a qualidade dos cuidados (OE, 2006). A PSC tem um maior risco de ocorrência de eventos adversos relacionados com a medicação, uma vez que recebe em média o dobro dos medicamentos dos outros doentes (Kane-Gill et al., 2017). Assim, foi sempre uma preocupação cumprir todos os princípios na preparação e administração de medicação, tendo especial atenção aos Medicamentos de

Alto Risco. Estes medicamentos são usados com muita frequência no SMI e no SUG e, quando usados incorretamente, apresentam grande probabilidade de causar danos graves, ou mesmo fatais, aos doentes. Na ambulância de SV importou ter especial atenção aos medicamentos *sound a like* (medicamentos com nome fonético semelhante) (DGS, 2014b), pois as prescrições são feitas via telefone.

Durante o EC no SMI decorreu uma auditoria interna que visava “acrescentar valor e melhorar as operações dos Hospitais” (ACSS, 2007, p.7). Foi realizada por uma equipa de auditores composta por um médico e três enfermeiros pertencentes ao GCL – PPCIRA da instituição e tinha como objetivo auditar as condições de acondicionamento, preparação e administração de terapêutica. Foi enriquecedor perceber e fazer parte do empenho da equipa em colmatar as não conformidades identificadas, de modo a atingir a máxima qualidade dos cuidados prestados. A auditoria em enfermagem é uma avaliação sistemática da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e contribui para melhorar a qualidade do serviço prestado (Silva, Lima & Sousa, 2016).

Domínio da gestão de cuidados

O exercício de funções de gestão por enfermeiros é de elevada importância para assegurar a qualidade do exercício profissional. Compete ao EE fazer a gestão dos cuidados de modo a obter da equipa resultados com qualidade e em segurança. Importa adequar os recursos às necessidades de cuidados, de acordo com a situação e o contexto, com um estilo de liderança que garanta igualmente a sua qualidade (Regulamento nº 140 da OE, de 6 de fevereiro de 2019). Sendo que os enfermeiros orientadores dos três EC eram EE, foi possível colaborar nas tomadas de decisão da equipa de saúde, perceber a delegação de funções e a sua supervisão, garantindo a qualidade dos cuidados e compreender a coordenação da equipa, de acordo com os recursos disponíveis.

Sendo o exercício de funções de gestão por enfermeiros de elevada importância para assegurar a qualidade do exercício profissional, este é reconhecido, validado e certificado pela OE na pessoa do enfermeiro gestor. Este é a base para o desenvolvimento técnico, científico e relacional da sua equipa, proporcionando um ambiente favorável à prática clínica e à qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 101 da OE, de 10 de março de 2015). O enfermeiro gestor será o elo entre os objetivos organizacionais e os objetivos da equipa de enfermagem, procurando o aperfeiçoamento da prática de enfermagem e a qualidade dos

cuidados prestados (Camelo, Soares & Chaves, 2016). Cabe-lhe a responsabilidade de decisão que assegure a qualidade assistencial e a incorporação de novas qualificações que respondam às exigências das novas tecnologias e descobertas na área da saúde (Silva, Camelo & Soares, 2017).

Assim, são estes os responsáveis pelas principais tarefas de gestão e delegação das mesmas, tendo sido possível colaborar e perceber a importância de algumas, tais como: gerir material de consumo clínico e fármacos, verificar a operacionalidade de equipamentos, gerir conflitos, gerir e alocar os elementos da equipa de enfermagem, garantir uma prática profissional e ética, garantir a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, gerir o risco clínico e promover o desenvolvimento de competências profissionais da equipa para uma prestação de cuidados baseada na evidência.

Aquando da elaboração do horário mensal e das escalas diárias não existe, apesar do esforço desenvolvido nesse sentido, uma distribuição equitativa de EE pelos turnos, como preconizado pela OE (MCEEMC, 2018). Estes são alocados tendo em conta características reconhecidas pelos seus pares, como formação para manter a atualização de conhecimentos, experiência profissional e características pessoais, garantindo sempre a qualidade e segurança dos cuidados. O facto de um enfermeiro deter o título de especialista pode não significar que seja perito em determinada área de cuidados (Cunha, 2017).

A dotação adequada de enfermeiros, o seu nível de qualificação e competência, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde (OE, 2014). No SMI a gestão dos cuidados é realizada através da escala *Therapeutic Intervention Score System* (TISS), um instrumento que avalia a quantidade de tempo que cada profissional de enfermagem despende, dentro de um período de vinte e quatro horas, em atividades de assistência direta aos doentes, sem incluir tarefas administrativas (Padilha et al., 2005). Apesar do seu preenchimento ser feito no SMI, o tratamento e interpretação dos dados obtidos acaba por não ser operacionalizado. Esta escala apenas dá enfoque aos procedimentos técnicos e não tem em conta o tempo despendido no acolhimento à família/cuidador, ou apoio ao doente. Assim, poderia ser implementado o *Nursing Activities Score* (NAS), uma vez que este integra o suporte e os cuidados aos doentes e familiares. O NAS surge como uma ferramenta essencial na gestão de cuidados intensivos, resultando de uma revisão e atualização do TISS. Em Portugal continua a aplicar-se o TISS mensurando

apenas 43,3% da carga de trabalho em UCI, enquanto o NAS abrange 80,8% (Macedo, Mendes & Candeias, 2016).

Por norma, era garantido o rácio de um enfermeiro para um ou dois doentes, consoante o nível de complexidade dos cuidados necessários. Isto está de acordo com as indicações da RNEHR, que afirma que o rácio enfermeiro/doente deve ser flexível de acordo com os níveis de cuidados necessários a prestar aos doentes, e de acordo com perfil, missão e carteira assistencial (Paiva et al., 2017). No entanto, nem sempre foi possível cumprir este objetivo devido à situação pandémica. De acordo com a atualização da RNERH, que surgiu para responder aos desafios imediatos da pandemia, deveria ter existido um aumento significativo de enfermeiros nos quadros dos SMI, acompanhado de um plano de treino estruturado em enfermagem à PSC (Nunez, Gouveia & Sousa, 2020). Na realidade, apenas se verificou um reforço temporário de profissionais, com recurso a enfermeiros do Bloco Operatório.

O cálculo de dotações seguras para as unidades de cuidados intensivos (UCI) deve ser realizado tendo em conta tipo de unidade. Recorrendo à fórmula apresentada pela OE (Regulamento n.º 743 da OE, de 25 de setembro de 2019), para o cálculo das dotações seguras em UCI Nível III, obtemos um número superior ao que está alocado ao serviço. A recomendação da OE não era cumprida, visto que os EE em EMC, nomeadamente à PSC, não representam 50% da equipa de enfermagem (MCEEMC, 2018). Assim, torna-se importante, que as instituições e serviços, instiguem os seus profissionais a desenvolverem formação especializada na área de EMC.

A adoção de um método de trabalho pelo enfermeiro traduz uma perspetiva sobre os cuidados, assim como o modo de pensar e organizar esses cuidados na equipa de enfermagem (Parreira, Santos-Costa & Nery, 2021). O método de trabalho utilizado no SMI era o método individual de trabalho. Este método de trabalho tem por base uma dinâmica em que um único enfermeiro é responsável pela idealização e execução do cuidado total a um ou mais doentes, em função da carga de trabalho, no sentido de satisfazer todas as suas necessidades durante um turno. A prestação de cuidados não é fragmentada e a responsabilidade dos cuidados é de um único enfermeiro, que os concebe, implementa e avalia. A organização dos cuidados de enfermagem reflete as necessidades do doente e foca-se nele (Ventura-Silva, Martins & Trindade, 2021).

No SUG, tendo em conta o número de enfermeiros distribuídos por área de cuidados, é possível fazer um exercício de cálculo de dotações seguras, de acordo com a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem (Regulamento nº 533 da OE, de 2 de dezembro de 2014). Mas, muitas vezes, as áreas estão com sobrelotação e, segundo a norma em questão, os cálculos devem ser feitos tendo em conta as horas de cuidados prestados. Nestes períodos foi ainda mais importante priorizar os cuidados, orientando a decisão relativa às tarefas a delegar e implementando estratégias de organização de trabalho adequados.

Por vezes, verificava-se a necessidade de mais do que um enfermeiro na SE, o que levava a que algumas áreas ficassem, por tempo indeterminado, com menos elementos. Sendo que a necessidade de cuidados emergentes não está sujeita a determinação de fluxos controláveis, a equipa atuava de imediato, não podendo estar dependente da substituição noutras áreas de trabalho (OE, 2018). Para comprovar esse défice de elementos e para fundamentar, futuramente, a alocação de mais do que um enfermeiro à SE, foi elaborado um ficheiro informático onde são registadas todas as entradas na SE e as suas especificidades. Essa informação é enviada mensalmente para o Conselho de Administração.

Neste serviço, a metodologia de trabalho aplicada na triagem e no Ortotrauma segue o método individual e nas restantes áreas o método de equipa. Sendo um serviço dotado de um elevado número de profissionais e sujeito a uma procura contínua por atendimento, o trabalho em equipa é fundamental (Santos, Colomé & Edermann, 2016). Este é o método que melhor se adapta à realidade do SUG, pois todos os cuidados de enfermagem são prestados sob a liderança de um enfermeiro, líder de equipa, que neste caso era o enfermeiro coordenador. Este planificava os cuidados, baseando-se nas competências adquiridas dos enfermeiros, rentabilizando assim os recursos de que dispunha. Assim, acrescia também ao enfermeiro coordenador a responsabilidade da gestão das dinâmicas de trabalho com base na liderança, no planeamento e avaliação dos cuidados prestados e na comunicação eficaz, visando a continuidade dos cuidados (Ventura-Silva, Martins & Trindade, 2021).

Independentemente do método de trabalho utilizado, atitudes comunicacionais que promovam o trabalho em equipa são determinantes, facilitando a colaboração entre enfermeiros, a satisfação profissional, a tomada de decisão e o pensamento crítico

sustentados, o que leva à promoção da segurança dos profissionais e dos cuidados prestados (Ventura-Silva, Martins & Trindade, 2021). Eram notórios o envolvimento e a comunicação efetiva entre os enfermeiros de cada equipa e entre equipas, fundamentais para a segurança dos doentes e para a qualidade dos cuidados prestados.

Foi perceptível que não é fácil desempenhar funções de gestão no SUG, pela sua dimensão, particularidades e especificidades. É preciso “saber agir, mobilizar, comunicar, aprender, comprometer-se, assumir responsabilidades e ter visão estratégica” (Cunha & Neto, 2006).

Nos meios de emergência PH, as principais tarefas de gestão estavam atribuídas aos enfermeiros coordenadores, ambos EE em Enfermagem à PSC. Foi possível observar e colaborar em várias funções de gestão, tais como: gestão de conflitos, controlo de *stocks* e reposição de material e fármacos, monitorização da operacionalidade de equipamentos (monitor com desfibrilhador automático externo, ventilador, aspirador de secreções e compressor cardíaco externo), realização das *check lists* diárias (mala médica, mala de trauma, saco da via aérea), lavagem e limpeza das viaturas, elaboração das escalas mensais da equipa de enfermagem para a VMER, validação das ocorrências no portal SIEM e na solicitação do arquivamento das coimas aplicadas aos condutores das viaturas. Foi também possível participar na realização dos Processos Assistenciais (Vias Verdes), nas vertentes Acidente Vascular Cerebral (AVC), Coronária, Trauma e Sepsis Grave. As Vias Verdes são “estratégias organizadas que visam a melhoria da acessibilidade dos doentes na fase aguda das doenças, aos cuidados médicos mais adequados, proporcionando um diagnóstico e tratamento mais céleres e eficazes” (INEM, 2020d, p.116).

A fórmula proposta pela OE para o cálculo das dotações seguras no Serviço de Urgência utiliza o “posto de trabalho”, pelo que o meio de SIV deverá ser considerado um posto de trabalho (MCEEMC, 2015). Em relação à VMER, esta deve integrar um enfermeiro em função exclusiva, preferencialmente com competência acrescida em emergência PH. Tendo em conta as competências específicas do EE em EPSC, esta é a área de especialidade preferencial para o exercício no PH, quer na prestação de cuidados quer na gestão (Conselho de Enfermagem e MCEEMC, 2021). A ambulância de SIV existe em modelo de gestão integrada com um dos Serviços de Urgência Básica (SUB) da instituição e a VMER com o SUG, pelo que o enfermeiro, para além da atividade PH, participa na prestação de cuidados no SUB e no SUG e colabora no transporte de doentes críticos, sem atrasos na ativação do meio

(Despacho nº 10319 do Ministério da Saúde, de 11 de agosto de 2014). O enfermeiro do meio SIV deve disponibilizar-se, após garantir que o meio está operacional para uma nova ativação, para colaborar com a equipa do SUB, não só na prestação de cuidados, mas também na formação e auditorias (MCEEMC, 2015). Existe uma estreita colaboração entre a equipa da SUB e as duas EE em EPSC da ambulância de SIV que, com alguma regularidade, fazem formação acerca de temas que a equipa considere pertinentes.

Aquando da prestação de cuidados, o enfermeiro da ambulância de SIV contava como elemento supranumerário e não assegurava um posto de trabalho, de modo a garantir sempre a sua disponibilidade imediata para uma possível ativação. Essa colaboração deve garantir que as suas competências são maximizadas, resultando em maiores ganhos para os doentes (MCEEMC, 2015). Assim, foi possível colaborar com a equipa do SUB na prestação de cuidados à PSC na SE. Esses doentes acabavam por ser transportados pela ambulância de SIV para um serviço mais diferenciado noutro hospital, o que facilitava a continuidade de cuidados e a segurança na transmissão de informação à equipa que recebia o doente.

O transporte inter-hospitalar de doentes críticos (transporte secundário) corresponde ao realizado entre unidades de saúde. É assegurado pelo SIEM, possibilitando uma atuação rápida, eficaz e com economia de meios (INEM, 2020a). O nível de cuidados não deve ser inferior ao do serviço de origem, devendo estar prevista a necessidade de o elevar (MCEEMC, 2017b). Durante o transporte podem ocorrer eventos que podem agravar o estado clínico do doente e, inclusivamente, provocar a sua morte (Lopes & Frias, 2014). Para que não fosse posta em causa a disponibilidades dos meios, a atividade do transporte inter-hospitalar de doentes críticos foi regulamentada, com enfoque na eficiência e equidade dos serviços, envolvendo - se assim a participação dos recursos humanos dos estabelecimentos hospitalares nestes transportes (Despacho nº 5058-D do Ministério da Saúde, de 13 de abril de 2016). Desde o processo de integração dos meios nos serviços de urgência que a atividade do transporte inter-hospitalar do doente crítico pelas ambulâncias SIV tem registado um aumento significativo e, pelo contrário, os transportes com acompanhamento de VMER passaram a ser residuais (INEM, 2020a). Esta evolução traduz ganhos em saúde, uma vez que estes doentes passaram a ser transportados por equipas altamente diferenciadas e com o material e equipamento adequados, cumprindo as “Recomendações de Transporte de Doente Crítico” emanadas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados

Intensivos (SPCI) e Ordem dos Médicos em 2008 (SPCI & Ordem dos Médicos, 2008). No entanto, refletindo-se sobre a quantidade de transportes secundários que ocorrem e sabendo que “o estabelecimento hospitalar deve disponibilizar uma equipa clínica (médico e, quando aplicável, também enfermeiro) da sua unidade para acompanhar os meios do INEM, no transporte do doente” (Despacho nº 5058-D, de 13 de abril de 2016, p.12165), importa perceber a relação entre os ganhos que decorreram para o doente com um transporte com este nível de diferenciação e o custo do tempo de indisponibilidade do meio para o seu propósito de base, a emergência PH.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento da profissão e dos enfermeiros é “... potencializado pelas estratégias e processos de aprendizagem ao longo da vida onde os percursos de profissionalização podem ser diversos, integrados e integradores de várias vertentes onde se inclui o suporte de formação formal.” (OE, 2008b, p. 23).

Se utilizarem uma abordagem baseada na evidência na sua prática, os enfermeiros serão capazes de colocar questões acerca de como e quando a devem alterar, bem como demonstrar que utilizam informação robusta para basear a sua decisão e avaliar se os resultados obtidos são adequados (Internacional Council of Nurses (ICN), 2012). Para além disso, a prática baseada na evidência facilita o processo de tomada de decisão clínica, traduzindo-se em resultados positivos e ganhos em saúde para os doentes (Goot, Keers & Groot, 2018).

Assim, foi fundamental para o desenvolvimento da aprendizagem profissional especializada, conjugar a formação formal obtida neste curso com todos os anos de experiência profissional anterior e conseguir alterar a prática em função dessa formação, atendendo aos resultados mais apropriados.

O EE deve pautar a sua intervenção pelo desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, bem como pelo exercício de uma prática clínica baseada na evidência científica (Regulamento n.º 140 da OE, de 6 de fevereiro de 2019). Tratando-se os três contextos de EC de realidades desconhecidas em termos de prestação de cuidados, ter consciência das limitações existentes e das capacidades que se poderiam desenvolver foi fundamental no desenvolvimento do raciocínio crítico que suportou a tomada de decisão. Tornar-se autoconsciente ajuda os enfermeiros não apenas no desenvolvimento de uma

relação terapêutica e interpessoal, como também lhes permite melhorar as suas habilidades de pensamento crítico, discernimento, definição adequada de objetivos e tomada de decisão clínica, bem como melhorar a gestão do *stress* (Rasheed, 2015).

Foram identificadas algumas situações de *deficit* de conhecimentos, que se tornaram oportunidades de aprendizagem através da investigação, pesquisa bibliográfica da evidência científica mais recente, procura autónoma de experiências, observação, acompanhamento pelos orientadores e supervisores, exercícios teóricos recomendados e reflexões.

Destaca-se a abordagem do doente vítima de trauma na SE, com uma aprendizagem reforçada pela participação na ação de formação “Abordagem à vítima de trauma no SUG”. Esta foi da responsabilidade do Grupo de Orgânica Funcional de Trauma do SUG e tinha como objetivo geral uniformizar os cuidados de enfermagem na abordagem do doente vítima de trauma e proceder à sua correta imobilização.

Também as formações do INEM, que decorreram durante o EC, contribuíram para o desenvolvimento de aprendizagens. A formação “Ventilação Não Invasiva no Extra - Hospitalar” permitiu consolidar conhecimentos acerca dessa técnica e perceber as suas especificidades neste meio, enquanto a apresentação “CODU” proporcionou uma visão global sobre o funcionamento deste centro. Não foi possível realizar estágio presencial no CODU, pela situação de pandemia, o que teria sido uma mais-valia para a aprendizagem.

Os aplicativos informáticos utilizados no SUG já eram conhecidos (SCLínico®, GHAF® e ModuLab®), apesar do SCLínico® ser utilizado de forma diferente. Enquanto no internamento se desenvolve todo o processo de enfermagem para cada doente com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), no SUG é utilizado maioritariamente o campo “Notas Gerais” usando texto descritivo, impossibilitando posteriormente a obtenção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, não permitindo a normalização e sistematização da informação (Ministério da Saúde, 2021a). Foi possível perceber que a equipa tem noção desta limitação, bem como das suas consequências. No entanto, a necessidade de priorizar os cuidados ao doente dificulta, para já, a elaboração do processo de enfermagem para cada doente, no SCLínico®.

No SUG foi possível compreender a verdadeira importância e funcionalidade da ferramenta de gestão de vigilâncias Trace Covid-19. Esta visa dar suporte aos profissionais de saúde, para a realização de registos de informação sobre os casos, rastreio de contactos, vigilância e

seguimento clínico de doentes com suspeita ou diagnóstico confirmado de COVID-19 (Ministério da Saúde, 2021b). No SUG, esta ferramenta revelou-se fundamental, entre outras situações, para a tomada de decisão do enfermeiro na necessidade de realização do teste para pesquisa de SARS-CoV-2 aquando da admissão dos doentes na ADR-SU.

O sistema informático utilizado no SMI é o BSimple®. O BSimple®, nomeadamente o produto Patient Care Intensive Care Unit® (PC ICU®), foi concebido para contemplar métodos de trabalho das UCI. É um *software* que funciona em integração com a parte informática do SMI, reunindo em tempo real a informação de dispositivos conectados ao doente. Essas informações estão em rede, com *links* de acesso rápido, tornando-o prático e importante para assegurar a qualidade e a segurança dos dados (BSimple®, 2020). Apesar de nunca ter existido qualquer tipo de contato com este sistema anteriormente, este mostrou ser muito completo, de utilização fácil e intuitiva.

Como já foi referido, no INEM é usada a aplicação informática de gestão das ocorrências e registo clínico das vítimas iTEAMS®, que também se revelou bastante intuitiva. Foi desenvolvido pelo INEM e consiste numa ferramenta de registo clínico e de suporte interativo entre o CODU e os meios que estão no terreno, que permite estratificar a gravidade clínica das ocorrências e assim contribuir para uma regulação médica efetiva nas situações de maior gravidade (INEM, 2021).

Contribui também para a aprendizagem a realização de um estudo de caso no EC II e o registo realizado após cada ocorrência, de acordo com a metodologia de abordagem sistematizada ABCDE (A – *Airway*, B – *Breathing*, C – *Circulation*, D – *Disability* e E – *Exposure*), que permitiu analisar cada experiência de forma crítica e refletir sobre cada uma delas. A abordagem ABCDE é aplicável em todas as emergências clínicas para avaliação e tratamento imediatos com tradução de melhoria dos resultados e ajuda aos profissionais de saúde a direcionar o seu foco para os problemas clínicos que resultam em maior risco de vida (Thim, Krarup, Grove, Rohde & Lofgren, 2012).

No EC I e no EC III foram realizadas duas análises críticas de cuidados. Estas foram elaboradas em linguagem CIPE®, o que permitiu desenvolver aprendizagens acerca desta taxonomia, que permite aos enfermeiros documentar de forma padronizada e sistematizada os cuidados prestados. Os dados de enfermagem daí resultantes sustentam a tomada de decisão, melhorando assim a segurança e a qualidade dos cuidados para os doentes e as

famílias / cuidadores (OE, 2009) e permitem, quando informatizados, extrair de uma forma rápida indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Os profissionais de emergência PH são confrontados com fatores geradores de *stress* como a sobrecarga de trabalho, para além da pressão para tomada de decisões rápidas (Deslandes, 2000). Atuam num meio totalmente desconhecido sem o suporte de uma vasta equipa multidisciplinar, contando apenas com o seu parceiro, seja ele o médico ou o TEPH. Tendo a atividade profissional desenvolvida em internamento hospitalar um ambiente mais controlado e toda uma diversidade de profissionais disponíveis no imediato, foi necessário desenvolver várias estratégias, nomeadamente estratégias de *coping*, tais como a resolução planeada do problema, o autocontrolo, a procura de suporte social e a reavaliação positiva, para conseguir gerir as emoções para uma atuação eficaz sob pressão e lidar com o inesperado em cada uma das ocorrências na VMER e na ambulância SIV. As emoções são um elemento estruturante, quer pessoal quer profissionalmente, na vida de um indivíduo, em particular na prestação de cuidados em saúde, uma vez que se lida diariamente com a condição humana, o que gera a necessidade dos profissionais de saúde serem capazes de se autorreconhecer e controlar as próprias emoções (Monteiro, Almeida & Pereira, 2015).

2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Os cuidados de enfermagem à pessoa, família/cuidador em situação crítica têm como objetivos conhecer a situação do alvo de cuidados de forma contínua, antecipar e detetar as complicações de forma precoce, assegurando uma intervenção eficiente e atempada, através da observação, colheita, procura contínua e análise sistematizada de dados (Regulamento n.º 429 da OE, de 16 de julho de 2018).

De seguida será realizada uma análise crítico-reflexiva, relacionando as três Competências Específicas do EE em EMC na área de Enfermagem à PSC, definidas pela OE, com as experiências vivenciadas em EC.

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

Na prestação de cuidados à PSC, importa considerar os processos transacionais a que o ser humano está sujeito. Em alguns casos, como as doenças, a transição é iniciada por eventos fora do controlo do indivíduo. Relativamente às transições saúde-doença, o seu impacto

inclui transições onde ocorrem mudanças repentinas de papéis, que resultam da mudança de bem-estar para um estado de doença (Meleis, 2010). A PSC está sujeita a vários processos de transição e o enfermeiro, sendo o elemento que se encontra, mais próximo do doente, e que o acompanha no período em que ocorre a transição, é o mais capaz de o ajudar a criar estratégias para ultrapassar ou aprender a viver com as transições que experiencia, sendo um elemento facilitador desse processo (Meleis, 2012).

Ao longo dos EC houve oportunidade de prestar cuidados à PSC, executar e colaborar com a equipa multidisciplinar em cuidados de alta complexidade. Foi possível identificar focos de instabilidade, respondendo de forma adequada e antecipada para a sua resolução, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, pois “a vigilância prudente e a deteção precoce dos problemas são a primeira forma de defesa do doente.” (Benner, 2005, p. 122).

No EC I foi possível conhecer o Procedimento Interno da instituição “Encaminhamento do Doente com Suspeita de AVC” e compreender a implementação da Via Verde (VV) de AVC. Todos os doentes transportados pelos meios do PH com ativação da VV AVC PH, ou aqueles cuja VV é ativada já na instituição, são encaminhados para SE, dando-se seguimento ao procedimento interno, baseado na norma da DGS “Via Verde do AVC Adulto” (DGS, 2017b). Todo o circuito desencadeado pela ativação desta VV, visa suprimir quaisquer situações que possam vir a provocar atrasos no acesso da pessoa com suspeita de AVC à unidade de saúde mais adequada ou no início do tratamento adequado (DGS, 2017b). Nas situações presenciadas, a VV AVC acabou por ser desativada, sendo que o doente foi estabilizado e orientado para a respetiva área de prioridade.

Existe também um Protocolo para a “Via Verde Coronária”, ainda em desenvolvimento. A implementação desta VV implica uma organização interna da instituição de modo a dar uma rápida resposta á intervenção PH, com um modelo de assistência simples, rápido e eficaz, sem barreiras burocráticas e com equipas preparadas para as intervenções necessárias (DGS, 2001). Estava instituído que o enfermeiro do posto de triagem tinha autonomia para fazer o pedido de Eletrocardiograma de 12 derivações a todos os doentes com dor torácica de início súbito, de causa não traumática, e encaminhá-los para a SE. Houve oportunidade de cuidar na SE de doentes com diagnóstico de Enfarte Agudo do Miocárdio que, após estabilização, foram transferidos para a Unidade de Hemodinâmica, para continuidade de cuidados,

nomeadamente realização de angioplastia. Foi, assim, possível colaborar no seu transporte intra-hospitalar, cumprindo o procedimento em vigor. O nível de cuidados, durante o transporte, não deve ser inferior ao do serviço de origem, devendo estar prevista a necessidade de o elevar (OE, 2017). Durante o transporte podem ocorrer eventos que podem agravar o estado clínico do doente e inclusivamente provocar a sua morte (Lopes & Frias, 2014).

Existiu também oportunidade de colaborar nos cuidados a doentes vítimas de trauma, o que foi facilitado pela participação na formação já referida anteriormente. Um dos objetivos da instituição, nomeadamente do Grupo de Orgânica Funcional de Trauma do SUG é a implementação da VV de Trauma. Á semelhança do que acontece para o AVC e para as doenças coronárias, também para o trauma existe um conjunto de atitudes que, se realizadas numa fase precoce da doença, reduzem as complicações e a mortalidade que lhe estão associadas (DGS, 2010b).

O que ainda não está previsto é a implementação da VV de Sepsis no Adulto, apesar de existir evidência científica no sentido de que uma intervenção precoce e adequada (em termos de terapêutica anti-infecciosa e de suporte hemodinâmico) pode melhorar o prognóstico dos doentes com sepsis grave e choque séptico (DGS, 2016).

A nível PH todas as VV referidas estão implementadas de acordo com as orientações da DGS. A oportunidade de participar na ativação das VV de AVC, Coronária e Trauma permitiu perceber a sua importância e articular os cuidados com as instituições de saúde de destino, contribuindo para o desenvolvimento desta competência específica.

Assim, a VV é uma “estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações” (DGS, 2017b, p.17).

Foi possível executar novas técnicas / procedimentos, tal como adaptar o sistema de aspiração fechado e proceder à aspiração de secreções no tubo endotraqueal com o mesmo. Esta técnica está recomendada em situações em que o doente apresenta elevada fração inspirada de oxigénio, elevada pressão positiva no final da expiração, elevado risco de desrecrutamento alveolar (American Association of Respiratory Care, 2010) e em situações

em que haja infeção das vias aéreas, para proteção da equipa (Martins, Nunes & Xavier, 2014), pois evita a aerossolização, pelo que era usada em todos os doentes com COVID-19.

A prestação de cuidados a doentes sujeitos a Técnica de Substituição Renal Contínua (TSRC), representou um grande desafio. Em UCI o enfermeiro cuida do doente submetido a TSRC, executando atividades de preparação, planeamento, monitorização e acompanhamento (Andrade, Ribeiro & Campos, 2019). Houve oportunidade de executar todas essas atividades, mas a falta de conhecimentos nessa área levou a investir na pesquisa bibliográfica sobre os cuidados aos doentes submetidos a essa técnica. Apesar disso, é com a experiência que se aperfeiçoa a prática, sendo que “experiência não faz só referência à passagem do tempo. Trata-se antes de melhorar teorias e noções pré-concebidas através do encontro de numerosas situações reais que acrescentam *nuances* ou diferenças subtis à teoria” (Benner, 2005, p.61).

Associada à prática de VMI está frequentemente associada a administração de sedação, que deverá ser gerida, com o intuito de minimizar a ansiedade, promover conforto e segurança e evitar a agitação dos doentes (Humphrey, Everhart & Kosmisky, 2018). Dada a complexidade deste processo, importa avaliar a sedação destes doentes através de escalas próprias, sendo que no SMI é utilizada a *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS), que era avaliada em todos os turnos. A maioria dos doentes estão sob sedação profunda durante um longo período de tempo, o que pode levar a diversas complicações como o delírio (Tingsvik, Bexell & Andersson, 2013). O delírio tem impacto negativo nos doentes, familiares / cuidadores e profissionais de saúde, pelo que há a necessidade de identificá-lo rapidamente, através de escalas, e agir de forma célere segundo protocolos (Faria & Moreno, 2013). Apesar de existirem várias escalas para avaliação do delírio na PSC, como a *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) e a *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (Gusmão – Flores, Salluh & Lima, 2011), no SMI o delírio não era avaliado através de escala, nem existia nenhum procedimento institucional nesse sentido. Apesar disso, foram desenvolvidas intervenções para a sua prevenção e diminuição, tais como: melhoria do sono, orientação do doente, gestão da dor, estimulação cognitiva, avaliação de má nutrição e défices sensoriais (Pincelli, Waters & Hupsel, 2015), redução do ruído, diminuição da exposição à luz artificial no período noturno, melhoria das técnicas de comunicação e promoção da mobilidade (Wenham & Pittard, 2009).

Foi possível conhecer os protocolos e procedimentos da ambulância SIV e da VMER e, apesar de não ter havido oportunidade de os aplicar na prática, importou diariamente aprofundar os conhecimentos sobre eles e esclarecer dúvidas acerca da sua implementação com a enfermeira orientadora. Em relação aos mais frequentes (Abordagem da Vítima, Dispneia, Disritmias, Dor Torácica, PCR no Adulto). Com o passar do tempo, surgiram as condições necessárias para a sua implementação de forma autónoma, mas com supervisão.

O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a humanização e melhoria contínua da qualidade (DGS, 2003b). A dor aguda é uma dor de início recente e com provável duração limitada, havendo normalmente uma relação causal bem definida. A dor aguda não controlada tem consequências fisiológicas e psicológicas, que podem ser responsáveis por disfunção orgânica e aumento da morbidade e da mortalidade (DGS, 2012a). A dor no doente crítico é muito comum, sendo a sua avaliação fundamental para o reconhecimento e tratamento adequados (Ferreira, Miranda & Revés, 2014), pois é um dos primeiros sinais de alerta em muitos processos patológicos (INEM, 2013b).

Nomeadamente na área de Ortopedia do SUG, apesar da correta avaliação e registo de dor pelo enfermeiro, com as escalas preconizadas, não existia por vezes prescrição de analgesia. Nestas situações importou promover o conforto com medidas não farmacológicas, como a termoterapia, massagem, técnicas cognitivas como a distração, técnicas comportamentais como o relaxamento e intervenções de suporte emocional como o toque terapêutico (Dias, 2007).

A dor em doentes que não podem comunicar deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos (SPCI, 2011), através de escalas ou instrumentos de heteroavaliação. No SMI eram respeitadas as recomendações do Grupo de Avaliação da Dor da SPCI (SPCI, 2011), que defende que a dor em doentes sedados e ventilados deve ser avaliada através da *Behavioral Pain Scale* (BPS). Apesar da utilização da BPS no SMI, esta escala não constava do procedimento da instituição para avaliação da dor no adulto. Em doentes que comunicam era usada a Escala Visual Analógica, como recomendado pela DGS (2003). Para os doentes que se encontravam incapazes de autoavaliar a sua dor teria sido mais adequado usar a *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD), disponível no BSimple®, o que não se verificou sempre. A PAINAD permite executar uma heteroavaliação

da dor para pessoas que não comunicam, incluindo pessoas com demência (Pinto, Minson & Lopes, 2015).

Sendo que o trauma e as doenças súbitas são situações que se encontram normalmente associados a dor e desconforto, a sua correta avaliação, gestão e controlo apresentam-se como uma prioridade na intervenção dos enfermeiros que atuam nos meios de emergência PH (Ferreira, 2013). Apesar da literatura sobre a abordagem da dor aguda em situações de emergência evidenciar a sua subvalorização por quem presta cuidados de emergência médica (INEM, 2013b), em todas as ocorrências foi realizada a correta avaliação e registo da dor, com as escalas preconizadas pelo INEM, a fim de a aliviar. Quando não se justificava uma medida farmacológica era promovido o conforto com as medidas não farmacológicas, já referidas, para além da imobilização e elevação de extremidades e aplicação de frio (INEM, 2013b).

Quando um doente se encontra num estado crítico, tal como o potencial dador de órgãos, praticamente todas as suas necessidades humanas fundamentais se encontram afetadas e é da responsabilidade do enfermeiro a prestação da totalidade dos cuidados (Henderson, 2007). Dado que a assistência prestada ao potencial dador de órgãos deve ser idêntica aos cuidados prestados à PSC (Moraes & Massarollo, 2009), importou desenvolver competências para cuidar destes doentes.

O processo de doação de órgãos até à efetivação do transplante passa por várias etapas e, durante todo o processo a participação da equipa de enfermagem é imprescindível, pois a assistência adequada à manutenção da integridade dos órgãos e dos sinais vitais do potencial doador é um dos fatores que poderá viabilizar a doação (Morais & Moraes, 2012).

No SUG foi possível participar na ação de formação “Doação e transplantação de órgãos e tecidos – papel do enfermeiro” desenvolvida pelo Grupo de Orgânica Funcional de Doação e Transplantação de Órgãos e Tecidos do SUG, com o objetivo de melhorar o conhecimento e a capacitação dos enfermeiros sobre a doação e transplantação de órgãos e tecidos, o que contribuiu para o desenvolvimento de aprendizagens nessa área. Os enfermeiros da urgência devem ser capazes de identificar potenciais dadores, prestar apoio vital aos doentes em morte cerebral e facilitar a discussão com a sua família.

No SMI houve oportunidade de cuidar de doentes potenciais dadores de órgãos e participar nas provas de morte cerebral, de acordo com os protocolos da instituição. A morte cerebral

está diretamente relacionada com o processo de manutenção do potencial dador de órgãos, pois poderão ocorrer situações para as quais os enfermeiros devem estar despertos de modo a que não se comprometa o processo de doação e transplantação (Barros, Amaral & Costa, 2012). Existiam algumas dúvidas na equipa de enfermagem em relação a este tema, tendo esta sugerido que o tema fosse incluído no plano de formação do serviço, o que foi aceite pela enfermeira em funções de chefia, verificando-se uma preocupação em providenciar respostas adequadas às necessidades formativas dos profissionais.

Todas as unidades de colheita de órgãos dispõem de um protocolo com o INEM, que assegura os procedimentos de atuação no âmbito do programa de colheita de órgãos (Portaria nº 16 da Procuradoria-Distrital Regional de Lisboa, de 23 de janeiro de 2015).

Perante uma PSC a comunicação torna-se um desafio em algumas situações, pois o foco é a resolução da situação de saúde e, por uma questão de prioridades, a comunicação é renegada para segundo plano. Os cuidados devem ser bem direcionados, procurando comunicar eficazmente para que a pessoa perceba os cuidados que lhe vão ser prestados, proporcionando menos ansiedade e medo da morte (Holden, 2017).

Sendo que a comunicação representa a principal ferramenta terapêutica do enfermeiro, por permitir conhecer a personalidade, o ambiente de vida do doente e a conceção que este faz do seu mundo (Phaneuf, 2005) e que níveis de comunicação eficazes conduzem a resultados mais positivos, o enfermeiro deve garantir o sucesso da comunicação que utiliza no âmbito da prestação de cuidados (Gomes, Amendoeira & Martins, 2012). Assim, foi feito uso da comunicação terapêutica que é um processo consciente e deliberado, usado para agrupar informações relacionadas com o estado de saúde do doente, como um todo, e responder com uma abordagem verbal ou não verbal que promova o seu bem-estar, melhorando a forma como este entende os cuidados prestados (Wold, 2013). Através deste tipo de comunicação foi possível apoiar, informar, educar e capacitar os doentes, cuidadores e familiares no processo de transição de saúde doença.

A transmissão de más notícias é uma atividade frequente com que o enfermeiro nos cuidados à PSC é confrontado frequentemente, tratando-se de uma situação delicada e complexa, geradora de *stress* (Studer, Danuser & Gomez, 2017). É uma das áreas mais difíceis e complexas de desenvolver na relação interpessoal (Costa, 2014), pelo facto de confrontar sentimentos de ambos os lados da comunicação: o doente ou a família/cuidador

(que têm que lidar com a tristeza da informação) e o profissional (que tem que manter a sua autoconfiança, lidando com seus próprios sentimentos e com a reação do ouvinte) (Camargo, Lima & Góis, 2019). Nestas situações desafiantes, foram desenvolvidas relações baseadas em honestidade, empatia e clareza da informação. Nesta experiência constatou-se que a formação, o treino e a experiência prévia do emissor são fundamentais e facilitadores. No SMI, nas situações de doentes potenciais dadores de órgãos, era solicitada a presença da família/cuidador para se dar a conhecer a situação, tratando-se de momentos altamente desafiantes a nível de comunicação e a nível emocional. Nestes casos, a comunicação era executada em equipa, com médico e enfermeiro, na sala de reuniões, de modo a manter a privacidade, usando o protocolo SPIKES que decompõe e estrutura a comunicação de más notícias em seis passos, simplifica a tarefa e diminui a probabilidade de falhas (Kaplan, 2010).

Foi desafiante comunicar com os doentes sujeitos a VMI, pois estão privados da sua capacidade de falar e, conseqüentemente, da capacidade de comunicação verbal, devido à necessidade de intubação (Hoorn, Elbers & Girbes, 2016). Importava desenvolver uma comunicação aumentativa e alternativa, que abranja uma série de diferentes meios de comunicação (quadros, quadros de comunicação com símbolos e meios eletrónicos) que ajudassem as pessoas a expressarem-se (Handberg & Voss, 2018). Estas estratégias, no SMI, não estavam ainda implementadas mas, em conversas informais, essas sugestões permitiram nos enfermeiros desenvolver uma maior preocupação em colmatar essa lacuna, na comunicação com os doentes ventilados.

As ocorrências da ambulância SIV e da VMER implicavam lidar com doentes que ainda não tinham diagnóstico estabelecido, com problemas que não vão ser esclarecidos no momento, o que gerava medo e ansiedade, tanto para elas, como para as suas famílias/cuidadores, o que também permitiu o desenvolvimento de competências de comunicação. Foi desafiante lidar com situações em que o óbito era verificado no local, pelo médico da VMER, particularmente porque não era uma situação esperada. A comunicação era iniciada pelo médico mas realizada em equipa, demonstrando-se apoio, compreensão, respeito pelo choro e pelo silêncio.

Perante uma PSC, o familiar/cuidador deve ser visto como uma “extensão do doente” pois, na maioria dessas situações, é este que vivencia de forma muito intensa e emocional todas

as alterações no estado clínico do doente (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011). Nomeadamente o internamento numa UCI, sendo uma situação inesperada, envolve repercussões não só a nível individual, mas também familiar. Perante um momento de internamento hospitalar e concretamente nestes serviços, as famílias/cuidadores vivenciam situações de adversidade, conflito, dúvidas, angústia e crise (Borges, 2015). As necessidades que os familiares/cuidadores consideram mais importantes estão relacionadas com a informação, poder visitar com frequência o seu familiar e ter um horário de visitas flexível (Baião, 2017). Dada a situação de pandemia atual, como já foi referido, o horário das visitas está restrito a uma pessoa durante 30 minutos por dia. Isto punha em causa o direito do doente a um acompanhante, mesmo nos casos de doença incurável em avançado estado e de doença terminal (Lei nº 15 da Assembleia da República, de 21 de março de 2014), que era o caso de muitos dos doentes internados no serviço. Nesses momentos importava conhecer as necessidades da família / cuidador, acolhê-los e responder às suas dúvidas. Para minimizar esta situação existe no serviço um *tablet*, que permite a realização de videochamadas, proporcionando o contacto das famílias com os doentes, o que se revelava muito gratificante para ambas as partes. Também havia a possibilidade de serem dadas informações via telefónica, nas quais importava acautelar o direito do doente à sua privacidade, considerando sempre o seu melhor interesse (OE, 2008a).

No SMI foi possível acompanhar um doente na realização de uma Ressonância Magnética, nunca descurando que o período de transporte pode traduzir-se em grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas (SPCI, 2008). A equipa que acompanhou o doente, o equipamento necessário e o tipo de monitorização foram selecionados de acordo com as Recomendações de Transporte de Doentes Críticos da SPCI (SPCI, 2008).

Não foi possível presenciar nenhuma ativação da EEIH, mas houve oportunidade de colaborar na verificação diária da *check-list* da mala de emergência e no teste diário do monitor desfibrilhador, de acordo com o procedimento interno da instituição. Essa equipa é ativada de acordo com critérios próprios, os quais já eram conhecidos, e é constituída por um médico e um enfermeiro. Nem sempre é possível que o enfermeiro seja um EE, o que vai contra o parecer da OE que afirma que o EE em EMC na vertente da PSC é o profissional com melhor formação para integrar estas equipas (OE, 2017).

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

Para aquisição desta competência foi consultado o Plano Nacional de Emergência da Proteção Civil, Distrital e Municipal para situações de emergência e catástrofe, do território de atuação nos três EC. Todos estes planos visam minimizar os prejuízos, perdas de vida, danos ao ambiente e o restabelecimento da normalidade, tão rápido quanto possível (Autoridade Nacional de Proteção Civil, 2013).

No SUG foi tomado conhecimento do Plano de Emergência Externo (PEE) da instituição que visa garantir uma atuação eficaz em caso de receção multivítimas, reduzindo a sua mortalidade e morbilidade, do Plano de Emergência Interno contra Incêndios, assim como, dos *kits*, cartas de ação e *placards* utilizados em situação de catástrofe.

No SMI, foi dedicada especial atenção às particularidades dos planos referidos, específicas desse serviço. Numa UCI, uma evacuação envolve um elevado número de meios humanos e materiais, pois existem múltiplos riscos associados, relacionados com a segurança dos doentes (Patoleia, 2017). As UCI devem estar preparadas para uma evacuação, devendo ter um plano de emergência, que inclua os critérios de evacuação dos doentes, e que seja do conhecimento de todos os profissionais, sendo fundamental a realização de simulacros periódicos (Palacios, Torrent & Santana-Canbrera, 2010). Dadas as poucas ativações dos planos acima referidos e a complexidade de evacuação do SMI, a realização de simulacros nesse sentido é fundamental, apesar de não haver existido nenhum no decorrer do EC.

Na VMER e Ambulância de SIV foi possível o contato com as Bolsas de Triagem existentes nas viaturas. Nesta bolsa, para além das Etiquetas de Triagem, existe uma caneta, cartões com fluxogramas de triagem e cartões para contabilização de vítimas (INEM, 2012b). Através da reflexão com os enfermeiros orientadores e pesquisa bibliográfica, foi possível perceber os seus objetivos, modo de utilização e vantagens.

Apesar de não ter ocorrido nenhuma ativação do PEE durante os EC, foi possível participar num Simulacro de Catástrofe no SUG. Catástrofe é um acontecimento súbito, quase sempre imprevisível, do qual resulta um elevado número de vítimas (INEM, 2012b). A realização de simulacros é fundamental pois, é somente através da educação e treino que os enfermeiros podem ser munidos das competências e habilidades necessárias para uma atuação rápida e eficaz em situação de desastre (Kapur & Baéz, 2017). Apesar de não se assistir à triagem

primária (*Simple Triage And Rapid Treatment (START)*), pois esta é realizada no local da ocorrência, houve oportunidade de perceber as prioridades lá atribuídas e realizar a triagem secundária baseada na *Triage Revised Trauma Score* (Rodrigues, 2017). Durante o simulacro, estava a decorrer, em simultâneo, um *tabletop* na sala de reuniões, com ligação por vídeo ao local de realização da triagem secundária. Os *tabletops* são uma maneira eficaz de identificar pontos fortes, lacunas e problemas que surgem em caso de catástrofe (Evans & Schwartz, 2019), ajudando a desenvolver uma avaliação mais realista do que não se sabe e das limitações da organização (High, Lovelace & Gansneder, 2008). Neste exercício iam sendo colocadas várias hipóteses de acontecimento, como a alteração das prioridades das vítimas, levando a uma reflexão sobre as decisões a tomar. No final foi realizado um *debriefing*, que é parte fundamental nos simulacros (Coutinho, 2014) e que permitiu a assimilação e reflexão sobre todo o processo. Concluiu-se que as etiquetas para identificação das prioridades na triagem secundária não eram práticas, atrasando a atribuição da prioridade. Sendo que cada instituição deve definir o seu procedimento de identificação dos doentes em caso de catástrofe (DGS, 2011a), ficou decidido que se iria alterar o sistema atual a curto prazo.

No domínio que visa assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem, preservando os vestígios de indícios de práticas de crime foi possível colaborar na prestação de cuidados a uma PSC na SE, transportada por um meio PH, em paragem cardiorrespiratória, já em manobras de SAV há 35 minutos. Foi declarado o óbito como causa desconhecida e o corpo ficou à responsabilidade do Instituto de Medina Legal. Os enfermeiros devem ser detentores de conhecimentos para preservar provas forenses, pois muitas vezes a primeira oportunidade para a recolha de provas ocorre em meio hospitalar (Lynch, 2006). Neste caso, a prestação de cuidados *post-mortem* deve ter em conta a preservação de todas as provas. Assim, a roupa não foi retirada e documentou-se pormenorizadamente o estado da chegada ao serviço, assim como, todas as lesões encontradas (local de inserção da agulha intraóssea, equimoses e hematomas) pois, como primeiro passo para uma correta recolha de provas, deve-se proceder à documentação, incluindo o registo de notas descritivas sobre as observações das lesões e as condições de chegada ao serviço (Lynch, 2006).

No SMI importava ter atenção especial à PSC admitida diretamente da SE. A capacidade de um enfermeiro para identificar e recolher provas médico-legais desempenha um importante

papel na investigação do crime, podendo ser um fator decisivo para a decisão judicial (Santos, 2013).

A preservação dos vestígios de indícios de práticas de crime é um recurso para os meios de emergência PH cooperarem com a investigação criminal, com a justiça e com a sociedade no apuramento da verdade (Braz, 2009). A prioridade é a prestação do socorro à vítima, o que favorece a contaminação do local, constituindo esta “uma das principais ameaças à integridade de determinados vestígios de natureza biológica que são, frequentemente, objeto de recolha e tratamento no local do crime” (Braz, 2009, p. 224). Assim, havia uma preocupação constante, em todas as ocorrências, em não contaminar os locais. Todas as embalagens vazias e material usado eram levados do local (INEM, 2012a). O local era deixado nas condições em que tinha sido encontrado.

Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

As IACS e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas relacionados e de importância crescente, que acarretam complicações como o aumento da morbilidade e da mortalidade, prolongamento do tempo de internamento e aumento de custos em saúde (DGS, 2018b).

No sentido de prevenir as IACS, a DGS emanou quatro Feixes de Intervenções e, com base nestes e noutra evidência científica, o GCL – PPCIRA da instituição onde decorreram os EC I e II, elaborou documentos que definem um conjunto de intervenções/procedimentos relacionados com a prevenção dessas infeções e sensibilizam os profissionais de saúde para o desenvolvimento e implementação das mesmas. Foi possível perceber que ambas as equipas de enfermagem eram muito atentas e preocupadas com a implementação de todas essas recomendações, levando à solidificação dos conhecimentos em relação a elas.

Os doentes admitidos nas UCI são particularmente vulneráveis a IACS, sendo essas as unidades com a sua maior prevalência (ECDC, 2019). A maioria das IACS nas UCI está associada ao uso de dispositivos e uma proporção significativa destas é evitável. Também a resistência aos antimicrobianos é alta nestas unidades pela gravidade do quadro clínico dos doentes, uso frequente de antibióticos e práticas variadas de prevenção e controle de infeção (ECDC, 2020). Neste sentido, era notória também uma grande preocupação no

cumprimento das Precauções Básicas do Controlo de Infecção (PBCI), de acordo com a Norma da DGS (DGS, 2012b).

Existiam no SMI aspetos facilitadores do cumprimento das PBCI, tais como: existência de sensores automáticos nos lavatórios para água e gel de mãos, existência de sensores automáticos de abertura de portas, existência de um carro de apoio em cada unidade com todo o material necessário à prestação de cuidados, de uso exclusivo, Equipamentos de Proteção Individual (EPI) em local de fácil acesso, possibilidade de utilizar pressão negativa ou positiva nos quartos individuais, existência de fardamento em número suficiente (que possibilita aos profissionais a utilização exclusiva durante um turno ou troca durante o turno) e acesso condicionado e restrito ao serviço.

Uma vez que os quartos individuais deste serviço passaram a estar reservados apenas para doentes com COVID-19, doentes infetados ou colonizados com um ou mais microrganismos multirresistentes, ao contrário do que acontecia anteriormente e do que está preconizado (DGS, 2012b), não podiam ser alocados num quarto individual. Assim, aquando da prestação de cuidados a estes doentes existiu sempre uma preocupação acrescida no cumprimento das precauções baseadas nas vias de transmissão (contato, gotícula, aérea).

Os doentes admitidos no SMI são submetidos a uma série de rastreios, efetuados de acordo com prescrição médica: colheita de urocultura, hemoculturas aeróbias e anaeróbias, expetoração, zaragatoa para pesquisa de Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos (ERC) e zaragatoa para pesquisa de *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA). O intuito destas ações prende-se com a monitorização e deteção precoces de focos de infeção no doente. As recomendações relativas à avaliação do risco de colonização por ERC não eram integralmente cumpridas neste serviço, pois apenas se colhia uma amostra e um doente só é considerado não colonizado após ter três amostras consecutivas negativas, colhidas com intervalo de 48 horas (DGS, 2017c).

Todos os doentes internados no SMI por um tempo previsível superior a 48 horas são submetidos a higiene corporal com gluconato de clorhexidina a 2%, nos primeiros cinco dias após a admissão e aqueles que têm tubo ou cânula endotraqueal são submetidos três vezes por dia a higiene oral com gluconato de clorhexidina a 0,2%, para prevenção e controlo da colonização e infeção por MRSA (DGS, 2014c) e da Pneumonia Associada ao Ventilador, no caso dos doentes submetidos a VMI.

No SUG foi possível participar na ação de formação “Isolamentos no SUG”, desenvolvida pelo Grupo de Orgânica Funcional do PPCIRA do serviço, com o objetivo geral de prevenir infeções cruzadas. Aqui, foi possível refletir sobre algumas dificuldades com que a equipa do SUG se depara na prevenção de IACS. A ausência de profissionais que se dediquem exclusivamente a doentes infetados e/ou colonizados, a sobrelotação e transferências frequentes de doentes, são atividades que potenciam o risco de infeção cruzada de IACS (Pina, Ferreira & Marques, 2010). Assim, no SUG, a ausência de descontaminação das áreas antes de alocar um novo doente e a não existência de profissionais responsáveis pela prestação de cuidados a doentes em isolamento eram fatores que aumentavam o risco de IACS.

O distanciamento entre doentes não deverá ser inferior a um metro utilizando, se disponíveis, cortinas para a sua separação (Siegel, Rhinehart & Jackson, 2007). Apesar do esforço dos profissionais em gerir a alocação dos doentes nesse sentido, a constante sobrelotação do serviço inviabilizou frequentemente o cumprimento dessa recomendação.

Aquando da inscrição de um doente na admissão, no qual foi isolado um microrganismo epidemiologicamente importante no último ano, é gerado um alerta na triagem. Mas esse alerta só aparece quando o doente passa a integrar a lista de doentes para triar, não voltando a surgir. Esta situação foi discutida na formação, no sentido do alerta se manter visível pelo menos até o doente ser triado e serem tomadas de imediato as devidas precauções.

Em 2014, o INEM criou a primeira Comissão de Controlo de Infeções, que desenvolveu diversas atividades e produziu um “Manual de Controlo de Infeção”. Posteriormente foi constituída a Comissão de Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA), por forma a completar comissão inicial, que trabalha com o objetivo de diminuir os riscos de IACS para os doentes e para os profissionais e atualizou o Manual de Controlo de Infeção, designando-se atualmente “Manual de Prevenção de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde do INEM”.

A gestão do risco de infeção em contexto extra-hospitalar é diferente da existente nas instituições de saúde, nomeadamente: incapacidade de controlar o ambiente no local das ocorrências, ausência de informação sobre o estado infeccioso do doente, exposição a fluidos orgânicos durante procedimentos e incapacidade de realizar de imediato a sua remoção,

limpeza e desinfecção, transporte de doentes em espaços de pequena dimensão com inadequada ventilação (Pereira, 2020). Assim, tendo em conta que todos os doentes são potenciais focos de infeção, em cada ocorrência eram sempre adotadas as Precauções Básicas de Controlo de Infeção na sua abordagem, para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados. A pandemia COVID-19 obrigou o INEM a reorganizar-se, adaptando a sua atividade à nova realidade (Pereira, Silva & Pereira, 2020). Nesse sentido, foram emanadas várias Orientações Técnicas, tais como: Abordagem do doente com suspeita ou infeção por SARSCoV-2 (nº 3/2020), Atuação perante PCR em doente com suspeita ou infeção por SARS-CoV2 (nº 6/2020), COVID-19 – Equipamento de Proteção Individual (EPI) (nº 9/2020), Limpeza e desinfecção de Veículos e Equipamentos no âmbito do COVID-19 (nº 10/2020), Oxigenoterapia e Suporte Respiratório e SAV em pandemia COVID-19 (nº 11/2020). Assim, em cada ocorrência, para além do Manual de Prevenção de IACS do INEM, eram sempre tidas em conta estas novas normas, que implicavam, por exemplo: usar de forma racional os EPI preconizados, colocar sempre máscara cirúrgica no doente, proceder à correta limpeza e desinfecção de equipamentos e zelar pela manutenção da célula sanitária da ambulância. Foi possível supervisionar a eficácia dos processos de limpeza e desinfecção efetuada pelos TEPH, uma vez que esta é igualmente uma competência comum do enfermeiro especialista, na qual “supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade” (Regulamento nº 140 da OE, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4748).

PARTE II – PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A prestação de cuidados nas organizações de saúde decorre em ambientes altamente complexos e diversificados, estando em causa a pessoa, a sua saúde e a sua vida. Assim, importa dar resposta às crescentes exigências capacitando as unidades de saúde e os seus profissionais para uma boa execução das ações programadas e monitorização dos resultados da gestão dos riscos associados aos cuidados de saúde, conforme o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, nomeadamente com a prevenção da ocorrência de UP (Despacho n.º 9390 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 24 de setembro de 2021).

Definição, classificação e fatores de risco de UP

A National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (NPUAP/EPUAP/PPPIA) (2014), definem UP como sendo um dano na pele e/ou nos tecidos subjacentes normalmente sobre uma proeminência óssea por resultado de pressão ou combinação de pressão e forças de torção/tração. UP é um foco existente na CIPE® definido como “úlceras com as características específicas: dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada” (ICN, 2019).

A UP tem impacto significativo na recuperação do doente internado em unidade de saúde e interfere com a sua qualidade de vida. É uma das principais complicações dos doentes graves, apesar dos avanços tecnológicos na área da saúde (Mattia, Rocha & Barbosa, 2010). A nível mundial, a prevalência estimada deste problema em hospitais é de 3% a 15%, sendo que em doentes crónicos é de 15% a 25% (EPUAP/NPUAP, 2016).

A DGS, na orientação nº 017/2011, refere que “as úlceras de pressão são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados (...) estima-se que cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco” (DGS, 2011b, p.2). Ainda no mesmo documento é referido que “o registo e a caracterização das úlceras de pressão são fundamentais para a monitorização adequada dos cuidados prestados aos doentes, uma vez que permitem estabelecer corretamente medidas de tratamento e melhorias nos cuidados aos doentes.” (DGS, 2011b, p.2).

Apesar das UP serem um problema de saúde frequente, ainda existem poucos dados em Portugal sobre a sua dimensão e evolução. Os dados epidemiológicos portugueses são relativos aos cuidados hospitalares, onde a prevalência média de UP é de cerca de 11,5%, sendo que nos serviços de Medicina, a prevalência média sobe para 17,5% (Ferreira, Miguéns & Gouveia, 2007). Na instituição em causa é possível constatar que em 2021 a incidência de UP no serviço em causa foi de 8,37% e no primeiro trimestre de 2019 foi de 4,78% na instituição (Ministério da Saúde, 2022).

Atualmente as UP são classificadas em quatro categorias: Categoria I – eritema não branqueável, Categoria II – perda parcial da espessura da pele, Categoria III – perda total da espessura da pele, Categoria IV – perda total da espessura dos tecidos. Para além destas categorias são ainda descritos mais dois tipos de UP: as não Graduáveis/Inclassificáveis – a sua profundidade é indeterminada pois os tecidos desvitalizados ou necróticos não permite perceber qual a sua profundidade nem o nível de atingimento de estruturas, e as de Suspeita de Lesão dos Tecidos Profundos – têm uma profundidade indeterminada e surgem como uma área vermelha escura ou púrpura localizada na pele intacta ou descolorada ou flitena preenchida com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente, resultantes de pressão e/ou cisalhamento (NPUAP, 2015).

Os fatores de risco para o aparecimento de UP são: perfusão e oxigenação alteradas, nutrição deficiente, humidade da pele aumentada, temperatura corporal aumentada, idade avançada, alteração da perceção sensorial, alterações hematológicas e alterações do estado geral de saúde (NPUAP, 2015). A avaliação do risco de desenvolvimento de UP é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento. O registo e a caracterização das UP são fundamentais para a monitorização adequada dos cuidados prestados às pessoas, uma vez que permitem estabelecer corretamente medidas de tratamento e melhorias nos cuidados.

O risco de desenvolvimento de UP deve ser realizado em todos os contextos assistenciais nas primeiras seis horas após a admissão da pessoa e deve ser reavaliado de 48 em 48 horas nos internamentos hospitalares e sempre que haja alguma intercorrência. O instrumento validado em Portugal para a avaliação do risco no adulto é a Escala de Braden. A Escala de Braden é constituída por seis dimensões: a perceção sensorial, humidade da pele, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento. O valor atribuído a cada dimensão

varia entre 1 e 4 nas cinco primeiras dimensões e de 1 a 3 na sexta. O valor obtido através do somatório dos valores atribuídos a cada dimensão varia entre 6 e 23 (sendo que 6 representa o maior risco de UP e 23 o menor) (DGS, 2011b). Através da aplicação da Escala de Braden, os doentes deverão ser classificados como tendo alto risco de desenvolvimento de UP se o valor final for igual ou inferior a 16 e baixo risco de desenvolvimento de UP se o valor final for superior ou igual a 17. Cada uma das dimensões deva ser analisada individualmente, a fim de se implementarem intervenções preventivas para cada uma, tendo sempre em conta o juízo clínico do profissional (DGS, 2011b).

Úlceras por Pressão Associadas a Dispositivos Médicos (UPADM)

Os profissionais de saúde devem atender que os adultos portadores de dispositivos médicos (DM) encontram-se sempre em risco de desenvolver UP (NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014, p. 35). Um DM é “qualquer instrumento (...) destinado a ser usado no corpo humano (...) para fins de diagnóstico, prevenção, monitorização, tratamento ou atenuação de uma doença.” (INFARMED, 2008, p.1). Tal como as proeminências ósseas, os DM também exercem pressão no tecido cutâneo e, assim, diminuem a oxigenação tecidual, podendo provocar UP. De salientar que os doentes com DM têm 2,4 vezes maior probabilidades de desenvolver UP (Black, Cuddigan & Walko, 2010).

As UPADM são lesões localizadas na pele ou tecido subjacente, que resultam da pressão de um DM e, normalmente, apresentam a forma do dispositivo (Black, Cuddigan & Walko, 2010). Estas não são uma categoria diferente de UP, pelo que devem ser classificadas da mesma forma, nas categorias acima referidas (Murray, Noonan & Quigley, 2013). A diferença é que resultam de pressão não aliviada em qualquer área corporal e não só nas proeminências ósseas, uma vez que os DM podem ser colocados em qualquer área do corpo. Os DM são normalmente feitos de material de plástico, silicone ou borracha rígida que pode provocar e exercer pressão sobre os tecidos moles e, assim, causar UPADM. Para além disto, existem diversos motivos para que surjam este tipo de UP, tais como: rigidez dos materiais, dificuldade no ajuste do DM, prolongado período ininterrupto de utilização, alterações do microclima, fixação com força excessiva, errado posicionamento e fixação, tamanho inapropriado, barreiras de inspeção cutânea, diminuição de atenção para o risco de edema, falta de atenção para a remoção/reposicionamento e limpeza de pele, e a falta de *guidelines* e práticas uniformizadas (Baharestani, 2013).

As UPADM estão descritas há mais de 40 anos e a sua incidência tende a aumentar, apesar da incidência das UP tender a decrescer. Na maioria das situações, as UPADM não são reportadas ou são reportadas de forma indevida (Baharestani, 2013). De acordo com estudos publicados na literatura, não existe evidência de remoção/alívio do dispositivo ou inspeção da pele em 63% dos casos de UPADM (Apold & Rydrych, 2012). Num estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA), 1/3 das UP mais graves foram UPADM, sendo que 70,3% destas se encontravam na face/cabeça/pescoço e 74% não foram identificadas numa fase inicial, levando ao seu agravamento e atraso no processo de cicatrização (Apold & Rydrych, 2012). Noutro estudo, que incluiu 2079 doentes hospitalizados no Estado Norte-Americano do Nebraska, 113 doentes desenvolveram UP, das quais 39 (34,5%) eram UPADM. Em 2011, num outro estudo, entre as 304 UP identificadas, 142 (46,7%) correspondiam a UPADM e 20 (14,1%) destas tinham sido causadas por dispositivos respiratórios (Baharestani, 2013).

Um estudo realizado em 2010 nos EUA concluiu que os principais fatores de risco para o desenvolvimento de UPADM eram a excessiva pressão do dispositivo, a humidade e o calor entre o dispositivo e a pele, a excessiva firmeza com que os DM eram adaptados e o edema. As UPADM podem surgir em menos de duas horas e são, na maioria das vezes, evitáveis se forem realizadas vigilâncias constantes no local de aplicação do DM (Markowitz, 2012).

A VNI e as UPADM

O serviço onde foi desenvolvido o projeto de investigação-ação é um serviço de internamento da especialidade de Medicina Interna. A Medicina Interna é uma especialidade médica que visa o diagnóstico e o tratamento de doentes adultos com doenças de um sistema ou de um órgão, que exijam intervenção médica diferenciada. As causas mais frequentes de internamento nestes serviços são as doenças respiratórias e as cardíacas e cerebrovasculares (República Portuguesa – Saúde, 2016).

Assim, no serviço em causa, a VNI é uma opção terapêutica frequente, visto que tem indicação para os diversos tipos de insuficiência respiratória (Cabrini, Idone & Monti, 2009). É uma alternativa à VMI que permite a obtenção dos mesmos mecanismos fisiológicos, melhorando as trocas gasosas e diminuindo o esforço respiratório (Mas & Masip, 2014). Através de um ventilador mecânico é aplicada uma pressão positiva nas vias aéreas, através de uma interface que liga o ventilador ao doente (Esquinas, 2006). Existem vários tipos de

interfaces: máscara oronasal (MON), nasal (MN), facial (MF), facial total (MFT), *Helmet* (capacete), almofadas nasais e peça bucal (Nava, Navalesi & Gregoretti, 2009), sendo que na instituição em causa estas três últimas não se encontram disponíveis. É um modo de ventilação seguro e eficaz, mais confortável para o doente em relação à VMI, mas a sua implementação pode acarretar complicações, tal como o desenvolvimento de UP na face (Silva, Timenetsky & Neves, 2013).

Os doentes com necessidade de VNI estão normalmente em situação crítica e, assim, para além de estarem sujeitos aos efeitos da pressão, fricção e humidade existem outros fatores de risco para o desenvolvimento de UP associada à interface da VNI, tais como: instabilidade hemodinâmica, aumento da resposta inflamatória local, necessidade de terapêutica vasoativa (a vasoconstrição leva a uma diminuição da perfusão periférica), risco de desnutrição (a carência de proteínas provoca edema), diminuição do nível de consciência e problemas respiratórios que levam a uma oxigenação deficiente dos tecidos (Raurell-Torredá, Argilaga-Molero & Colomer-Plana, 2017). A utilização da interface da VNI é um fator de risco acrescido para o surgimento de UP em locais menos habituais, como ponte nasal, região nasolabial, região frontal, sobrancelhas e base do septo nasal (Baharestani, 2013), pelo seu contacto direto com a pele, o que provoca o aumento da sua temperatura e humidade, impedindo a circulação do ar e aumentando a suscetibilidade da pele à pressão. Impede ainda uma inspeção detalhada pelo cuidador do local onde o dispositivo está presente. A pele húmida exposta a fricção tem cinco vezes mais probabilidade de desenvolver UP, devendo o profissional de saúde ter em conta a configuração facial, o tamanho correto da máscara em função da face da pessoa, a rápida evolução da UP e a posição do equipamento (Black, Cuddigan & Walko, 2010). As interfaces da VNI são, muitas vezes, fortemente fixadas, de forma a impedir fugas e conseguir uma vedação adequada (Murray, Noonan & Quigley, 2013). No entanto, esta excessiva fixação é sinónimo de má tolerância ao tratamento (Weng, 2008). Para além da interface, as tiras adesivas utilizadas para a sua fixação podem também irritar a pele, principalmente se houver edema no local, o que leva a maior risco de UPADM (Black, Cuddigan & Walko, 2010).

Dado que os doentes assumem que os DM são utilizados como parte integral do seu tratamento e não como algo nefasto (Young, 2018), é importante criar estratégias e procedimentos para prevenir UPADM. Estas podem ser prevenidas se os profissionais de

saúde estiverem informados e instruídos a aplicar as diretrizes para o efeito (Carron et al., 2013). São várias as intervenções propostas na literatura para a prevenção de UP associadas à interface da VNI, conforme se apresenta no Quadro 1.

Quadro 1: Recomendações para a prevenção de UP associadas à interface da VNI.

Autores (ano)	Recomendações para prevenção de UP associadas à interface da VNI
Ahmad, Venus & Kisku (2012).	Manter uma selagem adequada da interface e usar apósitos de proteção entre a superfície de apoio.
Ahmad, Venus & Kisku (2012).	Monitorizar o nariz, orelhas e queixo.
Ahmad, Venus & Kisku (2012).	Aliviar a máscara a cada 2 horas pois é o tempo suficiente para causar isquemia.
Ahmad, Venus & Kisku (2012); Markowitz, Spurgeon & Rupp (2012); EPUAP / NPUAP (2014).	Aumentar a vigilância da pele no local de aplicação da interface.
Alqahtani & Al Ahmari (2018).	Escolher o tamanho adequado da máscara, de modo que fique firme, não ficando em cima do lábio superior (MN) nem junto aos olhos (MON).
Baharestani (2013).	Incorporação de políticas e medidas de prevenção.
Baharestani (2013); Murray, Noonan & Quigley (2013).	Formação da equipa.
Bambi, Peris & Esquinas (2016).	A avaliação da pele deve ser realizada a cada 2 a 4 horas.
De Silva (2009); Munckton, Ho & Das-Gupta (2007) Nava, Navalesi & Gregoretti (2009); Chacur, Felipe & Fernandes (2011); Ahmad, Venus & Kisku (2012).	Aplicar por rotina apósitos hidrocolóides na pirâmide nasal e outros pensos de proteção (poliuretano) nas áreas da face expostas a pressão.
De Silva (2009); Belchior, Gonçalves & Winck (2012)	Promover a rotatividade de interfaces alternando os pontos de pressão e fricção na face.
Dyer (2015).	Inspeccionar a pele em contato com os dispositivos pelo menos duas vezes por dia.
EPUAP (2014).	Usar emolientes para evitar a pele seca, protegendo-a e hidratando-a.
EPUAP/NPUAP (2014).	Utilizar regularmente revestimentos protetores da pele (hidrocolóides, almofadas de espumas, película transparente, silicone e gel), desde o início da terapia ou quando se desenvolver qualquer rubor cutâneo.
EPUAP/NPUAP (2014); Otero, Domínguez & Fernández (2017).	Aplicação de ácidos gordos hiperoxigenados.
Massie & Hart (2003); Nava, Navalesi & Gregoretti (2009).	Usar almofadas nasais em interfaces nasais e faciais, por diminuírem a fricção e pressão exercida sobre a pele.
Massie & Hart (2003); Nava, Navalesi & Gregoretti (2009); Belchior, Gonçalves & Winck (2012).	Escolher um modelo de interface adequado, fazendo uma avaliação cuidadosa do utente, do modo ventilatório e da situação clínica.
Menoita, Gonseca & Gaspar (2015).	Manter a normotermia (com o aumento da temperatura há aumento do metabolismo e exigência de oxigénio, ocorrendo desvitalização do tecido).
Munckton, Ho & Das-Gupta (2007); Belchior, Gonçalves & Winck (2012).	Evitar o aperto excessivo da interface.
Nava, Navalesi & Gregoretti (2009);	Evitar o aperto excessivo da interface, permitindo a passagem de dois dedos debaixo do arnês.
Nava, Navalesi & Gregoretti (2009);	Preferir a MN em doentes sujeitos a VNI por longos períodos.
Nava, Navalesi & Gregoretti (2009); Alqahtani & Al Ahmari (2018).	Preferir a MFT pois faz uma selagem da face, não existindo pressão em locais que outras máscaras proporcionam, podendo ser usado em utentes com UP provocadas outras máscaras.
Patroniti, Foti & Manfio (2003).	Preferir o <i>Helmet</i> pois mantém uma boa selagem da interface sem comprimir a face ou a cabeça.
Schallom, Cracchiolo & Falker (2015).	Avaliação da pele nas áreas que contactam diretamente com a interface, pelo menos uma vez por turno.
Schallom, Cracchiolo & Falker (2015).	Avaliar a pele sob a interface a cada 6 horas e sempre que esta é removida.
Sivamani (2003); NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014).	Manter a pele limpa e seca sob a interface da VNI, utilizando um produto de limpeza com pH adequado.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A metodologia adotada define o caminho e a prática a seguir pelo investigador na abordagem da realidade, mostrando a intencionalidade do mesmo sobre um determinado fenómeno (Minayo, 2008).

As metodologias servem os propósitos da investigação, sendo que não há métodos melhores que outros, mas métodos mais adequados a cada tipo de investigação. Sendo que “a investigação é uma estratégia ou um processo racional visando a aquisição de conhecimentos” (Fortin, Côte & Fillion, 2009, p.4), a metodologia deve adequar-se à natureza do objeto de estudo.

A metodologia consiste no estudo, descrição e avaliação de métodos e técnicas de investigação que servem para obter e processar informação, tendo em vista a resolução de problemas e/ou questões de investigação. O objetivo final é produzir novo conhecimento, que possa ser validado pela ciência e ter utilidade para a sociedade (Prodanov & Freitas, 2013).

2.1 TIPO DE ESTUDO

Foi desenhado um projeto de melhoria contínua da qualidade, através de um estudo de investigação-ação. Entre as várias abordagens metodológicas que podem ser utilizadas para a realização de investigação em enfermagem, a investigação-ação destaca-se por objetivar a transformação de uma realidade através de uma ação planeada, inserindo o investigador no campo de colheita de dados. Ocorre uma interação entre o investigador e o participante, para além da colaboração dos participantes como agentes transformadores da sua realidade, capazes de modificarem as suas práticas através da sua aprendizagem (Silva, Morais & Figueiredo, 2010).

Este estudo teve como objetivos:

- Identificar uma necessidade de intervenção melhoria dos cuidados de enfermagem;
- Elaborar uma IT para “Prevenção de Úlceras por Pressão relacionadas com a interface da VNI”;
- Implementar essa IT;
- Avaliar a eficácia da implementação da IT;

- Comparar o número de UP associadas à interface da VNI antes e após a implementação da IT;
- Avaliar a opinião dos enfermeiros sobre a IT relativamente à utilidade, adequabilidade e contribuição para a prevenção de UP relacionadas com a interface da VNI.

Para concretização destes objetivos o estudo realizado contemplou cinco fases (Figura 1):

- identificação do problema em conjunto com a equipa de enfermagem do serviço, através da técnica de *brainstorming* e reforçada por um estudo de diagnóstico inicial com a aplicação de um Formulário (APÊNDICE I);
- definição de estratégias para resolução do problema através da pesquisa bibliográfica, culminando na elaboração da uma IT “Prevenção de Úlceras por Pressão associadas à Interface da VNI” (APÊNDICE II), com base na melhor evidência científica disponível e recurso a um grupo de trabalho constituído por três enfermeiros, todos eles especialistas e com vínculo à Comissão da Qualidade e Segurança da instituição;
- implementação da IT desenvolvida. Esta foi partilhada por correio eletrónico institucional com os enfermeiros do serviço, pelo enfermeiro gestor, tendo sido disponibilizado tempo para esclarecimento de dúvidas acerca da mesma, quer via eletrónica, quer via presencial, através de momentos informais de formação desenvolvidos pela investigadora principal;
- nova aplicação do formulário, de modo a perceber a existência de diferenças de resultados;
- avaliação da IT no que diz respeito à utilidade, adequação e contribuição na prevenção de UP associadas à interface da VNI, através da aplicação de um Questionário eletrónico (APÊNDICE III).

	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto
Fase 1						
Fase 2						
Fase 3						
Fase 4						
Fase 5						

Figura 1: Cronograma das fases do estudo de investigação.

2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Em contexto de investigação, população significa o conjunto de elementos que se pretende estudar (Fortin, 2000), sendo definida por determinados critérios de inclusão identificados pelo investigador, que delimitam a amostra e a tornam num grupo homogéneo (Fortin, Côte & Fillion, 2009). Assim, a população deste estudo compreendeu todos os enfermeiros de um serviço de Medicina Interna, uma vez que todos vivenciam a problemática em causa, num total de 45 enfermeiros.

A amostra é uma parte da população, sobre a qual vai incidir o estudo e representa a população, estando presentes em todos os elementos características da população (Fortin, Côte & Fillion, 2009).

Na primeira parte do estudo foram incluídos todos os doentes internados no serviço em causa e que tivessem sido sujeitos a VNI nos períodos de tempo estipulados, através de análise documental do processo clínico no aplicativo informático SClínico®. Foram incluídos 26 doentes na primeira fase (antes da implementação da IT) e 26 doentes na quarta fase (após a implementação da IT).

Na segunda parte foram incluídos todos os enfermeiros do serviço em causa, que prestassem cuidados a doentes sujeitos a VNI com o uso de uma interface e que aceitassem participar no estudo, concordando com o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (APÊNDICE IV) e preenchessem o Questionário. A amostra foi constituída por 43 enfermeiros, que reuniram todas as condições anteriores.

2.3 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados é um procedimento lógico da investigação empírica, que consiste em selecionar técnicas de recolha e tratamento da informação adequadas, ponderando a sua utilização para fins específicos, visto que os dados são o resultado final dos processos de observação e experimentação (Alves, 2017).

Os dados de um estudo podem ser obtidos por diversas fontes como a entrevista, observação direta, formulário e questionário, sendo que a qualidade dos resultados depende diretamente do cuidado na colheita dos dados (Gil, 2002).

Foi utilizado como instrumento de colheita de dados um Formulário, aplicado em dois momentos temporais diferentes, cada um com a duração de dois meses: antes da implementação da IT (1ª fase), como forma de diagnóstico inicial, e após a implementação

da mesma (4ª fase), de forma a permitir identificar diferenças de resultados. Foi construído com três grupos de questões de verificação sobre: fatores de risco para desenvolvimento de UP; caracterização da VNI; o surgimento ou não de UP na face do doente associadas a essa técnica e a respetiva categoria, caso existisse.

Este Formulário foi preenchido por um enfermeiro do serviço responsável pela análise documental dos dados do processo clínico dos doentes, que tinham sido sujeitos a VNI durante o período de tempo estipulado.

Neste trabalho foi também aplicado um Questionário eletrónico para colheita de dados (5ª fase), que é definido como um instrumento composto por um conjunto de questões, que são respondidas pelos participantes e constitui o meio mais rápido e barato de obtenção de informações, não exigindo treino de pessoal e garantindo o anonimato (Gil, 2002). Este instrumento foi construído com dois grupos de questões. O primeiro grupo era composto por questões para caracterização sociodemográfica e profissional da equipa de enfermagem do serviço. O segundo grupo era composto por questões que visavam avaliar a utilidade, a adequação e a contribuição da IT para a prevenção de UP associadas à interface da VNI.

Este Questionário foi elaborado via *Google Forms*® e enviado por correio eletrónico institucional, no qual constava um *link* para o seu acesso, onde cada enfermeiro respondia às questões após aceitar fazê-lo livremente e com conhecimento do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido.

2.4 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Na investigação em enfermagem aplicam-se os princípios universais da ética que deverão ser respeitados e orientarão todos os momentos da investigação: Autonomia, Beneficência, Não Maleficência e Justiça. O investigador deve ter uma consciência ética formada, refletindo sobre os atos que pode ou não praticar, pois são eles que vão ditar os limites da ação, e deve pedir a apreciação do seu projeto de investigação a uma Comissão de Ética (Martins, 2008).

Assim, todo este processo foi analisado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar, após envio de todos os documentos solicitados, que deu parecer favorável à realização do estudo – Referência da Comissão de Ética - 16/22 (APÊNDICE V), sendo posteriormente também aprovado pelo Conselho de Administração – Referência do Conselho de Investigação 31/2022 (APÊNDICE VI).

Foi também disponibilizado o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação, aos enfermeiros da amostra. Esse documento disponibilizou diversas informações aos participantes, nomeadamente a identificação do estudo, a justificação do mesmo, os objetivos, os métodos/procedimentos utilizados, a duração previsível da sua realização e as informações sobre os seus riscos/benefícios/desconforto. Para além disso, este documento informava os participantes de que a sua participação seria voluntária e que poderiam decidir não participar e desistir em qualquer fase do trabalho, não sendo penalizados por isso, garantindo a autodeterminação. Foi garantida a confidencialidade dos dados, assim como, disponibilizada informação sobre o tratamento dos mesmos. Foram também garantidos o anonimato e a confidencialidade dos participantes, ao não serem retidos quaisquer dados da sua identificação.

Relativamente ao consentimento dos doentes para o preenchimento dos formulários, tratando-se de análise de registos informáticos, ou seja, com a participação indireta de seres humanos, é dispensável a assinatura de qualquer termo de consentimento informado, livre e esclarecido.

2.5 TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados obtidos foram submetidos a tratamento estatístico, com recurso ao *Statistical Program for Social Sciences*® (SPSS®) versão 28.0.

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

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Reconhecendo que existem fatores de risco para o desenvolvimento de UP, foram estudados os dados socio-clínicos e as características da técnica de VNI que constam, na literatura científica, como os mais frequentemente associados a este problema.

Comparando os resultados obtidos no Formulário da 1ª fase (antes da implementação da IT) e no Formulário da 4ª fase (após implementação da IT), (Tabela 1), é possível verificar que os fatores de risco para o desenvolvimento de UP associadas à interface da VNI (idade, antecedentes de Diabetes *Mellitus*, Alterações Hematológicas, Presença de Risco Nutricional avaliado pelo *Nutricional Risk Screening 2002*, Presença de UP prévia, resultado da avaliação da Escala de Braden, características da própria técnica – modelo da interface, modalidade da terapia e número de dias de terapia) não diferiram significativamente entre as duas avaliações, com exceção do género (na 2ª fase existiram mais homens do que mulheres).

Isto indica que os fatores de risco presentes na amostra da 1ª fase são similares aos encontrados na amostra da 4ª fase.

Tabela 1: Caracterização socio-clínica dos doentes com VNI e da técnica de VNI.

Variáveis		1ª Fase (2 meses)	4ª Fase (2 meses)
Idade n (%)	Mais de 65 anos	26 (100)	22 (84,6)
	Menos de 65 anos	0 (0)	4 (15,4)
Género n (%)	Feminino	14 (53,8)	9 (34,6)
	Masculino	12 (46,2)	17 (65,4)
Antecedente de Diabetes <i>Mellitus</i> n (%)	Sim	12 (46,2)	13 (50)
	Não	14 (53,8)	13 (50)
Antecedentes de Alterações Hematológica n (%)	Sim	9 (34,6)	7 (26,9)
	Não	17 (64,5)	19 (73,1)
Presença de Risco Nutricional n (%)	Sim	11 (42,3)	8 (30,8)
	Não	15 (57,7)	18 (69,2)
Presença de UP prévia n (%)	Sim	1 (3,8)	2 (7,7)
	Não	25 (96,2)	24 (92,3)
Avaliação da Escala de Braden n (%)	Alto Risco	15 (57,7)	10 (38,5)
	Baixo Risco	11 (42,3)	16 (61,5)
Modelo da Interface n (%)	Oronasal	26 (100)	25 (96,2)
	Facial Total	0 (0)	1 (3,8)
Modalidade da Terapia n (%)	Contínua	5 (19,2)	4 (15,4)
	Intermitente	3 (11,5)	1 (3,8)
	Só noturna	8 (30,8)	14 (53,8)
	Contínua + Intermitente	2 (7,7)	1 (3,8)
	Intermitente + Noturna	1 (3,8)	1 (3,8)
	Contínua + Noturna	4 (15,4)	0 (0)
	Todas	3 (11,5)	5 (19)
Dias de terapia	M	8,42	8,50
	S	5,00	6,48
	Amplitude (max - min)	17 (19-2)	25 (27-2)
	Md	7,5	7

Legenda: M - média; s - desvio padrão; Md - mediana; n - frequência absoluta; % - frequência relativa.

Na Tabela 2 são apresentados os resultados obtidos relativamente ao surgimento de UP associadas à interface da VNI e respetiva categoria, antes (1ª fase) e após (4ª fase) a implementação da IT.

Estes resultados permitiram validar a problemática das UP associadas à interface da VNI no serviço, tendo-se verificado que 69,2% dos doentes com necessidade de VNI desenvolveram UP associada à interface, no primeiro período estudado. São vários os valores encontrados na literatura, relativos à taxa de incidência de UP associadas à interface da VNI, tanto a nível nacional como internacional, mas todos inferiores ao valor encontrado: 14,6% (Quitério, Cordeiro & Pereira, 2020), 5-30% (Bahammam, Singh & Esquinas, 2018), 5-20% (Diez et al., 2015), 2-50% (Mas & Massip, 2014) e 5-50% (Carron et al., 2013).

Este valor foi menor no período de avaliação posterior à implementação da IT (15,3%), que previa várias intervenções a serem executadas nestes doentes, de forma a prevenir o aparecimento de UP. Assim, quando comparamos os resultados obtidos antes e depois da implementação da IT, é possível verificar uma diminuição da incidência de UP na face dos doentes com VNI, independentemente da sua categoria. A não observação de aparecimento de UP nos doentes com VNI passou de 26,9% para 84,6%. Estes resultados podem ser explicados pela implementação da IT, que contempla aspetos relevantes para a prevenção de UP nestes doentes.

Para além da existência de boas práticas de gestão, o nível de conhecimentos dos profissionais é fundamental para a prevenção destas lesões (Biosca, Guillén & Saperas, 2010), assim como, formações e documentos normativos, baseados na evidência e utilização de um sistema de registos adequado (Sullivan & Schoelles, 2013),

Tabela 2: Presença de UP na face dos doentes com VNI e categorização das mesmas.

Variável		1ª Fase (2 meses)	4ª Fase (2 meses)
Presença de UP na face n (%)	Categoria I	7 (26,9)	3 (11,5)
	Categoria II	9 (34,6)	1 (3,8)
	Categoria III	2 (7,7)	0 (0)
	Ausência	7 (26,9)	22 (84,6)

Legenda: n – frequência absoluta; % – frequência relativa.

Avaliação da Instrução de Trabalho

Para a avaliação da IT responderam ao questionário 43 enfermeiros.

Destes, 42 (97,7%) eram do género feminino e 1 (2,3%) do género masculino (Gráfico 1), o que vai de encontro aos dados estatísticos de 2021, que referiam que em Portugal existem 80 379 enfermeiros, sendo a maioria do género feminino (66 209) existindo registados apenas 14 170 do género masculino (OE, 2021).

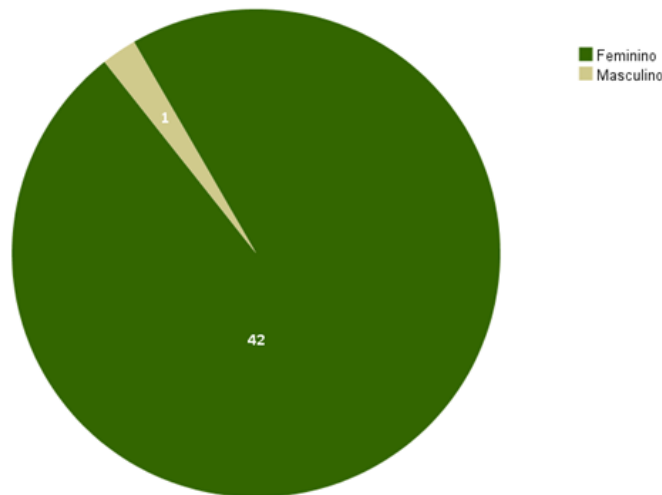


Gráfico 1: Frequência da amostra por género.

Relativamente à idade, obteve-se uma média de $34,12 \pm 7,17$ anos (mínimo: 25 anos; máximo: 53 anos). No Gráfico 2 ilustra-se a distribuição dos enfermeiros por intervalos de idades. Com base nestes resultados, verifica-se que a maioria dos enfermeiros ($n=15$; 34,9%) tem idade compreendida entre os 21 e os 30 anos. Este resultado não está em linha com os dados nacionais, uma vez que a maioria dos enfermeiros ($n=14803$) tem idade compreendida entre os 36 e os 40 anos (OE, 2001).

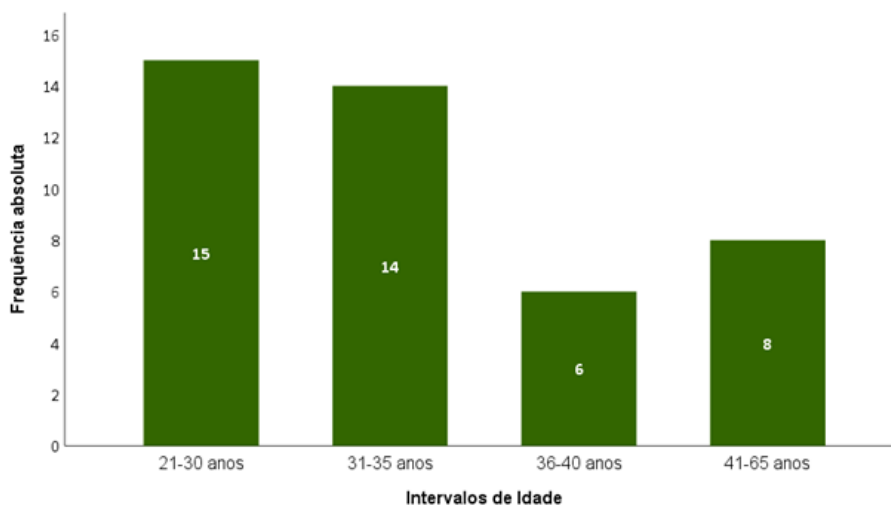


Gráfico 2: Frequência da amostra por idade.

Em relação às habilitações académicas, 40 (93%) enfermeiros tinham licenciatura e 3 (7%) tinham mestrado (Gráfico 3), o que está de acordo com a realidade nacional (OE, 2021), de uma maioria de enfermeiros licenciados.

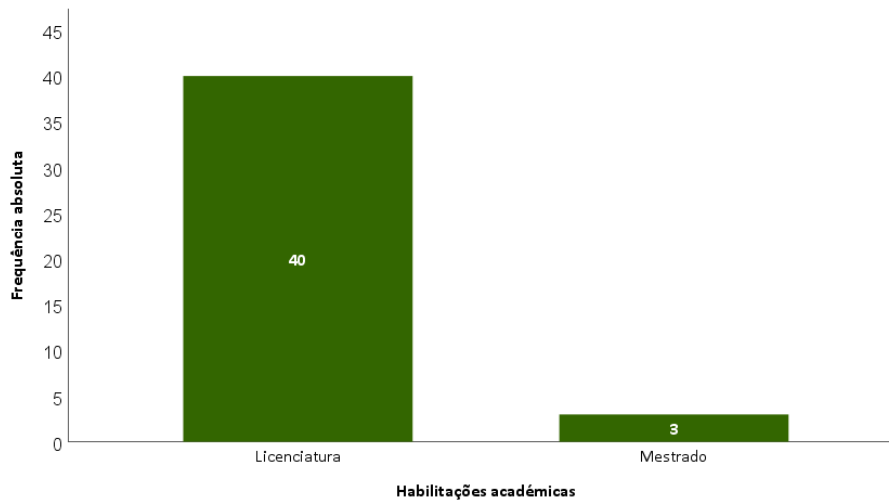


Gráfico 3: Frequência das habilitações académicas dos enfermeiros.

A maioria dos enfermeiros do serviço (n=24; 55,8%) tem formação em Prevenção de UP (Gráfico 4). Este resultado pode evidenciar que os profissionais consideram a temática importante e, dessa forma, procuraram formação para melhorar o nível dos seus conhecimentos. Para compreender o papel da equipa de enfermagem na prevenção de UP é necessário, para além de se considerarem as características específicas que envolvem estes doentes, compreender as competências profissionais, principalmente no que se refere ao conhecimento científico para o planeamento dos cuidados específicos para esta situação (Alvez, Belaz & Rodrigues, 2008). Apesar do desenvolvimento de UP não depender apenas dos cuidados de enfermagem, estes continuam a ter grandes responsabilidades na ocorrência de lesão, havendo necessidade de conhecimentos específicos para a identificação do problema, tomada de decisão e aplicação de práticas atualizadas e fundamentadas cientificamente (Rabeh & Caliri, 2002). O conhecimento acerca dos fatores de risco para o desenvolvimento de UP em doentes hospitalizados é um aspeto fundamental na avaliação de qualquer doente que se encontre internado num hospital, para posterior realização de medidas preventivas. Perante esses fatores de risco e da necessidade de conhecimento científico, é necessário que o enfermeiro procure continuamente informações atualizadas para a prevenção de UP (Alvez, Belaz & Rodrigues, 2008).

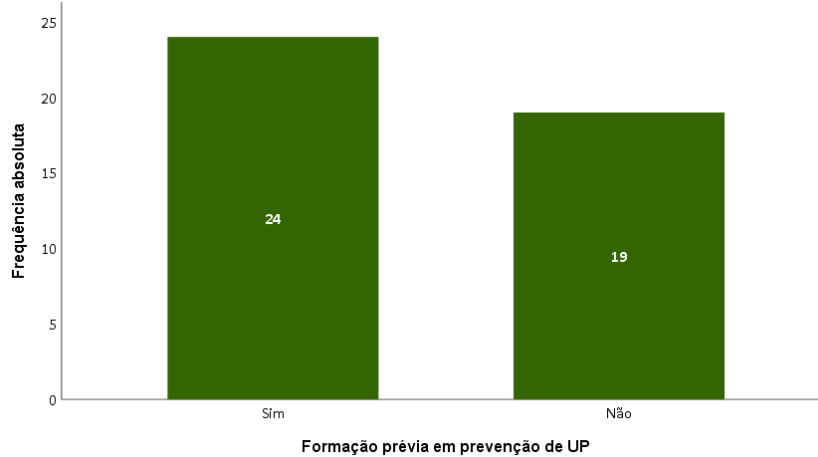


Gráfico 4: Frequência de formação prévia em prevenção de UP.

No Gráfico 5 está ilustrado o tempo de experiência profissional no serviço em questão, sendo que a média é de $6,65 \pm 7,20$ anos, tendo o menos experiente 1 ano de experiência e o mais experiente 31 anos.

Para enfrentar e tomar decisões no trabalho desenvolvido a nível hospitalar, importa que os profissionais tenham suficiente experiência clínica e maturidade. O enfermeiro só se torna competente quando tem consciência dos seus atos e consegue analisá-los de forma crítica e reflexiva, planeando e priorizando as suas intervenções adequadamente, sendo a competência adquirida, após dois a três anos de prática na mesma área de enfermagem (Benner, 2005).

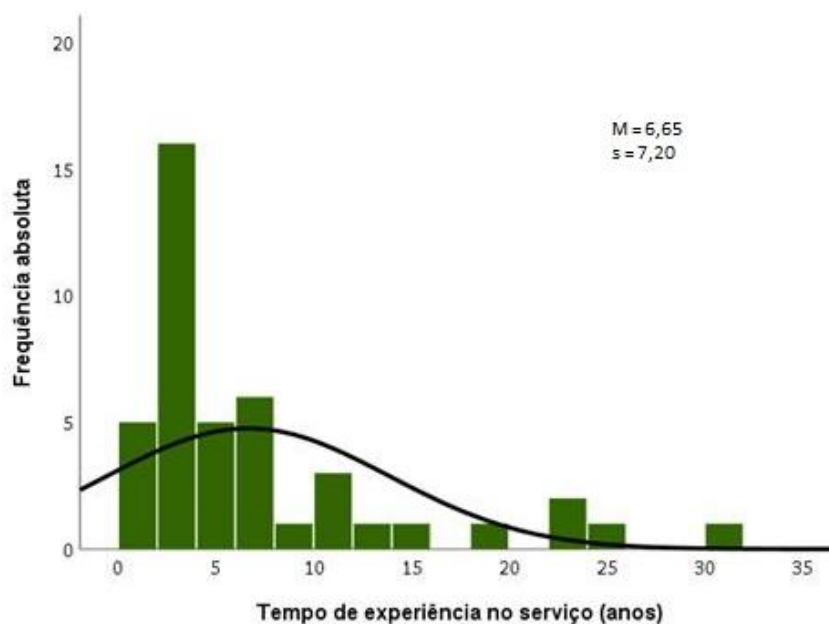


Gráfico 5: Frequência da amostra por tempo de experiência no serviço.

Quando analisados os resultados relativos à avaliação da IT, percebemos que 100% dos enfermeiros considerou a sua existência: i) importante, ii) adequada à prestação de cuidados, e iii) útil para a prevenção de UP associadas à interface da VNI. Nenhum enfermeiro teve dificuldades em implementar a IT (Tabela 3).

Considera-se relevante que os enfermeiros de instituições hospitalares implementem protocolos de avaliação de risco para UP e atuação terapêutica, visando contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos doentes hospitalizados, para além da otimização dos cuidados de enfermagem (Alvez, Belaz & Rodrigues, 2008).

A implementação de sistemas de qualidade deve emergir de uma referência teórico-prática e desenvolvimento das qualidades técnicas e humanas, para as relacionar com as reais necessidades, expectativas e projetos. Assim, é fundamental a participação dos profissionais de enfermagem para o processo de humanização na implementação de projetos de melhoria da qualidade. A base para a otimização de qualquer programa da qualidade emerge, essencialmente, de uma política institucional demarcada por oportunidades de participação de todos, em iguais condições de direitos e deveres. O envolvimento dos enfermeiros nesses projetos/programas tende a possibilitar a construção de uma realidade geradora de progresso pessoal, profissional e institucional. Neste sentido, vale a pena enfatizar a importância da sua participação na formulação das diretrizes, estratégias e ações implementadas para a melhoria da qualidade em saúde. Para o processo de construção de implementação de projetos de qualidade nos cenários de saúde, é imprescindível o desenvolvimento das qualidades técnicas e humanas, implícitas e explícitas das pessoas que agem, interagem e reagem no contexto institucional (Rêgo & Porto, 2005).

Tabela 3: Opinião dos Enfermeiros sobre a Instrução de Trabalho.

Variável	Sim	Não
Considera útil a existência desta Instrução de Trabalho? n (%)	43 (100)	0 (0)
Considera adequada esta Instrução de Trabalho à sua prestação de cuidados? n (%)	43 (100)	0 (0)
Considera que esta Instrução de Trabalho contribui para a prevenção das Úlceras por Pressão associadas à Interface da VNI? n (%)	43 (100)	0 (0)
Teve dificuldades na sua implementação n (%)	0 (0)	43 (0)

Legenda: n – frequência absoluta; % - frequência relativa.

4. CONCLUSÃO DO ESTUDO

Os objetivos delineados para este trabalho foram alcançados.

Foi identificado como problema prioritário de intervenção num serviço de Medicina Interna, a necessidade de contribuir para a redução de UP em doentes com necessidades de VNI. Para isso foi elaborada e implementada uma IT intitulada “Prevenção de Úlceras por Pressão relacionadas com a interface da VNI”, de modo a prevenir as UP associadas a essa técnica. Essa IT foi avaliada como adequada à prestação de cuidados e útil na prevenção daquelas lesões, pela totalidade dos enfermeiros.

Foi possível verificar uma diminuição de 69,2% para 15,3% na incidência de UP na face dos doentes com VNI, após a implementação da IT, independentemente da categoria da UP, no mesmo intervalo de tempo (2 meses de seguimento), em dois grupos com características muito similares.

Os 43 enfermeiros do serviço (excluindo o enfermeiro gestor e o investigador) exerciam lá funções em média há 6,65 anos e mais de metade da equipa (n=24), tinha formação prévia em prevenção de UP, o que provavelmente facilitou a implementação da IT e a obtenção de resultados positivos.

Relativamente às UP associadas à interface da VNI, sabendo a importância fulcral da prevenção, compete ao enfermeiro prestador de cuidados desenvolver uma série de intervenções nesse sentido, promovendo o conforto da pessoa, diminuindo os custos e os dias de internamento, de forma a otimizar os cuidados de enfermagem e para que o prognóstico seja melhorado. O desenvolvimento deste estudo de investigação permitiu demonstrar a importância da existência de instrumentos normativos na prevenção de riscos, nomeadamente de UP associadas à interface da VNI.

Importa agora implementá-la a nível institucional, após aprovação pela Comissão da Qualidade e Segurança do Doente. Importa ainda fazer os ajustes necessários no aplicativo informático SClínico®, de modo a otimizar os registos, evidenciando as intervenções de enfermagem realizadas no sentido de prevenir estas UP e realizando o seu correto registo caso ocorram, permitindo a extração de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem levando à normalização e sistematização da informação.

Dado o tempo limitado que existiu para desenvolver e implementar o estudo e o período em que este foi realizado, durante uma pandemia mundial, em que a equipa se encontrava

exausta e insatisfeita com as condições de trabalho, pelas mudanças constantes que esta realidade impôs, parece pertinente o desenvolvimento de outros estudos no sentido de compreender melhor o problema, a fim de definir as melhores estratégias e práticas para a otimização dos cuidados de enfermagem na prevenção e redução do problema identificado. Uma vez que a avaliação da Escala de Braden não contempla o risco de UPADM, seria pertinente avaliar a fiabilidade dessa escala na avaliação dessas UP. Também seria importante avaliar o nível de dependência dos doentes, com recurso ao Índice de *Barthel*, assim como, a consciência com a Escala de Coma de *Glasgow*, dada a sua relação descrita na literatura com as UP em causa.

Não foi possível perceber qual / quais as intervenções previstas na IT que foram postas em prática em cada situação, pelo que não se compreende a real eficácia de cada uma delas. Também não foi possível avaliar qual o dia em que surgiu a UP, nos casos em que estas se desenvolveram, nem sob que modalidade da terapia. Estas limitações podem ser colmatadas com um método de colheita de dados que envolva não só a informação no processo clínico, mas também uma observação direta do doente, com o seu devido consentimento.

A interface utilizada foi sempre a MON, exceto uma vez em que foi usada a MFT, pelo que seria importante realizar a avaliação com outros tipos de interface. Importa também aumentar o tamanho da amostra e alargar futuros estudos a outros serviços, nomeadamente à UCAP pois, nesse serviço, é onde se encontram alocados a maioria dos doentes sujeitos a VNI, assim como, estudar a relação entre o desenvolvimento destas lesões com outras variáveis, tais como políticas de gestão e manutenção dos dispositivos.

CONCLUSÃO

A readaptação ao papel de estudante, passados 12 anos de prática profissional requereu, só por si, uma reflexão diária e um autoconhecimento constantes, decorrendo daí um processo de transição desafiante.

Sendo que os cursos de especialização em enfermagem devem ter como propósito o desenvolvimento profissional do enfermeiro, incrementando o seu conhecimento, competência, raciocínio crítico e tomada de decisão, a realização dos EC em contextos diferenciados como o SUG, o SMI, a ambulância de SIV e a VMER, foi fundamental para a consecução destes pressupostos.

Ao longo dos três EC foi adotada uma postura de procura de situações de aprendizagem, tendo por base a prática profissional e conhecimentos anteriores e integrando os novos conhecimentos adquiridos nas várias unidades curriculares lecionadas durante o curso. Essas aprendizagens foram sempre baseadas numa pesquisa científica contínua e pertinente, para além da consulta dos protocolos e procedimentos específicos dos contextos de EC, o que permitiu a elaboração de pensamentos críticos construtivos perante cada situação e aquisição das competências especializadas, tanto comuns como específicas.

Os cuidados à PSC são exigentes e requereram uma constante adaptação, procura de conhecimento e desenvolvimento de competências pessoais para lidar com o *stress*, o imprevisto e pressão inerentes à prestação de cuidados a estes doentes.

A possibilidade de refletir sobre as experiências vivenciadas, não só com os enfermeiros orientadores, mas também com as equipas de enfermagem e equipas multidisciplinares, facilitou o desenvolvimento de um pensamento crítico fundamentado, pelo que todos foram fundamentais neste processo de aprendizagem.

Os vários anos de orientação de alunos do curso de Licenciatura em Enfermagem deram também um contributo fundamental a todo este processo, tornando-se um fator facilitador na elaboração de relatórios, estudos de caso e processos de enfermagem e no desenvolvimento do pensamento crítico sempre baseado na mais recente evidência científica.

A situação pandémica mundial foi, por vezes, um fator dificultador da aprendizagem, dada a sobrecarga de trabalho laboral a que todos os profissionais de saúde estavam sujeitos e a constante atualização de normas e *guidelines*, por vezes difíceis de implementar em cada

serviço, pelo seu contexto específico. Por outro lado, esta situação permitiu o desenvolvimento da capacidade de adaptação e resiliência, assim como do raciocínio crítico, fundamental para a tomada de decisão.

A realização do estudo de investigação-ação permitiu a aquisição de novos conhecimentos no campo da investigação. Como fator dificultador surgiu a inexperiência em investigação, bem como no desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade. No entanto, aplicou-se o maior rigor metodológico possível neste estudo, através da utilização de métodos cientificamente válidos e adequados ao tipo de delineamento e objetivos do mesmo.

Tendo em conta a percentagem de 100% em todas as questões da segunda parte do Questionário, poderia ter sido interessante, em vez de opções de resposta do tipo dicotómico (Sim/Não), o uso de opções do tipo *Likert* para que os enfermeiros pudessem indicar se estavam mais ou menos de acordo ou em desacordo relativamente às questões de avaliação da IT, escolhendo entre cinco respostas possíveis (Discordo Totalmente, Discordo, Indiferente, Concordo e Concordo Totalmente). O uso de uma escala *Likert* (para medir graus de concordância), bem como de dados obtidos a partir da aplicação desta escala, poderia ter permitido a realização de uma análise dirigida para a procura de padrões em relação a determinadas variáveis, ou padrões de causalidade entre uma variável dependente e variáveis independentes, como é suposto acontecer nos estudos com abordagens quantitativas (estatística inferencial).

Apesar disso, foi possível perceber, com base em resultados concretos, que este estudo levou a uma melhoria efetiva dos cuidados de enfermagem no serviço onde foi desenvolvido e que toda a equipa demonstrou interesse e empenho em manter a integração das intervenções propostas na sua prestação diária de cuidados, aos doentes com necessidade VNI, prevenindo complicações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas. Coimbra. Formasau.
- ACSS. (2007). Manual de Auditoria Interna – Parte I, Hospitais. Lisboa. Ministério da Saúde. Disponível em https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/11/ACSS_MAI_Hospitais_Partel.pdf
- ACSS. (2013). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos. Lisboa. Ministério da Saúde. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT_09_2013_DOC_COMPLETO.PDF
- ACSS. (2015). Recomendações Técnicas para os Serviços de Urgência. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf
- ACSS. (2019). Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>
- Ahmad, Z., Venus, M. & Kisku, W. (2012). A case series of skin necrosis following use of non invasive ventilation pressure masks. *International Wound Journal*, 10 (1), 87-90. <https://doi.org/10.1111/j.1742-481x.2012.00948.x>
- Almeida, R., Abreu, C. & Mendes, A. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referencia*, (2), 163-172. www.index-f.com/referencia/2010/pdf/32-163.pdf
- Alqahtani, J. & Al Ahmari, M. (2018). Evidence based synthesis for prevention of noninvasive ventilation related facial pressure ulcers. *Saudi Medical Journal*, 39 (5), 443 – 452. <https://doi.org/10.15537/smj.2018.5.22058>
- Alves, D. (2017, Novembro 24). Métodos, instrumentos e técnicas de recolha de dados [site web]. Disponível em <https://cienciaeducacao.wordpress.com/2017/11/24/metodos-instrumentos-e-tecnicas-de-recolha-de-dado/>
- Alvez, A., Belaz, K. & Rodrigues, R. (2008). A importância da assistência em enfermagem na prevenção da úlceras por pressão no paciente hospitalizado. *Revista Inst Ciênc Saúde*, 26 (4), 397-402. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2008/v26n4/a1736.pdf>
- American Association of Respiratory Care. (2010). Clinical Practice Guidelines. Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways. *Respiratory Care*, 55 (6), 758–764. <http://rc.rcjournal.com/content/55/6/758>
- Andrade, P. De, Ribeiro, B. & Campos, J. (2019). Atuação do enfermeiro intensivista no modelo colaborativo de hemodiálise contínua: nexos com a segurança do paciente. *Rev Esc Enferm USP*, 53, 1–8. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018004603475>
- Apold, J & Rydrych, D. (2012). Preventing device related pressure ulcers. Using data to guide statewide change. *Journal Nursing Care Quality*, n.º 27(1), p. 28–34. <http://doi:10.1097/NCQ.0b013e31822b1fd9>
- Ashley, G. & Hochmam, S. (2018). Risk Management: Falls in the Emergency Department. Disponível em <https://www.emra.org/emresident/article/falls-in-the-ed/>
- Associação Portuguesa de Certificação (2015). Guia do Utilizador ISO 9001:2015. Disponível em <https://apcergroup.com/pt/guias-e-publicacoes>
- Aued, G., Bernardino, E. & Ribas, E. (2016). Competências clínicas do enfermeiro assistencial: uma estratégia para gestão de pessoas. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 69 (1), 142–149. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690119j>
- Autoridade Nacional de Proteção Civil. (2013). Plano Nacional de Emergência da Proteção Civil (Componentes Públicas). Disponível em http://www.prociv.pt/bk/RISCOSPREV/Documents/Componentes_p%C3%BAblicas.pdf
- Bahammam, A., Singh, T. & Esquinas, A. (2018). Mechanical Ventilation in the Critically Ill Obese Patient. *Respir Care*, 63 (2), 227-37.
- Baharestani, M. (2013). Medical device related pressure ulcers: the hidden epidemic across the lifespan. Disponível em <http://www.npuap.org/wpcontent/uploads/2012/01/7-Final-Baharestani%20>
- Baião, J. (2017). Necessidades sentidas pelos familiares na primeira visita em cuidados intensivos. Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde. Disponível em <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2654/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Grau%20Mestre%20-%20Necessidades%20de%20Familiares.pdf>
- Bambi, S., Peris, A. & Esquinas, A. (2016). Pressure ulcers caused by masks during noninvasive ventilation. *Am J Crit Care*, 25 (1), 28-34. <https://doi.org/10.4037/ajcc2016948>

- Barros, F., Amaral, T. & Costa, I. (2012). Cuidar a Pessoa Potencial dadora de Órgãos e Tecidos – A Propósito de Um Caso Clínico. *Revista Nursing*, 281, 18-24. Disponível em <https://docplayer.com.br/141009792-Cuidar-a-pessoa-potencial-dadora-de-orgaos-e-tecidos.html>
- Beck, C. (2013). *Routledge international handbook of qualitative nursing research*. London. Routledge.
- Belchior, I., Gonçalves, M. & Winck, J. (2012) Continuous Noninvasive Ventilation Delivered by a Novel Total Face Mask: A Case Series Report. *Respiratory Care*, 57 (3), 449–453. <https://doi.org/10.4187/respcare.01275>
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra. Quarteto Editora.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach*. New York. Springer Publishing Company.
- Biosca, A., Guillén, M. & Saperas, L. (2010). Impacto de un programa educacional sobre úlceras por presión en un servicio de cuidados intensivos. *Metas Enfermagem*, 13 (2), 25-31. Disponível em <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3153109>
- Black, M., Cuddigan, J. & Walko, M. (2010). Medical device related pressure ulcers in hospitalized patients. *International Wound Journal*, 7 (5). Disponível em <https://doi.org/10.1111/j.1742-481X.2010.00699.x>
- Borges, D. (2015). A comunicação com a família em contexto de cuidados intensivos. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Disponível em http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1346/1/Diana_Borges.pdf
- Braz, J. (2009). *Investigação Criminal - a organização, o método e a prova: os desafios da nova criminalidade*. Coimbra. Almedina.
- B-Simple (2020). BSimple – Produtos. [site web]. Disponível em <https://www.b-simple.pt/produtos/>
- Cabrini, L., Idone, C. & Monti, G. (2009). Medical emergency team and non-invasive ventilation outside ICU for acute respiratory failure. *Intensive Care Medicine*, 35 (2), 339 – 343. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s00134-008-1350-y>
- Camargo, N., Lima, M. & Góis, A. (2019). Teaching how to deliver bad news: a systematic review. *Rev Bioética*, 27 (2), 326–340. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272317>
- Camelo, S., Soares, M. & Chaves, L. (2016). Enfermeiros gerentes de um hospital de ensino: formação profissional, responsabilidades e desafios. *Revista enfermagem UERJ*. 24 (3), 1 - 6. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.11637>
- Carneiro, A. & Carneiro, R. (2020). DNR A decisão de não reanimar. *Rev Soc Portug Med Int*, 27 (2), 169-173. Disponível em https://www.spmi.pt/revista/vol27/vol27_n2_2020_169_173.pdf
- Carron, M., Freo, U., Bahammam, A., Dellweg, D., Guarracino, F., Cosentini, R., ... Esquinas, A. (2013). Complications of non-invasive ventilation techniques: a comprehensive qualitative review of randomized trials. *British Journal of Anaesthesia*, 110 (6), 896-914. <https://doi.org/10.1093/bja/aet070>
- Chacur, F., Felipe, L. & Fernandes, C. (2011). The Total Face Mask Is More Comfortable than the Oronasal Mask in Noninvasive Ventilation but Is Not Associated with Improved Outcome. *Respiration*, 8, 426 –430. <https://doi.org/10.1159/000324441>
- Coelho, D., Machado, S., Joaquim, S. (2011). Delirium em Terapia Intensiva: Fatores de Risco e Fisiopatogenia. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 18 (3), 17-23. Disponível em <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.459.830&rep=rep1&type=pdf#page=17>
- Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico – Cirúrgica (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Leiria. OE. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Conselho de Enfermagem e MCEEMC. (2021). Parecer nº 05/2021 – Dotações das Equipas de VMER. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23615/parecer-n%C2%BA-05_ce-e-mceemc-vmers-anonimizado.pdf
- Costa, A. (2014). Comunicação de más notícias no cuidado de enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18289/1/203015410.pdf>
- Coutinho, V., Martins, J., Pereira, J. (2014). Construção e Validação da Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADaS). *Revista Enfermagem de Referência*, 4 (2), 41-50. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239972005.pdf>
- Cunha, I. & Neto, F. (2006). Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000300013>

- Cunha, S. (2017). Percursos de Prática Perita de Enfermeiros a Trabalhar numa Unidade de Cuidados Intensivos. (Dissertação Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo) http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1887/1/Sandra_Cunha.pdf
- De Silva, S. (2009). Delivering non-invasive respiratory support to patients in hospital. *Nursing Standard*. 23 (37), 35-39. Disponível em <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA201711102&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=00296570&p=HRCA&sw=w&userGroupName=anon%7E92714be2>
- Decreto-Lei nº 161 do Ministério da Saúde, de 4 de setembro. (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Diário da República: Série I-A, 1739 – 1757. 1996. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/175784>
- Deodato, S. (2017). Direito à saúde. Coimbra. Almedina.
- Deslandes, S. (2000). Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: Representações, práticas, interações e desafios. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/11949/8431>
- Despacho n.º 10319 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 11 de agosto. Diário da República: II série, Nº 153, 20673-4. 2014. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Despacho n.º 10438 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 19 de agosto. Diário da República: II série, Nº 159, 26090. 2016. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/75163045>
- Despacho n.º 14898 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde, de 3 de Novembro. Diário da República: II série, Nº 211, p. 43563 – 4. 2011. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2011/11/211000000/4356343564.pdf>
- Despacho n.º 5561 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 23 de Abril. Diário da República: II série, Nº 79, 11123 – 4. 2014. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/25696609>
- Despacho n.º 8925 do Instituto Politécnico de Leiria, de 17 de setembro. Diário da República: II série, Nº 182, 256-259. 2020. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24716/despacho_89252020.pdf
- Despacho n.º 9390 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde de 24 de setembro. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026. Diário da República: II série, Nº 187, 96 – 103. 2021. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Despacho nº 5058 – D do Ministério da Saúde de 13 de abril. Disposições sobre o transporte integrado de doente crítico. Diário da República: II Série, Nº 27. 2016. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5058-d-2016-74146383>
- DGS. (2001). Rede de Referência Hospitalar de Intervenção Cardiológica. Lisboa: DGS. Disponível em https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Intervencao_Cardiologica_2001.pdf
- DGS. (2003a). Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa. DGS. Disponível em <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- DGS. (2003b). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa nº9/DGCG. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- DGS. (2010a). Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intrahospitalar (EEMI). Circular Normativa Nº 15/DQS/DQCO. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-15dqsdcqo-de-22062010-pdf.aspx>
- DGS. (2010b). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Circular Normativa Nº 07/DQS/DQCO. Disponível em <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Organiza%C3%A7%C3%A3o-dos-Cuidados-Hospitalares-Urgentes-ao-Doente-Traumatizado.pdf>
- DGS. (2011a). Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. Norma 018/2011. Lisboa: DGS. Disponível em <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/identificacao-inequivoca-dos-doentes.aspx>
- DGS. (2011b). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Orientação n.º17. Lisboa. Ministério da Saúde. Disponível em https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf

- DGS. (2012a). Organização das Unidades Funcionais de Dor Aguda. Norma 003/2012. Lisboa: DGS. Disponível em <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/i017846.pdf>
- DGS. (2012b). Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). Norma Nº 029/2012. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-deresistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-docontrolo-da-infecao1.aspx>
- DGS. (2014a). Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA. Norma Nº 015/2014. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152014-de-25092014-pdf.aspx>
- DGS. (2014b). Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. Norma 020/2014. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202014-de-30122014-pdf.aspx>
- DGS. (2014c). Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus aureus Resistente à Metilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. Norma Nº 018/2014. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014-pdf.aspx>
- DGS. (2015a). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Norma Nº 015/2013. Disponível em https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS_atualizado%204Nov2015.pdf
- DGS. (2015b). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Norma Nº 021/2015. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>
- DGS. (2016). Via Verde Sepsis no Adulto. Norma 010/2016. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Via-Verde-Sepsis-no-Adulto.pdf>
- DGS. (2017a). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma 001/02017. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- DGS. (2017b). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Norma 015/2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx>
- DGS. (2017c). Prevenção da transmissão de enterobacteriáceas resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos - Recomendação. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos-pdf.aspx>
- DGS. (2018a). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Norma 002/2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>
- DGS. (2018b). Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018. Disponível em <http://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>
- DGS. (2019). Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Norma 008/2019. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- DGS. (2020). COVID-19: Acompanhantes e Visitas nas Unidades Hospitalares. Norma 038/2020. Disponível em https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-so/orientacao_38_2020-pdf.aspx
- Dias, F. (2007). Plano Nacional de Luta Contra a Dor – Intervenções Não Farmacológicas. p. 232-238. Coimbra. OE.
- Diez, T., Fernandes, A., Bibiana, R., Fernandes, C., Ferreira, L., Oliveira, L., ... Fonseca, C. (2015). Face ulcer prevention in people undergoing Noninvasive Ventilation, sensitive indicators for the nursing care: A systematic review of the literature. Journal of Aging & Innovation, 4 (3), 54-66. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/286042371_Face_ulcer_prevention_in_people_undergoing_Noninvasive_Ventilation_sensitive_indicators_for_the_nursing_care_a_systematic_review_of_the_literature
- Dufrene, C. & Young, A. (2014). Successful debriefing – Best methods to achieve positive learning outcomes: A literature review. Nursing Education Today, 34 (3), 372-376. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.06.026>

- Dyer, A. (2015). Ten top tips: Preventing device-related pressure ulcers. *Wounds International*, 6 (1), 9 – 13. Disponível em <https://www.woundsinternational.com/resources/details/ten-top-tips-preventing-device-related-pressure-ulcers>
- ECDC. (2019). Healthcare-associated infections in intensive care units - Annual Epidemiological Report for 2017. [site web]. Disponível em https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2017-HAI.pdf
- ECDC. (2020). (02.02.2020). Infection prevention and control for the care of patients with 2019-nCoV in healthcare settings. [site web]. Disponível em <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/nove-coronavirus-infection-prevention-control-patients-healthcare-settings.pdf>
- EPUAP. (2014). About us. Disponível em <http://www.epuap.org/about>
- EPUAP/NPUAP. (2016). Prevention and treatment of pressure ulcers. Washington DC. National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- Esquinas, A. (2006). Tratado de ventilación no invasiva: práctica clínica y metodología. Madrid. Editorial Aula Médica.
- Evans, C., & Schwartz, R. (2019). Using Tabletop Exercises as an Innovative and Practical Teaching Strategy in Response to External Disaster Scenarios. *Nursing Education Perspectives*, 40 (1), 62-64. Disponível em https://journals.lww.com/neonline/Abstract/2019/01000/Using_Tabletop_Exercises_as_an_Innovative_and.18.aspx
- Faria, R. & Moreno, R. (2013). Delirium in intensive care: an under-diagnosed reality. *Rev Bras Ter Intensiva*, 25 (2), 137-47. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130025>
- Ferreira, L. (2013). Prevalência de dor em emergência pré hospitalar. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.19/1801>
- Ferreira, N., Miranda, C. & Revés, L. (2014). Dor e Analgesia em Doente Crítico. *Rev Clínica Hosp Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 2 (2), 17 – 20. Disponível em <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/95/59>
- Ferreira, P., Miguéns, C. & Gouveia, J. (2007). Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: implementação nacional da escala de braden. Lisboa. Lusodidacta.
- Fortin, M. (2000). O processo de investigação: da concepção à realização. Loures. Lusociência
- Fortin, M., Côte, J. & Fillion, F. (2009). Fundamentos e etapas do Processo de Investigação. Loures. Lusodidacta.
- Gil, A. (2002). Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo. Atlas.
- Gomes, F., Amendoeira, J. & Martins, M. (2012). A comunicação no processo terapêutico das famílias de doentes mentais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 54-60. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0080>
- Goot, W., Keers, J. & Groot, M. (2018). The effect of a multifaceted evidence-based practice programme for nurses on knowledge, skills, attitudes, and perceived barriers: A cohort study. *Nurse Education Today*, 63, 6-11. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.01.008>
- Grupo Português de Triagem. (2010). Triagem no Serviço de Urgência – Manual do Formando. 2ª ed. Amadora. Grupo Português de Triagem. Disponível em <https://pt.scribd.com/document/340667059/Triagem-Manchester-Manual-Formando-2ed-1>
- Gusmão - Flores, D., Salluh, J. & Lima, M. (2011). The validity and reliability of the Portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients. *Clinics*, 66 (11), 1917-22. <https://doi.org/10.1590/S1807-59322011001100011>
- Handberg, C. & Voss, A. (2018). Implementing Augmentative and Alternative Communication in Critical Care. *Journal of Clinical Nursing*, 1-2 (25), 102-114. <https://doi.org/10.1111/jocn.13851>
- Henderson, V. (2007). Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE. Loures. Lusodidacta.
- High, E., Lovelace, K. & Gansneder, B. (2008). Promoting Community Preparedness: Lessons Learned From the Implementation of a Chemical Disaster Tabletop Exercise. *Health Promotion Practice*, 11(3), 310-319. <https://doi.org/10.1177/1524839908325063>
- Holden, K. (2017). No Longer Voiceless in the ICU. 22 (12). ASHA Leader. <https://doi.org/10.1044/leader.OTP.22122017.40>
- Hoorn, S., Elbers, P. & Girbes, A. (2016). Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review. *Critical Care*, 1 (20), 333. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1483-2>
- Humphrey, M., Everhart, S. & Kosmisky, D. (2018). An evaluation of patient-specific characteristics on attainment of target sedation in an intensive care unit. *Heart & Lung*, 47 (4), 387–391. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.05.008>

- ICN. (2012). Combater a desigualdade: da evidência à ação. Edição Portuguesa: OE. ICN: Genebra. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf
- ICN. (2019). ICNP Browser [web site]. Disponível em <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- INEM. (2011). Acompanhamento dos Doentes Urgentes – Deliberação nº14/2011. Disponível em <https://www.inem.pt/category/documentacao/legislacao/>
- INEM. (2012a). Abordagem à vítima. Manual TAS/TAT. 1ª ed. Versão 2.0, Lisboa.
- INEM. (2012b). Situação de Exceção – Manual TAS. 1ª ed. Versão 3.0. Lisboa. Disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- INEM. (2013a). SIEM Sistema Integrado de Emergência Médica. 1ª ed. Versão 2.0. Lisboa.
- INEM. (2013b). Procedimento Ambulância SIV – Sedação e Analgesia. Versão 3.0.
- INEM. (2017a). (22.05.2017). O INEM [site web]. Disponível em <https://www.inem.pt/category/inem/o-inem/>
- INEM. (2017b). (22.05.2017). Missão, Visão e Valores [site web]. Disponível em <https://www.inem.pt/2017/05/22/missao-visao-e-valores/>
- INEM. (2017c). (22.05.2017) Código de Ética dos Profissionais do INEM [site web]. Disponível em <https://www.inem.pt/2017/05/22/codigo-de-etica-dos-profissionais-do-inem/>
- INEM. (2020a). Relatório de Atividade dos Meios de Emergência Médica do INEM 2020. Disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/04/Relatorio-Anual-Meios-de-Emergencia-Medica-2020-VF.pdf>
- INEM. (2020b). Abordagem do doente com suspeita ou infeção por Sars-CoV-2. Orientação Técnica 02/2020. Disponível em https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/05/OT-02.03.DEM_-_Abordagem-do-doente-com-suspeita-ou-infecao-por-SARS-CoV-2-para-AEM-MEM.pdf
- INEM. (2020c). (26.06.2020). Sistema de Gestão do INEM certificado pela APCER [site web]. Disponível em <https://www.inem.pt/2020/06/26/sistema-de-gestao-do-inem-certificado-pela-apcer/>
- INEM. (2020d). Plano Estratégico 2020 – 2022. Lisboa. Disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2020/11/PE-2020-2022.pdf>
- INEM. (2021a). Identificação do Doente. Disponível em https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/09/Identificacao-do-Doente_webinar.pdf
- INEM. (2021b). Prevenção de Quedas e Lesões. Disponível em https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/09/CSD_Prevencao-de-Quedas-e-Lesoes_webinar.pdf
- INEM. (2021c). Comunicação e Informação. Disponível em https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/09/Comunicacao-e-Informacao-versao-online-2_2021.pdf
- INEM. (2021d). (20 novembro de 2021). INEM lança formação online destinada ao SIEM sobre o iTEAMS [site web]. Disponível em <https://www.inem.pt/2021/10/20/inem-lanca-formacao-online-destinada-ao-siem-sobre-o-iteams/>
- INFARMED. (2008). Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde – Saiba mais sobre dispositivos médicos, n.º 4. Lisboa.
- JCI. (2020). Padrões de Acreditação da JCI para hospitais. 7ª ed. Department of Publications Joint Commission Resources.
- Kane-Gill, S., Dasta, J., Buckley, M., Devabhakthuni, S., Liu, M., Cohen, H. ... Smith, B. (2017). Clinical Practice Guideline: Safe Medication Use in the ICU. *Critical Care Medicine*, 45 (9). <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002533>
- Kaplan, M. (2010). SPIKES: A framework for breaking bad news to patients with câncer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14 (4), 514-6. Disponível em <https://www.proquest.com/openview/b557c08537633a57e363f6c92c011631/1?pq-origsite=gscholar&cbl=33118>
- Kapur, G. & Baéz, A. (2017). International disaster health care: Preparedness, Response, Resource Management, and Education. *Designing Resilience*. <https://doi.org/10.2307/j.ctt5hj9c.16>
- Kessler, D., Cheng, A. & Mullan, P. (2015). Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65 (6), 690-698. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019>
- Kowitlawakul, Y., Leong, B., Lua, A., Aroos, R., Wong, J., Koh, N., ..., Mukhopadhyay, A. (2015). Observation of handover process in an intensive care unit (ICU): barriers and quality improvement strategy. *International Journal for Quality in Health Care*, 27 (2), 99–104. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv002>

- Le Boterf, G. (2003). Desenvolvendo a competência dos profissionais. Brasil. Artmed.
- Lei nº 15 da Assembleia da República de 21 de Março. Diário da República: I série, Nº15, 2127-2131. 2014. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/15-2014-571943>
- Lei nº 156 da Procuradoria – Geral Distrital de Lisboa de 16 de setembro. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: I série, Nº 181, 8059 – 8105. 2015. Disponível em <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Lei nº 95 da Assembleia da República de 4 de setembro. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Diário da República: I série, 55 – 66. 2019. Disponível em <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Lopes, H. & Frias, A. (2014). Eventos adversos no transporte do doente crítico: percepção dos enfermeiros de um hospital central. Revista Investigação em Enfermagem, 2 (6), 55-58. Disponível em <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/13491/1/Artigo%20-%20Transporte%20do%20doente%20critico.pdf>
- Lynch, V. (2006). Forensic nursing. St Louis. Elsevier Mosby. Disponível em http://samples.jbpub.com/9780763792008/92008_CH01_Chapter1.pdf
- Macedo, A., Mendes, C. & Candeias, A. (2016). Validação do Nurse Activities Score em unidade de cuidados intensivos portuguesas. Rev Bras Enferm, 69 (5). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0147>
- Markowitz, J., Spurgeon, H & Rupp, E. (2016). Device-Related Pressure Ulcers Reducing device-related pressure ulcers of the nose and mouth in adult critical care patients. American Association of critical-care Nurses. Disponível em <http://www.aacn.org/>
- Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. Pensar Enfermagem, 12 (2), 62-66. Disponível em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23998/1/2008_12_2_62-66.pdf
- Martins, R., Nunes, P. & Xavier, P. (2014). Aspiração traqueal: a técnica e suas indicações. Arquivos Catarinenses de Medicina, 43 (1), 90 – 96. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/304312770_Aspiracao_traqueal_a_tecnica_e_suas_indicacoes
- Mas, A. & Masip, J. (2014). Noninvasive ventilation in acute respiratory failure. International Journal of COPD, 9 (9685), 837–852. <https://doi.org/10.2147/COPD.S42664>
- Massie, C. & Hart, R. (2003). Clinical Outcomes Related to Interface Type in Patients With Obstructive Sleep Apnea/Hypopnea Syndrome Who Are Using Continuous Positive Airway Pressure. <https://doi.org/10.1378/chest.123.4.1112>
- Mateus, B. (2007). Emergência Médica Pré-hospitalar - que realidade. Camarate. Lusociência.
- Mattia, A., Rocha, A. & Barbosa, M. (2010). Úlcera por pressão em UTI: fatores de risco medidas de prevenção. Saúde Coletiva, 7 (46), 296-299. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/842/84215678003.pdf>
- MCEEMC. (2015). Parecer Nº 22/2015 – Funções a desempenhar por enfermeiros em ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV). Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_22_2015_05_19_MCEEMC_Funcoes_desempenhar_por_enfermeiros_em_Ambulancia_Suporte_Imediato_Vida.pdf
- MCEEMC. (2017a). Parecer N.º 10/2017: Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Relação no Enfermeiro Generalista, num Serviço de Urgência. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf
- MCEEMC. (2017b). Parecer Nº 9/2017 – Transporte da Pessoa em Situação Crítica. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacacritica.pdf
- MCEEMC. (2018). Parecer N.º 15 / 2018: Funções Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica Nas Unidades De Cuidados Intensivos/Serviços De Medicina Intensiva. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- McKenna, P., Heslin, S. & Viccellio, P. (2019). Emergency department and hospital crowding: causes, consequences, and cures. Clinical and experimental emergency medicine, 6 (3), 189–195. <https://doi.org/10.15441/ceem.18.022>
- Meleis, A. (2010). Transitions Theory Middle - Range and Situation - Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company. Disponível em <https://books.google.pt/books?hl=pt->

- [PT&lr=&id=TdLhXm5fpx8C&oi=fnd&pg=PR7&dq=Transitions+Theory+Middle+--+Range+and+Situation-Specific+Theories+in+Nursing+Research+and+Practice.&ots=7kKouRSIG6&sig=2ShgOL9BQZI_ZvJ5_Jncr6bMy14&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](#)
- Meleis, A. (2012). Theoretical nursing: Development and progress. Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins. <https://doi.org/10.2307/3425219>
- Menoita, E., Fonseca, C. & Gaspar, L. (2015). Prática de Enfermagem Baseada na Evidência: O Caso das Feridas. Loures. Lusociência.
- Minayo, M. (2008). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo. Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2021a). SClínico - Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH). Disponível em <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar/>
- Ministério da Saúde. (2021b). Trace COVID – 19. Disponível em <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/trace-covid-19/>
- Monteiro, P., Almeida, A. & Pereira, M. (2016). Quando cuidar do corpo não é suficiente: a dimensão emocional do cuidado de enfermagem. Revista Mineira de Enfermagem, 20 (957). <https://doi:10.5935/14152762.20160026>
- Moraes, L. & Massarollo, B. (2009). Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. Acta paulista de enfermagem. 22 (2). Disponível em <https://www.scielo.br/j/ape/a/6bVX5pCxXP8PgnyQ8YByHD/abstract/?lang=pt>
- Morais T. & Morais, M. (2012). Doação de órgãos: é preciso educar para avançar. Saúde em Debate, 36 (95), 633-39. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a15v36n95.pdf>.
- Munckton, K., Ho, K. & Das-Gupta, M. (2007). The pressure effects of face masks during noninvasive ventilation: a volunteer study. Anaesthesia, 62, 1126–1131. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2007.05190.x>
- Murray, J., Noonan, C. & Quigley, S. (2013). Medical Device-Related Hospital-Acquired Pressure Ulcers in Children: An Integrative Review. Journal of Pediatric Nursing, 28, p. 585–595. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2013.05.004>
- Nascimento E. & Trentini, M. (2004). O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: teoria humanística de Paterson e Zderad. Rev Latino-am Enfermagem, 12 (2), 250-7. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000200015>
- Nava, S., Navalesi, P. & Gregoret, C. (2009). Interfaces and Humidification for Noninvasive Mechanical Ventilation. Respiratory Care, 54 (1), 71 – 82. Disponível em <https://rc.rcjournal.com/content/54/1/71/tab-pdf>
- Nobre, A., Dias, O. & Leite, M. (2015). Justiça distributiva no serviço de saúde especializado e no acesso a medicamentos. Revista Bioética, 23 (2), 373-86. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015232076>
- NPUAP. (2015). Pressure Ulcer Stages. Disponível em <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuappressure-injury-stages/>
- NPUAP/EPUAP/PPPIA. (2014). Prevenção e tratamento de úlceras por pressão: Guia de consulta rápida. Coimbra. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Nunes, F. (2007). Tomada de decisão de enfermagem em emergência. Nursing, 17 (219), 7-11.
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. Rev. Bioét, 23 (1), 189-199. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231059>
- Nunez, D., Gouveia, J. & Sousa, P. (2020). Atualização da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação - Medicina Intensiva. Lisboa. Ministério da Saúde.
- OE. (2001a). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos. Lisboa. OE. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- OE. (2001b). Parecer CJ/20. Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias. Lisboa. OE. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf
- OE. (2003). Do caminho percorrido e das propostas. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2006). Tomada de posição sobre segurança do cliente. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf
- OE. (2008a). Parecer CJ – 8. Informações telefónicas a familiares de utentes. Lisboa. OE. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer8_2008_%20informacoes_telefonicas.pdf

- OE. (2008b). Plano Estratégico do Ensino de Enfermagem 2008-2012. Lisboa: OE. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/2008_PlanoEE Enfermagem.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/2008_PlanoEE%20Enfermagem.pdf)
- OE. (2009). Linhas de Orientação para a elaboração de Catálogos CIPE® - Programa da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf
- OE. (2014). Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: OE. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf
- OE. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE: Lisboa. OE.
- OE. (2017). Parecer nº 9/2017 – Transporte da Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: OE. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacaocritica.pdf
- OE. (2018). Parecer nº 14/2018 - Alocação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na sala de reanimação – posto de trabalho nos serviços de urgência / emergência. Lisboa. OE. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n%C2%BA-14_2018_rectificado.pdf
- OE. (2021). Anuário Estatístico 2021. [site web]. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Oliveira, A. & Martins, J. (2013). Ser enfermeiro em suporte imediato de vida: Significado das experiências. Revista de Enfermagem Referência, 3 (9), 115-124. <https://doi.org/10.12707/RIII1287>
- OMS. (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde - Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Otero, D., Domínguez, D. & Fernández, L. (2017). Preventing facial pressure ulcers in patients under non-invasive mechanical ventilation: a randomised control trial. Journal of Wound Care, 26 (3), 128-136. doi.org/10.12968/jowc.2017.26.3.128
- Padilha, K., Sousa, R. de, Miyadahira, A., Cruz, D., Vattimo, M., Kimura, M. ... Ducci, A. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 39 (2), 229-233. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000200014>
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Miguel, J., José, R. ... Coutinho, P. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva. Lisboa. República Portuguesa - Saúde (RNEHR). Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp>
- Palacios, M., Torrent, R. & Santana-Canbrera, L. (2010). Plan de Evacuación de la Unidad de Cuidados Intensivos: un Nuevo Indicador de Calidad?. Medicina Intensiva, 34 (3), 198-202. Disponível em <https://www.medintensiva.org/es-plan-evacuacion-unidad-cuidados-intensivos-articulo-S0210569109000370>
- Parreira, P., Santos-Costa, P. & Neri, M. (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. Int J Environ Res Public Health, 18 (4), 2088. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>
- Patoleia, F. (2017). Atuação em caso de emergência/catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos do CH. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/17629>
- Patroniti, N., Foti, G. & Manfio, A. (2013). Head helmet versus face mask for non-invasive continuous positive airway pressure: a physiological study. Intensive Care Med, 29 (10), 1680-1687. <https://doi.org/10.1007/s00134-003-1931-8>
- Peixoto, N. & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. Revista de Enfermagem Referência, 4 (11), 121-132. Disponível em <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388249570013>
- Pereira, F. (2009). Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7182/2/Informao%20e%20Qualidade%20do%20exercicio%20profissional%20dos%20Enfermeiros.pdf>
- Pereira, M., Silva, M. & Pereira, S. (2020). Atividade da Comissão de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (CPCIRA) do INEM, em contexto covid-19, no ano 2020. Artigo de Revisão. Separata Científica nº9. <http://hdl.handle.net/10400.1/16895>

- Pereira, R., Cardoso, M. & Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (7), 55-62. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239966007.pdf>
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures. Lusociência.
- Pina, E., Ferreira, E. & Marques, A. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*. 10, 27-39. Disponível em <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-infeccoes-associadas-aos-cuidados-saude-X0870902510898567>
- Pincelli, E., Waters, C. & Hupsel, Z. (2015). Ações de enfermagem na prevenção do delirium em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva. *Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa São Paulo*, 60 (3), 131-9. Disponível em <https://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/143/592>
- Pinto, M., Minson, F., Lopes, A., Laselva, C. (2015). Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão em português (Brasil) da escala de dor Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD-Brasil) em pacientes adultos não comunicantes. *Einstein*, 13 (1), 14-19. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082015AO3036>
- Portaria n.º96 da Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa de 5 de maio. Regulamenta a organização e funcionamento do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). *Diário da República: I série*, N.º 85, p. 2637-39. 2014. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/96-2014-25343768>
- Portaria n.º16 da Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa de 23 de janeiro. Condições de autorização das unidades de colheita de órgãos em dador em paragem cardiocirculatória. *Diário da República: I série*, N.º 16, p. 533. 2015. Disponível em <https://files.dre.pt/1s/2015/01/01600/0053200534.pdf>
- Prodanov, C. & Freitas, E. (2013). Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas de Pesquisa e do Trabalho Académico. Novo Hamburgo. Universidade Feevale.
- Pupulim, J. & Sawada, N. (2002). Reflexões acerca da comunicação enfermeiro-paciente relacionada à invasão da privacidade. *Proceedings of the 8. Brazilian Nursing Communication Symposium*.
- Quitério, C., Cordeiro, I. & Pereira, M. (2020). Associated factors of facial pressure ulcers in patients under non-invasive ventilation during hospital stay in an intermediate care facilities of a Portuguese hospital. *A Nursing Practice Today*, 7 (2), 97-105. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/34814>
- Rabeh S. & Caliri M. (2002). Prevenção e tratamento de úlceras de pressão: práticas de graduandos de enfermagem. *Rev Paul Enferm*, 21(2), 133-9. <https://doi.org/10.1590/S0104-11691999000200013>
- Rasheed, S. (2015). Self-Awareness as a Therapeutic Tool for Nurse/Client Relationship. *International Journal of Caring Sciences*, 8 (1), 211-16. <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/24-%20ReviewParveen.pdf>
- Raurell-Torredà, M., Argilaga-Molero, E. & Colomer-Plana, M. (2017). Optimising non-invasive mechanical ventilation: Which unit should care for these patients? A cohort study. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 30 (4), 225–233. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.08.005>
- Regulamento n.º 101 da OE de 10 de março. Regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor. *Diário da República: II série*, N.º 48, 5948 – 5952. 2015. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf
- Regulamento n.º 140 da OE de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República: II Série*, N.º 26, 4744 - 4750. 2019. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/119189160>
- Regulamento n.º 226 da OE de 16 de Abril. Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra – Hospitalar. *Diário da República: II Série*, N.º 74, 10759 – 10762. 2018. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115116048/details/normal?l=1>
- Regulamento n.º 429 da OE de 16 de julho. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República, 2ª Série*, N.º 135, 19359-19370. 2018. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/115698537>
- Regulamento n.º 533 da OE de 12 de fevereiro. Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. *Diário da República, 2ª série*, N.º 233, 2/12, p. 30247-30254. 2014. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/124981040/details/maximized>

- Regulamento n.º 743 da OE de 25 de setembro. Regulamento da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República: II série, Nº 184, 128 – 154. 2019. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- República Portuguesa – Saúde. (2016). Rede de Referência Hospitalar – Medicina Interna. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/01/RRH-Medicina-Interna-Para-CP-21-12-2017.pdf>
- Resolução da Assembleia da República nº 1 de 3 de janeiro. Convenção para a proteção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina: convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina. Artigo 8º. p. 3. 2001. Disponível em http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_print_articulado.php?tabela=leis&artigo_id=&nid=1644&nversao=&tabela=leis
- Rodrigues, I. (2017). Minuto VMER - As etiquetas de triagem. Life Saving - Revista Das VMER de Faro e Albufeira, 5, 32-37. Disponível em https://issuu.com/lifesaving/docs/lifesaving_n5_final
- Santos, C. (2013). Contributos para a Implementação da Enfermagem Forense em Portugal. Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina de Coimbra. Disponível em <http://hdl.handle.net/10316/26042>
- Santos, D., Colomé, S. & Erdmann L. (2016). Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. Revista gaúcha de enfermagem, 37 (1), p. 76-82. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/ZxVZ8k73pX6yyPJzRYsbsH/abstract/?lang=pt>
- Santos, L. (2019). A perspetiva dos profissionais de saúde sobre a diretiva antecipada de vontade. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Disponível em http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2285/1/Lucia_Santos.pdf
- Schallom, M., Cracchiolo, L. & Falker, A. (2015). Pressure Ulcer Incidence in Patients Wearing Nasal-Oral Versus Full-Face Noninvasive Ventilation Masks. American Journal Of Critical Care, 24 (4), 349-356. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015386>
- Serrano, M., Costa, A. & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). Referência – Revista de Enfermagem, 3 (3), 15-23. Disponível em <http://www.index-f.com/referencia/2011pdf/33-015.pdf>
- Siegel D., Rhinehart E. & Jackson M. (2007). Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Disponível em www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Pages1_3_Isolation2007.pdf
- Silva, J., Morais, E. & Figueiredo, M. (2010). Pesquisa-ação: conceções e aplicabilidades nos estudos em Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, 64 (3), 592-5. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reben/a/jk8xLdsc9nNv4MBXGYntV3h/?format=pdf&lang=pt>
- Silva, K., Lima, M. & Sousa, M. (2016). Auditoria: ferramenta de enfermagem para melhoria da qualidade assistencial. Revista Gestão em Saúde, 7 (2), 793-810. Disponível em <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5555899>
- Silva, R., Luz, M. & Fernandes, J. (2018). Becoming a specialist: Portuguese nurses' expectations after completing the specialization program. Revista De Enfermagem Referência, IV (16), 147 – 154. <https://doi.org/10.12707/riv17076>
- Silva, R., Timenetsky, K. & Neves, R. (2013). Adaptação a diferentes interfaces de ventilação mecânica não invasiva em pacientes críticos. Jornal Brasileiro de Pneumologia, 39 (4), 469-475. doi.org/10.1590/S1806-37132013000400011
- Silva, V., Camelo, S. & Soares, M. (2017). Práticas de liderança em enfermagem hospitalar: uma self de enfermeiros gestores. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 207 (51), 1 - 8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016024403206>
- Sivamani, R. (2003). Friction coefficient of skin in real-time. Skin Res Technol, 9 (3), 235-239. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0846.2003.20361.x>
- SPCI & Ordem dos Médicos. (2008). Transporte de Doentes Críticos – Recomendações. Lisboa. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- SPCI. (2008). Transporte de Doente Crítico – Recomendações. Disponível em <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- SPCI. (2011). Plano Nacional de Avaliação da Dor. Disponível em <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Staggers, N. & Blaz, J. (2012). Research on nursing handoffs for medical and surgical settings: an integrative review. Journal of Advanced Nursing, 69 (2), 247-262. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06087.x>

- Studer K., Danuser B. & Gomez P. (2017). Physicians' psychophysiological stress reaction in medical communication of bad news: A critical literature review. *International Journal of Psychophysiology*, 120, 14-22. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2017.06>.
- Sullivan, N. & Schoelles, K. (2013). Preventing in-facility pressure ulcers as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 158 (5), 410-416. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00008>
- The Joint Commission, JCI & OMS. (2007). Communication During Patient Hand-Over. Patient Safety Solutions. Disponível em [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/psf/patient-safety-solutions/ps-solution3-communication-during-patient-handovers.pdf?sfvrsn=7a54c664_4&ua=1](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/psf/patient-safety-solutions/ps-solution3-communication-during-patient-handovers.pdf?sfvrsn=7a54c664_4&ua=1)
- Thim, T., Krarup, N. & Grove. (2012). Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *International Journal of General Medicine*, 5, 117-121. <https://doi.org/10.2147%2FIJGM.S28478>
- Tingsvik, C., Bexell, E. & Andersson. (2013). Meeting the challenge: ICU-nurses' experiences of lightly sedated patients. *Australian Critical Care*, 26 (3), 124-129. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2012.12.005>
- Townsend, A., Valle-Ortiz, M., & Sansweet, T. (2016). A Successful ED Fall Risk Program Using the KINDER 1 Fall Risk Assessment Tool. *Journal of Emergency Nursing*, 42 (6), 492-497. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2016.03.028>
- Ventura-Silva, J., Martins, M. & Trindade, L. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6 (2), 278-295. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Weng, M. (2008). The effect of protective treatment in reducing pressure ulcers for non-invasive ventilations patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 295-299. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.11.005>
- Wenham, T. & Pittard, A. (2009). Intensive care unit environment. *Contin Educ Anaesth Crit Care Pain*, 9 (6), 178-83. Disponível em https://e-safe-anaesthesia.org/e_library/12/Intensive_care_unit_environment.pdf
- Wold, G. (2013). *Enfermagem Gerontológica*. 5ª ed. São Paulo. Elsevier Editora.
- Young, M. (2018). Medical device-related pressure ulcers: a clear case of iatrogenic harm. *British Journal of Nursing*, 27 (15), 6-13 <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.15.S6>

APÊNDICES

APÊNDICE I – FORMULÁRIO

PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO ASSOCIADAS À INTERFACE DA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Formulário				
Questões	Critérios		Sim	Não
Fatores de risco identificados	Presença de Comorbilidades	Antecedentes de Diabetes <i>Mellitus</i>		
		Alterações Hematológicas		
	Género masculino			
	Mais de 65 anos			
	Presenças de úlceras de pressão prévias			
	Risco nutricional presente			
	Avaliação da Escala de <i>Braden</i>	Alto risco		
Baixo risco				
			Sim	Não
Caraterização da VNI durante o internamento (pode seleccionar mais do que uma opção)	Modelo de interface	Nasal		
		Oronasal		
		Facial total		
	Modalidade da Terapia	Contínua		
		Intermitente		
Só noturna				
Nº de dias de terapia com VNI				
			Sim	Não
AVALIAÇÃO - Úlcera de Pressão na face	Categoria I (eritema não branqueável)			
	Categoria II (perda parcial da espessura da pele)			
	Categoria III (perda total da espessura da pele)			
	Categoria IV (perda total da espessura dos tecidos)			
	Não Graduáveis/Inclassificáveis (a sua profundidade é indeterminada, pois o tecido desvitalizado ou necrótico não permite perceber qual a sua profundidade nem o nível de atingimento de estruturas)			
	Suspeita de Lesão dos Tecidos Profundos (têm uma profundidade indeterminada e surgem como uma área vermelha escura ou púrpura localizada na pele intacta ou descolorada ou flitena preenchida com sangue)			
			Sim	Não
AVALIAÇÃO – Instrução de Trabalho “Prevenção das Úlceras por Pressão associadas à Interface da VNI” (preencher apenas após implementação da Instrução de Trabalho)	Considera útil a existência desta Instrução de Trabalho			
	Considera adequada esta Instrução de Trabalho à sua prestação de cuidados			
	Considera que esta Instrução de Trabalho contribui para a prevenção das Úlceras por Pressão associadas à Interface da VNI			
	Teve dificuldades na sua implementação			
	Se sim, quais?			

Muito obrigada pela participação.

APÊNDICE II – INSTRUÇÃO DE TRABALHO

**Prevenção de Úlceras por Pressão associadas à Interface da
Ventilação Não Invasiva**

**Palavras-Chave: ÚLCERA POR PRESSÃO; VENTILAÇÃO NÃO
INVASIVA**

Destinatários

Enfermeiros do serviço de Medicina [REDACTED]

	Elaboração	Aprovação	Assinatura (s) Responsável (eis) pela Aprovação
	Enf ^a Adélia Rodrigues Enf ^a Cândida Feijão Enf ^o Daniel Carvalho Enf ^a Teresa Peralta	[Referir o nome do(s) profissional(ais) ou Entidade]	
Data	2022.02.03	[Inserir data da aprovação AAAA.MM.DD]	

MAPA DE REVISÕES

[A preencher no caso de revisão de documento existente]:

Revisão	Página(s)	Motivo	Responsável (eis) pela Revisão	Data da Aprovação	Assinatura do(s) responsável(eis) pela aprovação

**Prevenção de Úlceras por Pressão associadas à Interface da
Ventilação Não Invasiva**

1. OBJETIVO

Prevenir o aparecimento / agravamento de Úlceras por Pressão relacionadas com a Interface da Ventilação não Invasiva, nos doentes internados [REDACTED]

Definir a uniformização de procedimento no âmbito da prevenção de Úlceras por Pressão relacionadas com a Interface da Ventilação não Invasiva.

2. ÂMBITO

Aplica-se a todos os doentes internados no Serviço de Medicina, [REDACTED] EPE, sujeitos a Ventilação Não Invasiva.

3. REFERÊNCIAS

- Circular Informativa Nº 35/DSQC/DSC de 12/12/08 da Direção Geral da Saúde – Avaliação do risco para a Úlcera de Pressão - Escala de Risco de Braden;
- Procedimento PI [REDACTED] 079.04 de 27/10/2010 do [REDACTED] EPE – Prevenção de Úlceras de Pressão;
- Padrões de Qualidade da *Joint Commission Internacional* – Capítulo Cuidados de Pacientes (COP) e Capítulo Avaliação dos Pacientes (AOP).

4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

- [REDACTED] EPE – [REDACTED] Entidade Pública Empresarial
- UP – Úlcera por Pressão
- TNP4 – Torre Nascente Piso 4
- VNI – Ventilação Não Invasiva

- **Úlcera por Pressão (UP):** Dano na pele e/ou nos tecido subjacentes normalmente sobre uma proeminência óssea por resultado de pressão ou combinação de pressão e forças de torção/tração.

**Prevenção de Úlceras por Pressão associadas à Interface da
Ventilação Não Invasiva**

Ventilação Não Invasiva (VNI): É uma técnica alternativa à ventilação invasiva que permite a obtenção dos mesmos mecanismos fisiológicos, melhorando as trocas gasosas e diminuindo o esforço respiratório. Através de um ventilador mecânico é aplicada uma pressão positiva nas vias aéreas através de uma interface que liga o ventilador ao doente.

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

a) Avaliação da Pele

- Vigiar a pele no local de aplicação da interface e em torno do dispositivo, procurando sinais de UP, pelo menos uma vez por turno e sempre que a interface é removida.
- Em situações de VNI apenas durante o período noturno, vigiar a pele sempre quando se remove a interface.

Para evidenciar a vigilância de sinais de UP, através da avaliação da pele, deve-se executar a intervenção de enfermagem “Vigiar sinais de UP”, especificando a sua localização, caso existam.

b) Cuidados com a Pele

- Manter a pele limpa e seca sob a interface da VNI, utilizando um produto de limpeza com pH adequado;
- Hidratar a pele da face na zona circundante à interface, com creme hidratante;
- Aplicar por rotina apósitos hidrocolóides extra finos ou espumas de poliuretano nas áreas da face expostas a pressão, desde o início da terapia.
- Em situações de VNI apenas durante o período noturno, aplicar espuma de poliuretano antes de se iniciar a terapia;

Para evidenciar a realização destes cuidados com a pele deve-se executar a intervenção de enfermagem “Aplicar creme” e “Aliviar zona de pressão através de dispositivos”, descrevendo quais os dispositivos usados, nas especificações.

Prevenção de Úlceras por Pressão associadas à Interface da Ventilação Não Invasiva

c) Intervenções relacionadas com a Interface da VNI

- Escolher o modelo de interface adequado para o doente e para a sua condição clínica:
 - Máscara Oronasal: início da terapia contínua no doente crítico;
 - Máscara Nasal: doentes que necessitem de VNI por um longo período de tempo;
 - Máscara Facial Total: opção à máscara oronasal, pois faz uma selagem da face, não existindo pressão em locais que as máscaras oronasais proporcionam, podendo ser usado em utentes com UP prévia nos locais de pressão das outras máscaras;
- Escolher o tamanho adequado da máscara, fazendo as medições necessárias com o “Guia de Tamanho de Interfaces de VNI” disponível no serviço;
- Promover a rotatividade de interfaces alternando os pontos de pressão e fricção na face;
- Vigiar regularmente o dispositivo quanto à tensão da fixação e conforto da pessoa;
- Manter uma selagem adequada da interface, evitando o seu aperto excessivo, permitindo a passagem de dois dedos debaixo do arnês;

Para evidenciar a realização destas intervenções, selecionando o dispositivo “VNI”, deve-se executar a intervenção de enfermagem “Otimizar dispositivos respiratórios”.

Caso exista alguma complicação associada ao dispositivo, como é o caso das úlceras de pressão associadas à interface da VNI, na intervenção “Vigiar complicações dos dispositivos” deve-se selecionar “Com complicações” e especificar nas notas qual a complicação presente.

Todas as feridas causadas pela interface da VNI devem ser consideradas Úlceras por Pressão, pelo que devem ser registadas, avaliadas e tratadas como tal, nos campos devidos.

5.1. RESPONSABILIDADES

Enfermeiros que prestam cuidados a doentes sujeitos a VNI.

APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO


Avaliação de Instrução de Trabalho

AUTORA: Cândida Feijão (Enfermeira)

ORIENTADORA: Cristina Costeira (Professora Adjunta)

No âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico Cirúrgica na vertente Pessoa em Situação Crítica, está a ser desenvolvido um estudo sobre "Prevenção das úlceras por pressão associadas à interface da ventilação não-invasiva- implementação de uma Instrução de Trabalho num serviço de medicina Interna".

O objetivo da investigação é o seguinte: identificar os resultados da implementação de uma instrução de trabalho na prevenção das úlceras por pressão associadas à interface da ventilação não invasiva.

Qualquer dúvida deve contactar a autora através: 
candidasofiafeijao@hotmail.com antes de preencher o questionário.

O preenchimento deste questionário demorará cerca de 5 minutos.

Serão garantidos os princípios do anonimato e confidencialidade.

Note que pode decidir não participar no estudo, apesar da sua participação ser muito importante.

*Obrigatório

1. Declaro que li, entendi as informações constantes do consentimento informado. *
Desejo participar no estudo e autorizo a utilização dos dados colhidos, durante o mesmo, para efeitos de investigação e publicação. Responder após consulta do consentimento informado disponível no seguinte link: https://drive.google.com/file/d/19fVT09tTfeggR0O_m14vPnHG2ISOIzkF/view?usp=sharing

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS

2. Idade (anos) *

3. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
- Masculino
- Prefiro não responder

4. Habilitações académicas *

Marcar apenas uma oval.

- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

5. Tem formação em prevenção de Úlceras por Pressão? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

6. Tempo de experiência no serviço (anos) *

AVALIAÇÃO DA INSTRUÇÃO DE TRABALHO

7. Considera útil a existência desta instrução de trabalho? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

8. Considera adequada esta instrução de trabalho na sua prestação de cuidados? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

9. Considera que esta instrução de trabalho contribui para a prevenção das úlceras por pressão, associadas à interface da VNI? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

10. Teve dificuldade na sua implementação? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

11. Se sim, quais?

Muito obrigada pela sua colaboração.

APÊNDICE IV – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Caro (a) enfermeiro (a),

O presente estudo surge no âmbito do relatório final do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria e trata-se de um Projeto de Melhoria Contínua dos Cuidados de Enfermagem. A temática do projeto incide na prevenção das úlceras por pressão associadas à interface da ventilação não invasiva e tem como título “Prevenção das Úlceras por Pressão associadas à interface da Ventilação Não Invasiva – implementação de uma Instrução de Trabalho num serviço de Medicina Interna”. O principal objetivo deste trabalho é identificar os resultados da implementação de uma Instrução de Trabalho na prevenção das Úlceras por Pressão associadas à interface da Ventilação Não Invasiva, contribuindo para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

É uma prioridade para o [REDACTED] em termos de qualidade, a monitorização do número de úlceras por pressão, de acordo com as orientações da Direção-Geral da Saúde e da *Joint Commission Internacional*. Apesar disso, não existe também nenhuma norma, procedimento nem instrução de trabalho, que oriente a prestação de cuidados a doentes sujeitos a ventilação não invasiva, no sentido de prevenir as úlceras por pressão causadas pela interface desta técnica. Posto isto, surgiu a necessidade de desenvolver um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, que garantisse a prestação de cuidados efetiva para prevenção das úlceras por pressão associadas à interface da ventilação não invasiva e a otimização dos registos de enfermagem.

Este estudo será realizado em dois momentos, pelo preenchimento de um formulário, antes e após a implementação da Instrução de Trabalho, e terá a duração de aproximadamente de 7 meses. O tratamento de dados será feito com recurso ao programa SPSS e os resultados serão usados para fins estatísticos.

É um estudo de carácter voluntário, pelo que a ausência na resposta à questão 1 do questionário eletrónico implica a sua exclusão neste estudo.

O participante, para os quais não existem quaisquer tipos de risco ou danos, pode em qualquer altura desistir, não havendo qualquer tipo de consequências.

Os dados serão guardados até ao período de discussão do projeto, que está previsto para setembro de 2022. Informo que o estudo mereceu o Parecer favorável da Comissão de Ética do [REDACTED] [REDACTED] EPE e autorização do Centro de Investigação da instituição, assim como do Conselho de Administração.

Serei eu, Cândida Sofia Gonçalves Gomes Feijão, a encarregada de proteção de dados, com vista ao cumprimento de todas as obrigações legais decorrentes do RGPD. Para o esclarecimento de quaisquer dúvidas pode contactar o número [REDACTED]

**APÊNDICE V – AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ÉTICA PARA
REALIZAÇÃO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO**

Exma. Senhora

Enf.ª Cândida Sofia Gonçalves Gomes Feijão

Serviço de Medicina, [REDACTED]

Comissão de Ética

Ref. CE – Nº 16/22

[REDACTED], 14 de abril de 2022

Assunto: Trabalho Académico - Prevenção de Úlceras por Pressão Associadas à Interface da Ventilação Não Invasiva – implementação de uma Instrução de Trabalho num serviço de Medicina Interna

A Comissão de Ética do [REDACTED] vem por este meio informar V. Exa., do parecer da reunião desta Comissão realizada dia 2022.03.24 e enviado ao Gabinete de Apoio Técnico do Centro de Investigação Clínica, sobre o estudo mencionado em epígrafe:

- Foi rececionado nesta Comissão um pedido de parecer submetido pela Enfermeira Cândida Sofia Gonçalves Gomes Feijão, a exercer funções no Serviço de Medicina, [REDACTED] para realização de um trabalho académico, no âmbito do seu Curso de Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLei-IPLeiria), intitulado “Prevenção de Úlceras por Pressão Associadas à Interface da Ventilação Não Invasiva – implementação de uma Instrução de Trabalho num serviço de Medicina Interna”. Este estudo será para realizar no Serviço de Serviço de Medicina, [REDACTED] tendo como investigadora principal a proponente. Após análise do estudo, esta Comissão considerou que no desenho do estudo, no ponto “3.5 Instrumento de Colheita de Dados”, não está explícito onde vão ser os dados armazenados, bem como, o armazenamento da pasta com o formulário e o consentimento informado. Tendo sido rececionados os esclarecimentos solicitados, esta Comissão nada tem a opor à realização do estudo.

Mais se informa, que este estudo carece de autorização por parte do Conselho de Administração.

Sem outro assunto de momento

Com os melhores cumprimentos,

Catarina Faria
Presidente



**APÊNDICE VI – AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO**

Parecer
Alexandra Borges
Vogal Executiva
2022/04/27

António
22.05.04

CI - Centro de Investigação
Ref.º 31/2022

Assunto: Estudo no âmbito do seu Curso de Mestrado de Enfermagem à pessoa em situação crítica na ESSLei-IPLeia intitulado "Prevenção de Úlceras por pressão Associadas à Interface da Ventilação Não Invasiva - implementação de uma Instrução de Trabalho num serviço de Medicina Interna" submetido pela Enfermeira Cândida Sofia Gonçalves Gomes Feijão a exercer funções no Serviço de Medicina [REDACTED] desenvolver no Serviço de Medicina, [REDACTED]

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

Uma vez que o estudo consiste na recolha de dados através da aplicação de um questionário sobre a aplicação de uma instrução de trabalho, sob os pressupostos das Boas Práticas para a Investigação Clínica, o mesmo não colide com as medidas do Plano de Contingência, para a COVID-19, atualmente em vigor no [REDACTED]

Mais se informa que o presente estudo obteve o parecer favorável pela Comissão de Ética, de acordo com a Ata n.º 03 de 2022.03.24. Neste sentido, submete-se o pedido anexo para decisão final do Conselho de Administração.

Com os melhores cumprimentos,

O COORDENADOR DO CENTRO DE INVESTIGAÇÃO



(JOÃO MORAIS)

Original CI 05/05/22 ✱
Recd: 2022.04.27 P

