

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

RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica

**Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área
Cirúrgica de um Serviço de Urgência: Orientação para a Melhoria
Contínua da Qualidade**

Mestranda: Andreia Filipa Lopes Fernandes

Orientador: Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte

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

Leiria, setembro de 2023

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

RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica

**Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área
Cirúrgica de um Serviço de Urgência: Orientação para a Melhoria
Contínua da Qualidade**

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

Mestranda: Andreia Filipa Lopes Fernandes, 5210778

Orientador: Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte

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

Leiria, setembro de 2023

PENSAMENTO/DEDICATÓRIA

“O progresso é impossível sem mudança; e aqueles que não conseguem mudar as suas mentes não conseguem mudar nada.”

George Shaw

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Hugo Duarte, pela orientação científica, sugestões de melhoria construtivas, disponibilidade e confiança demonstrados, e, sobretudo, pelo rigor do acompanhamento académico prestado.

Aos meus pais, ao meu irmão e aos meus avós, pelo apoio incondicional, por serem fonte de motivação e por compreenderem todos os meus momentos de ausência.

Ao Ricardo, pela paciência demonstrada em todos os momentos de cansaço, pela presença e incentivos constantes, e por ser o meu porto seguro.

Aos enfermeiros do meu serviço, que através da partilha de experiências e participação no trabalho de investigação, o tornaram possível.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste percurso académico, e que me ajudaram a crescer a nível pessoal e profissional.

A todos vós, muito obrigada!

RESUMO

O presente Relatório de Ensino Clínico reflete o culminar do percurso académico, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica e o título de enfermeira especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, com ênfase na aquisição de competências nos períodos de Ensino Clínico e no desenvolvimento do trabalho de investigação-ação realizado no contexto de exercício profissional, no Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da zona Centro de Portugal.

O Relatório encontra-se dividido em duas partes. No primeiro capítulo da Parte I é realizada uma breve caracterização dos 3 contextos de Ensino Clínico (Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos e Emergência Extra-Hospitalar). No segundo capítulo é realizada uma análise crítico-reflexiva sobre as oportunidades de aprendizagem e as experiências vivenciadas, as dificuldades encontradas e as estratégias de melhoria adotadas durante cada Ensino Clínico. Além do referido, é realizado um paralelismo com a mais recente evidência científica existente e com a legislação e orientações nacionais e internacionais atuais, refletindo-se sobre o impacto de cada contexto de prática clínica no desenvolvimento e consolidação das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. No terceiro capítulo são apresentadas as conclusões da análise e da reflexão das competências do enfermeiro especialista desenvolvidas.

A Parte II corresponde ao trabalho de investigação-ação, realizado em contexto de prática profissional, e encontra-se enquadrado no conceito de Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, intitulando-se “*Metodologia Individual de Trabalho na Área Cirúrgica de um Serviço de Urgência: Orientação para a Melhoria Contínua da Qualidade*”. Este estudo consistiu na implementação da metodologia individual de trabalho em enfermagem na Área Cirúrgica de um Serviço de Urgência, através da implementação de um Procedimento de Enfermagem intitulado “*Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência*” e realização da respetiva formação teórica, com vista à melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados nessa área. Verificou-se que as intervenções realizadas, na perspetiva da amostra de enfermeiros, contribuíram para garantir a continuidade, segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, além de garantir a operacionalização do Processo de Enfermagem na prestação de cuidados e uma compreensão integral do doente durante a prestação de cuidados e nos momentos de transição de cuidados e informação.

Palavras-chave: Enfermagem; Especialização; Pessoa em Situação Crítica; Cuidados de Enfermagem; Métodos de Prestação de Cuidados.

ABSTRACT

The currently Clinical Teaching Report represents the summary of the academic journey towards attaining a Master's degree in Medical-Surgical Nursing and the title of specialist nurse in the field of Critical Care Nursing, with an emphasis on acquiring skills during clinical teaching periods and the development of an action-research work, conducted in the context of professional practice at the Emergency Department of a Central Hospital in the Central region of Portugal.

The Report is sectioned in two parts. In the first chapter of Part I, there is a brief characterization of the three Clinical Teaching contexts (Emergency Department, Intensive Care Unit and Extra-Hospital Emergency). The second chapter provides a critical-reflexive analysis of the learning opportunities and experiences, the challenges faced, and the improvement strategies adopted during each Clinical Teaching period. In addition, it draws a parallel between these experiences and the latest available scientific evidence, along with current national and international legislation and guidelines, reflecting on the impact of each clinical practice context on the development and consolidation of common and specific competencies of the specialist nurse in the field of Critical Care Nursing. The third chapter presents the conclusions of the analysis and reflection on the competencies developed by the specialist nurse.

Part II corresponds to the action research work carried out in a professional practice context and is framed within the concept of the Continuous Quality Improvement Project in Nursing Care, titled "*Individual Work Methodology in the Surgical Area of an Emergency Service: Guidance for Continuous Quality Improvement*". This study embraced the implementation of the individual nursing work methodology in the Surgical Area of an Emergency Service through the implementation of a Nursing Procedure titled "*Individual Work Methodology in Nursing in the Surgical Area of the Emergency Service*" and the corresponding theoretical training, aimed at improving the safety and quality of nursing care provided in that area. It was observed that the interventions carried out, from the perspective of the sample of nurses, contributed to ensuring the continuity, safety, and quality of nursing care provided, as well as facilitating the execution of the Nursing Process in care delivery and a comprehensive understanding of the patient during care provision and care and information transition moments.

Keywords: Nursing; Speciality; Specialization; Critical Care Nursing; Nursing Care; Care Delivery Methods.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABCDE- Via Aérea / Ventilação / Circulação / Disfunção Neurológica / Exposição

AC- Área Ciúrgica

ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde

AVC- Acidente Vascular Cerebral

BPS- *Behavioral Pain Scale*

CODU- Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CVC- Cateter Venoso Central

DGS- Direção-Geral da Saúde

cmH₂O- centímetros de água

EAM- Enfarte Agudo do Miocárdio

EC- Ensino Clínico

ECMO- *Extra Corporeal Membrane Oxygenation*

EMC- Enfermagem Médico-Cirúrgica

ERC- *Enterobacteriaceae* Resistentes aos Carbapenemos

ESMP- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

H- Kruskal-Wallis

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

iTEAMS- *INEM Tool for Emergency Alert Medical System*

ISBAR- Identificação/Situação Atual/Antecedentes/Avaliação/Recomendações

LASA- *Look Alike, Sound Alike*

LRA- Lesão Renal Aguda

mg- miligramas

MRSA- *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina

n.^o- número

NAS- *Nursing Activities Score*

OE- Ordem dos Enfermeiros

PAINAD- *Pain Assessment in Advanced Dementia*

PBCI- Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PBVT- Proteções Baseadas nas Vias de Transmissão

PCR- Paragem Cardiorrespiratória

PE- Procedimento de Enfermagem

PICCO®- *Pulse-Induced Contour Cardiac Output*

PSC- Pessoa em Situação Crítica

Q²- Qui Quadrado

RASS- *Richmond Agitation and Sedation Scale*

SUMC- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SAV- Suporte Avançado de Vida

SE- Sala de Emergência

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

SIV- Suporte Imediato de Vida

SPSS®- *Statistical Package for the Social Sciences*

SRC- Secção Regional do Centro

STAR- *Simple Triage And Rapid Treatment*

SU- Serviço de Urgência

SUMC- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

TRTS- *Triage Revised Trauma Score*

UCI- Unidades de Cuidados Intensivos

VMER- Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI- Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS.....	xi
INTRODUÇÃO.....	12
PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS	16
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	17
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	17
1.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	19
1.3. EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR	20
2. ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DESENVOLVIDAS	23
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	23
2.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	23
2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	27
2.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados.....	32
2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	36
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	37
2.2.1. Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica	38
2.2.2. Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção à Ação	45
2.2.3. Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção e de Resistência a Antimicrobianos na Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica	47
3. CONCLUSÃO DA ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DESENVOLVIDAS.....	50
PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	51
1. PROJETO DE INVESTIGAÇÃO/AÇÃO	52

1.1. RESUMO	52
1.2. ABSTRACT	52
1.3. INTRODUÇÃO	53
1.4 REVISÃO DA LITERATURA.....	55
1.5. MÉTODO.....	57
1.6. RESULTADOS.....	58
1.7. DISCUSSÃO	63
1.8. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA.....	70
CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74

ANEXOS

ANEXO I- Parecer da Unidade de Inovação e Desenvolvimento, Comissão de Ética para a Saúde e Conselho de Administração

APÊNDICES

APÊNDICE I- Questionário I aplicado aos participantes do estudo

APÊNDICE II- Questionário II aplicado aos participantes do estudo

APÊNDICE III- Procedimento de Enfermagem “*Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência*”

APÊNDICE IV- Formação interna “*Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência*”

APÊNDICE V- Caracterização do nível de facilidade ou dificuldade de execução das intervenções do Procedimento de Enfermagem “*Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência*”

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização da Metodologia de Trabalho na AC do SU.....	58
Tabela 2- Caracterização da Metodologia de Trabalho na AC do SU, após realização de formação teórica e a implementação do PE “<i>Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência</i>”	61

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Ensino Clínico (EC) surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) com Relatório, integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área de Enfermagem à PSC, a decorrer no Instituto Politécnico de Leiria- Escola Superior de Saúde, para obtenção do grau de Mestre em EMC e o título de Enfermeira Especialista na área de Enfermagem à PSC.

Este Mestrado em EMC na área de Enfermagem à PSC surge no percurso académico e profissional, como forma de dar continuidade e aprofundar conhecimentos teóricos e práticos, na maior área de interesse da mestranda, que é a prestação de cuidados à PSC. Este interesse, que teve início na Licenciatura, prende-se pela imprevisibilidade de situações clínicas inerentes à prestação de cuidados à PSC e conseqüentemente ao papel do enfermeiro neste âmbito, ao qual é inerente uma intervenção de enfermagem especializada, com grande necessidade de rápido e correto raciocínio clínico, capacidade de adaptação e mobilização de conhecimentos para uma intervenção adequada para obtenção dos resultados clínicos desejados.

O término deste percurso académico impõe a realização, entrega e discussão do presente Relatório, onde se pretende demonstrar a evolução da mestranda, através de uma reflexão crítica, objetiva, contextualizada e fundamentada do desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de Enfermagem à PSC.

O enfermeiro especialista encontra-se habilitado com um curso de especialização em Enfermagem, um título profissional que lhe reconhece competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade, partilhando um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de enfermagem, que incluem os seguintes domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; e por fim, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais [Regulamento número (n.º) 140/2019, 2019].

Em complemento às competências comuns, existem as competências específicas, que correspondem às competências adquiridas numa área de intervenção própria, traduzindo um incremento nos cuidados de enfermagem prestados em determinado contexto (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Na EMC na área de Enfermagem à PSC, as competências específicas são: cuidar da pessoa, família ou cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe; e potencializar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a

antimicrobianos na PSC e/ou falência orgânica, de acordo com a complexidade da situação e a necessidade de respostas atempadas adequadas (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A PSC, alvo de cuidados da área de especialidade em questão, é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, necessitando de cuidados altamente qualificados e contínuos, de forma a dar resposta às necessidades afetadas e permitir manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O Curso de Mestrado em EMC na área de Enfermagem à PSC tem integrado três módulos de EC que decorreram, sequencialmente, em contexto de Serviço de Urgência (SU), em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e, por último, o de Local de Opção, que foi realizado em contexto de Emergência Extra-Hospitalar, na Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

O EC deve ser considerado como um elemento fundamental na transição de enfermeiro para enfermeiro especialista, materializando o relatório apresentado, a síntese crítica da organização, estruturação e atividades que integraram o processo formativo [Ordem dos Enfermeiros (OE), 2021].

O local de escolha de EC em contexto de SU foi num SU Médico-Cirúrgico (SUMC) com elevada área de influência geográfica, por se acreditar que esse fator era um contributo para um elevado número de situações diversas e complexas, com possibilidade de aplicar os conhecimentos teóricos e práticos aprendidos e desenvolver as competências pretendidas. Associado ao referido, pretendeu-se compreender as funções do enfermeiro especialista em EMC na área de Enfermagem à PSC num SU com um nível inferior de diferenciação em relação ao SU onde se exerce funções, assim como o funcionamento e as referências para um nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência. Relativamente ao contexto de UCI, a escolha deveu-se a ser um Centro de Trauma nível 1, com uma Unidade de Neurocríticos integrada e dispor de uma equipa de *Extra Corporeal Membrane Oxygenation* (ECMO). Em relação ao Local de Opção ter sido o contexto de Emergência Extra-Hospitalar, foi selecionado essencialmente devido à vontade de compreender de forma prática as diferenças de cuidar da PSC neste contexto, nomeadamente pelo ambiente, recursos humanos e materiais disponíveis e pelas competências não técnicas que este contexto exige que sejam mobilizadas de forma ainda mais perentória.

A realização do presente Relatório de EC, tem definidos os seguintes objetivos: caracterizar, analisar e refletir criticamente sobre o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, e específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de Enfermagem à PSC; evidenciar o percurso realizado no desenvolvimento das competências, através da aplicação da evidência científica na prática clínica; demonstrar as aprendizagens de elevada complexidade; e apresentar o trabalho de investigação-ação, promotor da qualidade dos cuidados de enfermagem, realizado no local de exercício profissional.

O presente Relatório de EC encontra-se organizado em duas partes distintas. A Parte I, divide-se em 3 capítulos, em que o primeiro capítulo corresponde à realização de uma breve caracterização dos diferentes contextos de EC. O segundo capítulo encontra-se desenvolvido com base numa metodologia crítico-reflexiva sobre as oportunidades de aprendizagem e as experiências vivenciadas, as dificuldades encontradas e as estratégias de melhoria adotadas durante cada EC. Além do referido, realiza-se um paralelismo com a mais recente evidência científica existente e com a legislação e orientações nacionais e internacionais atuais, refletindo-se sobre o impacto de cada contexto de prática clínica no desenvolvimento e consolidação das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas, na área de Enfermagem à PSC. O terceiro capítulo corresponde a uma breve conclusão da análise e reflexão das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista EMC na área de Enfermagem à PSC.

Desta forma, a Parte I encontra-se realizada de acordo com os pressupostos da teoria e da prática da aprendizagem profissional reflexiva de Donald Schön, que propõe uma formação profissional com interação da teoria e da prática, por meio de um ensino reflexivo, baseado no processo de reflexão-na-ação. É uma estratégia promissora para potencializar o desenvolvimento de competências na formação do enfermeiro, pois são consideradas a complexidade das situações e dinâmicas entendidas como estimuladoras do desenvolvimento de competências, capacitando o enfermeiro para lidar, de forma crítica, com os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença (Netto et al., 2018).

A investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento na disciplina, através da resposta a questões ou da resolução de problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades, contribuindo para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (OE, 2006).

A Parte II apresenta um capítulo único, dividido em 8 subcapítulos, que englobam a investigação em Enfermagem, correspondendo à apresentação do processo, resultados e conclusões do trabalho de investigação-ação desenvolvido no local de exercício profissional.

A investigação tem como título “*Metodologia Individual de Trabalho na Área Cirúrgica de um Serviço de Urgência: Orientação para a Melhoria Contínua da Qualidade*” e enquadra-se no conceito de Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

Na primeira fase do trabalho de investigação-ação, foi realizada uma revisão da literatura sobre as atuais metodologias de trabalho em enfermagem e sobre a utilização da metodologia individual de trabalho em enfermagem no SU. Daqui, emergiu a questão de investigação e, posteriormente, o primeiro questionário, que foi aplicado aos enfermeiros de um SU da zona centro de Portugal. A questão de investigação definida foi: Qual é a eficácia da implementação da metodologia individual de trabalho em Enfermagem na prestação de cuidados ao doente na Área Cirúrgica do SU de um Centro Hospitalar da zona Centro de Portugal?

Posteriormente, encontram-se os seguintes subcapítulos, nomeadamente, a metodologia, a apresentação dos resultados, seguida da discussão dos mesmos e, no último capítulo, as conclusões e implicações para a prática da investigação realizada.

Por último, são apresentados os capítulos correspondentes às Considerações Finais e as Referências Bibliográficas do presente Relatório.

A elaboração do presente Relatório teve por base o Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da Escola Superior de Saúde de Leiria (2018) e o Guia para a elaboração de Citações e Referências Bibliográficas- Normas *American Psychological Association* 7^a edição do Instituto Politécnico de Leiria.

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

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

O EC integra a formação do enfermeiro e proporciona uma aproximação com determinado contexto profissional, caracterizando-se pela aplicação do conhecimento teórico, o que gera reflexão crítica e o aperfeiçoamento de competências, proporcionando ao estudante unir o saber com o fazer (Guedes et al., 2009).

Neste primeiro capítulo é realizada uma breve descrição dos locais de EC, de modo a demonstrar a capacidade de cada contexto no que concerne a espaço físico, equipa de enfermagem, equipas multiprofissionais e recursos materiais, assim como a tipologia de doentes cuidados em cada contexto clínico.

1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA

O EC em contexto de SU foi realizado SUMC, o que, de acordo com o Despacho n.º 10319/2014 (2014) corresponde ao segundo nível de acolhimento das situações de urgência, pelo que constitui um apoio diferenciado à rede de SU Básica e referencia para os SU Polivalente as situações que necessitam de cuidados mais diferenciados ou quando há necessidade de apoio de especialidades não existentes no SUMC.

O SU encontrava-se inserido num hospital acreditado pela *Joint Commission International*. A *Joint Commission International* é uma agência de acreditação internacional de unidades de saúde, com sede nos Estados Unidos, que o faz através da verificação e avaliação de procedimentos e normas internacionais, tendo como objetivo a prestação de melhores cuidados ao doente. No SU verificou-se uma notória preocupação com a segurança do doente e satisfação das suas necessidades, tendo presente na sua política institucional a garantia da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, assente na uniformização de informação, através da implementação e cumprimento de instruções, protocolos e procedimentos previamente elaborados, de acordo com as boas práticas.

Durante a realização do EC os enfermeiros encontravam-se distribuídos por onze áreas de trabalho, nomeadamente: Coordenação, Gestão de Camas, Gabinete de Informações à Família, Área Laranja, Área Vermelha, Área Amarela, Área Verde, Área Verdes 2, Área Ortotrauma, Triagem e Retriagem. A distribuição dos enfermeiros por turno era realizada pelos postos de trabalho supracitados, estando estipulado vinte e um enfermeiros no turno da manhã, vinte no turno da tarde e dezoito no turno da noite.

Os doentes admitidos no SU eram oriundos do extra-hospitalar, domicílio ou referenciados através da Linha de Saúde24, dos Centros de Saúde ou de outros hospitais. O acesso era realizado através da Admissão de Doentes, ou através da entrada direta para a Área Vermelha, que correspondia à Sala de Emergência (SE). Após a inscrição no SU, existiam 2 postos de trabalho de Triagem, que era realizada por um enfermeiro, através da Triagem de Manchester, e posteriormente realizado o encaminhamento do doente para as diferentes áreas e especialidades médicas, de acordo com o fluxograma, discriminador e prioridade atribuídos, decorrentes da queixa apresentada. De acordo com a Triagem de *Manchester*, a prioridade clínica atribuída traduz-se em cores (azul – não urgente; verde – pouco urgente; amarelo – urgente; laranja – muito urgente; e vermelho – emergente), que definem o tempo de espera recomendado para a primeira observação médica (Norma n.º 002/2018, 2018).

A SE constitui a interface entre a emergência extra-hospitalar e a emergência hospitalar, sendo uma área fundamental para a mais correta abordagem, tratamento e observação do doente emergente, grave e crítico, com um quadro clínico de descompensação das funções vitais que o coloquem em risco de vida [Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2019]. A SE deste SU encontrava-se em consonância com as recomendações da ACSS (2019), pois localizava-se numa das entradas do SU, próxima do estacionamento das ambulâncias, com acesso restrito, sem passagem por outros espaços funcionais, com uma porta direta para o exterior monitorizada por uma equipa de vigilância, encontrando-se próxima do posto de Triagem e com garantia de um circuito unidirecional no trajeto de entrada e saída de doentes. A SE tinha capacidade máxima para 5 doentes e encontrava-se equipada para a abordagem, observação e tratamento da PSC, nomeadamente com equipamentos para monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva, seringas e bombas perfusoras, sistemas de vácuo e oxigénio, ventiladores e respetivos consumíveis para ventilação invasiva e não invasiva, monitores-desfibrilhadores e carros de emergência.

Relativamente às dotações em Enfermagem, é recomendado que nas equipas dos SUMC, 50% dos enfermeiros sejam especialistas em EMC na Área de Enfermagem à PSC, com formação em Suporte Avançado de Vida (SAV) e que sejam estes a assegurar os postos de trabalho da SE e de Triagem (Regulamento n.º 743/2019, 2019). A equipa de enfermagem deste SU era constituída por mais de cento e trinta enfermeiros, dos quais treze por cento eram especialistas em EMC, não atingindo a percentagem recomendada, com a repercussão dos postos de trabalho da SE e da Triagem não serem assegurados exclusivamente por enfermeiros especialistas em EMC.

1.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A Medicina Intensiva é a área responsável pela prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes com falência iminente ou estabelecida de uma ou mais funções vitais (Paiva et al., 2016). As UCI destinam-se à observação, diagnóstico e tratamento médico ou cirúrgico da PSC com situação clínica potencialmente reversível, carecendo de monitorização e apoio de uma ou mais funções vitais, com tratamento em horário contínuo por pessoal médico e de enfermagem especializado (ACSS, 2013; Valentin & Ferdinande, 2011).

Em hospitais de maior dimensão ocorreu a integração de várias UCI, nível II e nível III, num único serviço do hospital (Paiva et al., 2016). No centro hospitalar onde foi realizado EC foi o que se verificou, pois a UCI englobava o nível III de diferenciação, destinado a doentes com disfunção multiorgânica aguda, com necessidade de tratamento imediato a nível de suporte farmacológico, hemodinâmico, de ventilação ou Técnicas de Substituição Renal Contínua e englobava o nível II, destinado a doentes sem necessidade de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica (Valentin & Ferdinande, 2011; Paiva et al., 2016).

A UCI onde foi realizado EC encontrava-se incorporada num centro hospitalar de referência a nível nacional e internacional, com elevado nível de diferenciação clínica, técnica e científica e elevados padrões de qualidade e segurança, englobando todas as especialidades médicas e cirúrgicas, sendo a instituição final de referenciação da Rede de Referenciação de Medicina Intensiva de vários hospitais. Associado ao referido, correspondia a um Centro de Trauma nível 1, com uma Unidade de Neurocríticos integrada na UCI, dispondo, ainda, de uma equipa de ECMO.

A UCI era constituída por uma equipa médica, de Enfermagem e assistentes operacionais, em presença física contínua, em 3 unidades fisicamente separadas: uma unidade com capacidade para doze doentes, outra unidade com capacidade para doze doentes e uma terceira unidade com capacidade para 8 doentes, perfazendo uma lotação máxima de trinta e dois doentes. A equipa de Enfermagem era constituída por mais de cento e trinta enfermeiros e uma enfermeira gestora, responsável pelas 3 unidades.

A UCI encontrava-se organizada de acordo com as recomendações técnicas da ACSS (2013), ou seja, em *boxes* individuais, distribuídas em *open space* e um posto de vigilância centralizado com registo implantado em posição central, de forma a favorecer a visualização, vigilância e acesso imediato aos doentes. Cada unidade do doente permitia a circulação adequada de vários profissionais, com distanciamento físico de modo a reduzir o risco de

infecção, permitir a prestação de cuidados em segurança e acondicionar todos os equipamentos necessários para monitorização e suporte de funções vitais, além de possuir um computador para consultar o processo clínico e realização de registos, no sistema de informação B-Simple®.

Os serviços com os quais as UCI mais se relacionam e com os quais devem manter uma relação de continuidade são o Bloco Operatório e a Radiologia, devendo ainda manter uma relação de proximidade com o SU (ACSS, 2013). Relativamente a este ponto, a maioria das unidades integrantes da UCI conseguiam assegurá-lo, dado que uma das unidades se localizava no piso do Bloco Operatório e uma das outras no piso do SU e Radiologia, no entanto, a terceira unidade encontrava-se fisicamente muito distante de todos os serviços do hospital. Por este motivo, existia distinção nos critérios de admissão em cada unidade, com diferenças na tipologia de doentes, nomeadamente, relativamente aos doentes neurocríticos ou sob ECMO, serem preferencialmente admitidos na unidade próxima ao Bloco Operatório.

Segundo o Regulamento n.º 743/2019 (2019), nas UCI a equipa de enfermagem deve ter na sua constituição e distribuído em cada turno, 50% de enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da enfermagem à PSC. Apesar de à data de realização do EC existirem vários enfermeiros em processo de formação nesta área, o serviço apenas dispunha de 24% de enfermeiros especialistas em EMC, o que ainda não correspondia ao recomendado.

1.3. EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR

O INEM é responsável por definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica em Portugal continental. Garante a assistência extra-hospitalar rápida e mais adequada a vítimas de trauma ou doença súbita, de forma contínua, prestando cuidados de emergência médica em ambiente extra-hospitalar e providenciando o transporte e acompanhamento para o SU (INEM, 2019). A importância da intervenção dos enfermeiros no extra-hospitalar decorre destas responsabilidades, pois os enfermeiros possuem formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação, incluindo em contextos de maior complexidade e constrangimento, sendo detentores de competências específicas que lhes permitem atuar de forma autónoma e interdependente, integrados nas equipas de emergência (OE, 2007).

A VMER é um veículo de intervenção extra-hospitalar destinada ao transporte rápido até ao local onde se encontra o doente, de uma equipa constituída por um médico e um enfermeiro com formação específica, nomeadamente em SAV, com o objetivo de prestar cuidados de

saúde para a estabilização extra-hospitalar e o acompanhamento durante o transporte da PSC. A ambulância SIV tem como missão garantir cuidados de saúde diferenciados e transporte inter-hospitalar do doente crítico, com uma equipa constituída por um enfermeiro com formação em SIV e um Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (INEM, 2019).

Estes meios de emergência médica, atuam na dependência direta dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), que têm competência para coordenar, gerir e apoiar os meios de socorro durante a prestação de cuidados, selecionando-os de acordo com a situação clínica das vítimas, de forma a prestar os cuidados mais adequados no espaço de tempo mais curto (INEM, 2021).

As equipas das VMER e das ambulâncias SIV exercem as suas atividades integradas nos SU das unidades de saúde, o que potencia a cooperação entre instituições e a gestão otimizada dos recursos, contribuindo para a sustentabilidade destes meios de emergência médica (INEM, 2021). Os SU Polivalente e os SUMC devem integrar uma VMER, o que se verificou no local onde foi realizado o EC, pois a VMER encontrava-se integrada num SUMC. Os SU Básica devem integrar uma SIV, no entanto, relativamente à ambulância SIV onde foi realizado EC, era uma das ambulâncias não integradas do INEM, sendo as responsabilidades financeiras, de garantia de operacionalidade e de gestão de recursos humanos, materiais e equipamentos exclusivamente do INEM (Despacho n.º 5561/2014, 2014; INEM, 2021). Relativamente à enfermagem, quando as ambulâncias SIV se encontram em gestão integrada, o enfermeiro além de exercer funções no extra-hospitalar, também exerce funções no SU Básica e colabora no transporte inter-hospitalar de doentes críticos, o que traz ganhos na melhoria da resposta aos cidadãos que necessitam destes meios no extra-hospitalar, devido à melhoria na relação e interligação entre profissionais e pela manutenção e desenvolvimento das competências dos enfermeiros, pois a sua prática clínica não fica dependente apenas da casuística do extra-hospitalar (Parecer n.º 22/ 2015, 2015; INEM, 2021).

A VMER e a ambulâncias SIV eram ativadas para as ocorrências após acionamento pelo CODU através de um sinal sonoro, seguido de um alerta visual na aplicação informática *INEM Tool for Emergency Alert Medical System* (iTEAMS), acompanhado do número da ocorrência, idade e género da vítima, do motivo da ativação, da localização da ocorrência, com morada e pontos de referência, e com informação de quais os outros meios ativados para o local. Simultaneamente existia também o envio de uma mensagem escrita para o telemóvel do meio a indicar a ativação, podendo existir um contacto telefónico ou via rádio, através do Sistema Integrado de Redes de Emergência e Segurança de Portugal (SIRESP), para transmissão de informação pertinente. De seguida, era enviado pelo *team leader* o ponto de situação do meio

através do SIRESP, onde cada número correspondia a uma mensagem predefinida, de forma a permitir ao CODU acompanhar em tempo real o ponto de situação da ocorrência, facilitando uma gestão eficaz e adequada dos diversos meios existentes.

Tendo em consideração as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de Enfermagem à PSC, esta é considerada a área de especialidade preferencial para o exercício profissional no extra-hospitalar, tanto na prestação de cuidados como na gestão, devendo ser associada à competência acrescida diferenciada em emergência extra-hospitalar (Regulamento n.º 743/2019, 2019; Parecer n.º 05/2021, 2021). Nos meios do INEM onde foi realizado EC, as funções de gestão e coordenação dos meios estavam asseguradas por enfermeiros especialistas em EMC, no entanto as equipas não eram constituídas exclusivamente por enfermeiros especialistas nesta área.

2. ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DESENVOLVIDAS

O exercício da Enfermagem requer várias combinações complexas de conhecimento, desempenho, habilidades e atitudes, o que implica a necessidade de uma definição holística de competência, promotora do desenvolvimento de padrões de competência e de instrumentos necessários para a sua avaliação. A competência profissional dos enfermeiros corresponde aos níveis esperados de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores, sendo essencial na qualidade dos cuidados de enfermagem e na segurança do doente (Oliveira et al., 2015).

Durante os EC foram desenvolvidos os conhecimentos previamente adquiridos, com a simultânea aquisição de novas aprendizagens, atingindo-se as competências comuns e as competências específicas definidas enquanto futura enfermeira especialista em EMC na área de Enfermagem à PSC.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do enfermeiro especialista são aquelas que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, sendo demonstradas 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 n.º 140/2019, 2019).

O presente capítulo assenta no desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, englobando 4 subcapítulos de acordo com o domínio de cada competência.

2.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Durante os EC foi exercida a prática de enfermagem com responsabilidade ética e legal, com conhecimento do Código Deontológico e Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, salvaguardando-se o sigilo profissional, confidencialidade, dignidade e privacidade, com respeito pelas crenças e valores da pessoa e ausência de juízos de valor. Através do desenvolvimento de conhecimento teórico relativo a conceitos éticos, deontológicos e legais, com a integração na prática clínica e experiência profissional, foi possível, ao longo deste período de aprendizagem, analisar a prática diária de enfermagem de uma forma mais crítica e adequada, assim como desenvolver a capacidade de reflexão, com capacitação para uma melhor tomada de decisão.

Durante a prestação de cuidados de enfermagem foi garantida a obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido, informando-se previamente o doente alvo de cuidados sobre as intervenções a realizar, garantindo-se os esclarecimentos necessários e compreensão da informação transmitida. Desta forma, foi garantido o cumprimento do Artigo 105º- Dever de informação do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (2015) e promovido o princípio ético da autonomia, que, de acordo com Rosa et al. (2016), permite ao doente a liberdade de decisão, com conhecimento de causa e sem coação, mediante uma informação correta. Devido à situação clínica de alguns doentes, com incapacidade de tomar decisões e fornecer o consentimento informado, nomeadamente em situações de Paragem Cardiorrespiratória (PCR) e de emergência em doentes entubados e ventilados sob sedoanalgesia, foram tomadas decisões com o intuito de obter o melhor prognóstico para os doentes e prestados cuidados de enfermagem indispensáveis em benefício da saúde de cada doente. Nestas situações clínicas, recorreu-se ao consentimento presumido, pois a obtenção de outro consentimento, implicava perigo grave para a saúde e para a vida, por adiamento na realização de intervenções (OE, 2005; Entidade Reguladora da Saúde, 2009; Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, 2001). Em todas as intervenções realizadas foi garantido o cumprimento dos princípios éticos da beneficência, baseado no conceito de fazer o bem, e o da não-maleficência, fundamentado em não causar dano (Rosa et al., 2016).

A privacidade é um direito humano fundamental que deve ser preservada em todas as dimensões, sendo a privacidade física e a de informação as duas dimensões que mais são comprometidas em contexto hospitalar (Morganheira et al., 2017). A condição de doença gera sentimentos como incapacidade, dependência, insegurança e sensação de perda do controlo sobre si mesmo, pelo que os doentes encaram a hospitalização como fator de despersonalização, reconhecendo dificuldades para manter sua identidade, intimidade e privacidade. Muitas vezes, os enfermeiros invadem a privacidade e intimidade do doente, colocando-os em situações de vulnerabilidade, através dos cuidados que prestam, levantando questões ético-legais e morais (Pupulim & Sawada, 2002; Simões et al., 2023). A prestação de cuidados de enfermagem à PSC pode ser suscetível de uma maior exposição corporal, com invasão da privacidade do doente, devido às várias monitorizações existentes e procedimentos invasivos realizados, sendo por isso importante refletir de forma crítica sobre o assunto. Efetivamente existiu esta verificação na UCI, pois os doentes que se encontravam com vários dispositivos médicos invasivos ou com uma situação clínica de maior instabilidade hemodinâmica muitas vezes encontravam-se apenas protegidos por um lençol, de forma a facilitar procedimentos que fossem necessários em situações de emergência. Apesar do referido, considera-se que se conseguiu garantir o cumprimento do Artigo 107º - Do respeito pela intimidade da OE (2005) em que a privacidade e a intimidade do doente foram

asseguradas através da utilização de biombos, nomeadamente durante a realização de intervenções de enfermagem com necessidade de maior exposição corporal e durante a receção das famílias.

Em contrapartida, apesar das estratégias adotadas no SU, como a utilização de cortinas e biombos, considera-se que este contexto foi aquele em que foram sentidas maiores dificuldades em salvaguardar a privacidade e intimidade dos doentes durante a prestação de cuidados, devido à elevada afluência de doentes, com sobrelotação e elevado ruído no serviço, o que comprometeu o tom e a altura da voz na realização dos diálogos com os doentes. Considera-se importante refletir sobre o referido, pois, de acordo com Morganheira et al. (2017), o hospital constitui um ambiente hostil à natureza humana, que intensifica a fragilidade física e a vulnerabilidade do doente, sendo a preservação da privacidade do doente essencial no estabelecimento de uma relação terapêutica entre este e os profissionais de saúde, além de ser um indicador importante da qualidade dos cuidados. Relacionando o referido, com o facto do SU ser a entrada do doente no contexto hospitalar, pode considerar-se que uma má experiência pelo comprometimento da privacidade e intimidade do doente no SU, pode ter influência na relação terapêutica com os profissionais de saúde e na perceção da qualidade dos cuidados, dificultando a vivência em contexto hospitalar. Esta afirmação é igualmente sustentada por Pupulim e Sawada (2012), que referem que o doente tem a sua privacidade comprometida ao dar entrada no hospital, o que se acentua conforme a gravidade da doença e o grau de dependência dos cuidados.

Em contexto extra-hospitalar, que pelo ambiente, poderia ser mais suscetível da privacidade do doente ser negligenciada, verificou-se e realizou-se exatamente o oposto, nomeadamente através de uma preocupação transversal em transferir o doente para a ambulância, principalmente nas situações ocorridas na via pública, assegurando-se também, que o doente estava adequadamente coberto nos momentos de circulação, como referido no Código Deontológico do Enfermeiro (2005).

A verificação da morte é uma competência médica, realizada quando existe cessação das funções do tronco cerebral (Lei n.º 141/99, 1999). De acordo com o INEM (2020), no qual é fundamentado o Protocolo Ambulância SIV “*Paragem Cardiorrespiratória no Adulto*”, apenas não se prevê o início de SAV nos casos de morte evidente por lesões incompatíveis com a vida, como decapitação, hemicorporectomia, carbonização e corpo em putrefação, pois são as situações em que legalmente a verificação do óbito não carece da presença de médico. Durante o EC na ambulância SIV existiram várias ocorrências por PCR que, pela ausência de médico no local, levaram a uma reflexão interna relativamente ao início de SAV, pois ocorreram em doentes paliativos, em rigidez cadavérica ou em situações em que a situação

de PCR se tornaria irreversível, pelo elevado tempo sem assistência até ao início de reanimação cardiorrespiratória, o que de acordo com Oliveira e Figueiredo (2014) se traduz num investimento desnecessário e uma violação do direito de morrer com dignidade. O confronto com a necessidade de iniciar SAV nas situações onde já não se verificava o princípio da beneficência desencadeou uma forte necessidade de reflexão crítica. Esta reflexão encontrava-se em consonância com Oliveira e Figueiredo (2014), que fazem referência às situações em que o tempo prolongado e a situação clínica e física do doente em PCR levam os enfermeiros em contexto de ambulância SIV a refletir sobre a legitimidade do início de SAV, pois, apesar de o enfermeiro ter a perceção de que é desadequado e infrutífero proceder à reanimação cardiorrespiratória por questões de natureza ética, por outro lado, existe uma imposição legal em executar um protocolo que está instituído, sob pena do seu incumprimento poder ser punido judicialmente. Ainda de acordo Oliveira e Figueiredo (2014), verifica-se que a evolução da emergência extra-hospitalar e a implementação das ambulâncias SIV não foi acompanhada por uma adequada adaptação legal e jurídica à sua especificidade e conhecimento científico, teórico e prático dos enfermeiros, pois os critérios para não iniciar reanimação cardiorrespiratória são os mesmos tanto para uma ambulância SIV como para um meio de Suporte Básico de Vida e para os restantes cidadãos. Desta forma, considera-se importante providenciar mais credibilidade e poder de decisão aos enfermeiros, assim como rever o Protocolo Ambulância SIV “*Paragem Cardiorrespiratória no Adulto*” e incluir critérios que contemplem o não início de reanimação cardiorrespiratória em situações em que a possibilidade de recuperação seja nula ou em que seja essa a vontade, previamente declarada, do doente (Oliveira & Figueiredo, 2014).

O enfermeiro está sujeito ao segredo profissional, conseqüente da relação terapêutica que estabelece com o doente de quem cuida, por isso a informação sobre os cuidados de enfermagem apenas deve ser partilhada de acordo com a vontade expressa deste, quando se encontra em condições para o fazer. No entanto, existem situações de perda de autonomia irreversível ou transitória, em que o direito da família à informação sobre a situação clínica do doente se justifica para que possa agir no seu interesse, revertendo-se em benefícios para o doente e/ou família como prestadora de cuidados, não se constituindo como quebra da confidencialidade (Parecer Conselho Jurisdicional- 8/2008, 2008). Decorrente da tipologia de alguns doentes nos diferentes contextos de EC, em associação ao cuidar da PSC ser maioritariamente decorrente de situações agudas e inesperadas, existiram várias situações clínicas em que os doentes não tiveram oportunidade prévia de expressar a sua vontade relativamente à informação a prestar à família, pelo que foi aplicado o referido anteriormente, considerando que a quebra do segredo profissional com transmissão de informação se revertia em benefício para o doente e para a família.

Nos SU é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa indicada pelo doente, e nos casos em que a situação clínica não permita ao doente escolher livremente o acompanhante, os profissionais do serviço devem promover o direito ao acompanhamento, podendo solicitar ao representante legal, a demonstração do parentesco ou da relação com o doente. No entanto, salvaguarda-se que o acompanhamento não pode comprometer as condições e requisitos técnicos necessários à prestação de cuidados de saúde (Lei n.º 15/2014, 2014). Atendendo à sobrelotação do SU onde foi realizado EC, verificou-se que não foi possível garantir o direito ao acompanhamento de todos os doentes, pois, em determinadas situações, comprometia o bom funcionamento do serviço e a privacidade de outros doentes. De forma a tentar minimizar o impacto da inexistência de condições de acompanhamento e garantir informação adequada e atempada, ao acompanhante, sobre o doente nas diferentes fases de atendimento, existia um Gabinete de Informações. No entanto, após realização de um turno neste Gabinete surgiu uma questão ética merecedora de reflexão, pois de acordo com o Conselho Jurisdicional 8/-2008 (2008), o direito do doente à confidencialidade reforça o direito de que o próprio deve decidir, sempre que possível, aquilo que, da informação, pode ser partilhado, sendo que quando o doente não tem capacidade de decisão, deve ser considerado o seu melhor interesse, considerando o seu bem-estar, segurança física, emocional e social e os seus direitos. Efetivamente verificou-se que todas as decisões foram tomadas no melhor interesse do doente, no entanto, nem sempre foi respeitado o supracitado, pois não era solicitado aos doentes com capacidade de decisão, autorização para transmitir informações da sua situação clínica ao acompanhante. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019), o enfermeiro especialista no domínio da sua competência comum de responsabilidade profissional, ética e legal desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, além de promover o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde se encontra inserido, motivos pelos quais a presença de um enfermeiro especialista no Gabinete de Informações se poderia traduzir em ganhos na oportunidade de melhoria ética, deontológica e profissional identificada.

2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A promoção da segurança do doente requer um esforço coordenado e persistente de todas as partes envolvidas e uma abordagem sistemática, contínua e promotora da segurança e cultura de segurança, baseada numa lógica não punitiva e de melhoria contínua (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

A definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC visa-se simples e de fácil aplicabilidade, para que sejam norteadores e uma referência para a prática especializada consoante o alvo e contexto de intervenção, reiterando a adoção do enquadramento concetual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem publicadas pelo Conselho de Enfermagem da OE. Os enfermeiros especialistas na área de Enfermagem à PSC são essenciais na resposta à necessidade de cuidados seguros da PSC e/ou falência orgânica, através dos 7 enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem na PSC: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (OE, 2017).

Na procura da excelência do exercício profissional de Enfermagem, a existência de uma política de formação contínua da equipa, surge como promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade (OE, 2001). A complexidade associada à constante evolução tecnológica em saúde, associada à elevada imprevisibilidade de situações clínicas e responsabilidade da prática clínica na prestação de cuidados de enfermagem à PSC, requer uma equipa de enfermagem com conhecimento teórico e competências técnicas, comunicacionais e relacionais que garantam a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Verificou-se que a formação em serviço era uma realidade presente e transversal aos diferentes contextos de EC, que surgia como uma das estratégias facilitadoras da incorporação da prática baseada na evidência científica, considerando os avanços científicos e tecnológicos, dirigida para as necessidades da equipa de enfermagem e contribuindo para garantir a qualidade dos cuidados. Os elementos das equipas de enfermagem encontravam-se distribuídos por vários grupos de trabalho sobre temáticas pertinentes para a melhoria contínua da qualidade dos serviços. Cada grupo era responsável pela realização e revisão periódica dos protocolos, instruções de trabalho, procedimentos de enfermagem e formação contínua em serviço na sua área de intervenção. Considera-se que esta metodologia contribuía de forma eficaz para a melhoria contínua da qualidade, pois os vários documentos disponíveis nos serviços facilitavam o processo de integração de novos elementos e de estudantes, promovendo também, a uniformização de procedimentos e que a equipa trabalhasse em consonância. Além do referido, percebeu-se que a formação contínua em serviço incutia responsabilização e motivava a necessidade de investigação de quem a realizava, contribuindo para uma prática baseada em evidência científica, através de uma

partilha de conhecimento, reflexão sobre a prática atual e atualização, aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências.

A incorreta identificação de doentes é causa de erros com medicação, transfusões, realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica, realização de intervenções a pessoas erradas e outros incidentes de gravidade para os doentes (Orientação n.º 018/2011, 2011; Despacho n.º 1400-A/2015, 2015). A identificação inequívoca de doentes encontra-se inserida no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, no pilar estratégico referente a práticas seguras em ambientes seguros (Despacho n.º 9390/2021, 2021). A identificação inequívoca do doente é um aspeto primordial para a segurança de todos, sendo que a incorreta identificação de doentes em contexto extra-hospitalar pode ter consequências ainda mais severas, pois, sendo o início da cadeia de prestação de cuidados, pode refletir-se numa incorreta identificação também na admissão e prestação de cuidados no SU. De acordo com o Despacho n.º 1400-A/2015 (2015), a prestação segura de cuidados de saúde fica comprometida se a identificação correta do doente ou a correspondência deste à intervenção a que é submetido, não forem corretamente realizados.

Em contexto de SU, pela elevada afluência e rotatividade de doentes, a identificação inequívoca do doente exigiu uma atenção redobrada para que a segurança fosse assegurada, pois, de acordo com o Despacho n.º 1400-A/2015 (2015), o elevado número de doentes e de profissionais da saúde envolvidos na prestação de cuidados de saúde e a necessidade de resposta imediata às situações de urgência ou emergência potenciam a probabilidade de ocorrência de incidentes relacionados com a identificação dos doentes. Apesar do referido, verificou-se uma preocupação transversal neste sentido, através da boa prática de confirmação de 2 critérios de identificação fidedignos dos doentes, nomeadamente do nome completo e data de nascimento ou nome completo e número de processo clínico na instituição (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015). No SU, onde há recurso a pulseira como meio de identificação do doente, esta deve ser consultada antes de qualquer procedimento, sendo necessário que haja uma validação dos dados do doente, no momento da sua colocação (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

A informação na transição de cuidados, para segurança do doente, deve obedecer a uma comunicação eficaz com recurso à metodologia Identificação / Situação / Antecedentes / Ação / Recomendações (ISBAR) (Norma n.º 001/2017, 2017). No Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 a comunicação é considerada um dos pilares estratégicos, reforçando-se que esta seja efetiva ao longo de todo o ciclo de cuidados, destacando-se os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre os profissionais envolvidos (Despacho n.º 9390/2021, 2021). Durante os

contextos de aprendizagem clínica, foi assegurada a continuidade dos cuidados de enfermagem nos diferentes momentos de transição de cuidados e transferência de responsabilidade, através da transmissão de informação verbal, através da metodologia ISBAR, garantindo-se a padronização do conteúdo transmitido, de forma sucinta, com linguagem científica e sem perdas de informação. Em complemento também foi garantida a continuidade dos cuidados através dos registos de enfermagem realizados na plataforma iTEAMS, em contexto extra-hospitalar, e nos sistemas de informação em enfermagem SClinico®, no SU, e B-Simple®, na UCI, reforçando-se a segurança da prática de enfermagem.

O momento de transição de cuidados, nomeadamente do contexto extra-hospitalar para o intra-hospitalar, apresenta especiais riscos para a segurança do doente, e para a qualidade e continuidade dos cuidados, sendo reconhecido como um momento de vulnerabilidade, devido a possíveis lacunas na comunicação entre os profissionais. Acredita-se que os doentes atendidos no contexto de urgência são vulneráveis a perda de continuidade da assistência na transição entre o cuidado extra-hospitalar e intra-hospitalar, sendo necessária uma adequada transição de cuidados para garantir a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Nascimento et al., 2022). Durante o EC realizado na ambulância SIV foi observado o referido anteriormente, pois, apesar da correta transmissão de informação realizada na triagem e dos registos efetuados no iTEAMS, verificou-se que ainda existia alguma perda de informação importante, principalmente referente aos componentes de Avaliação e Recomendações da metodologia ISBAR, pois estes não eram transmitidos aos profissionais de saúde do setor no SU onde o doente ia ser cuidado. Relativamente a esta oportunidade de melhoria identificada, realça-se o desempenho dos profissionais da VMER, pois, após a Triagem, mantinham o acompanhamento do doente até ao setor onde ia ser cuidado, transmitindo novamente a informação aos profissionais do respetivo setor, sendo esta adequada transição de cuidados, de acordo com Nascimento et al. (2022) um contributo para a garantia da melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para a diminuição dos custos.

De acordo com a Norma n.º 002/2018 (2018), a função de triagem deve ser realizada em exclusividade e por períodos que não sejam demasiado longos devido à intensidade previsível do trabalho que é executado. A carga horária elevada e contínua na triagem prejudica o desempenho dos triadores, pois é identificada como geradora de cansaço e diminuição da capacidade de concentração, associada à constante tomada de decisão e à pressão que é exercida sobre o enfermeiro triador (Costa et al., 2022). À data da realização do EC no SU, os enfermeiros eram escalados no posto de trabalho Triagem durante o turno inteiro, correspondendo a cerca de 8 horas. Após colaboração neste posto de trabalho nesse período

e refletindo sobre a Norma supracitada, uma proposta de melhoria da qualidade e segurança, que contribui para a prevenção do erro, e que foi referida por Costa, et al (2022) consiste na melhoria da gestão de recursos humanos de forma a assegurar a troca dos enfermeiros triadores a meio do turno. O referido, encontra-se também corroborado por Amaral (2017), que refere evidências entre as não conformidades identificadas nas auditorias e o final do turno da manhã, associando-as ao cansaço do enfermeiro triador.

Relativamente à realização de retriagem, o SU onde foi desenvolvido o EC tinha implementado esta nova metodologia de avaliação, dos doentes triados e sem observação médica, nos turnos da manhã e da tarde, com reavaliação dos doentes nas situações previstas na Norma n.º 002/2018 (2018), nomeadamente quando o tempo de espera para a primeira observação excedia o limite previsto na Triagem de Manchester para a prioridade atribuída. Devido à elevada afluência de doentes, verificou-se dificuldade no cumprimento dos tempos de espera definidos para primeira observação médica, principalmente nos doentes com prioridade não urgente, pouco urgente e urgente. De acordo com Costa et al. (2022) um dos fatores que prejudica o desempenho dos enfermeiros triadores é o elevado tempo de espera para primeira observação médica, pois pode influenciar a prioridade atribuída, pelo receio de agravamento do estado do doente. Realizando um paralelismo com o referido, considera-se que a realização de retriagem dos doentes, pode contribuir para o desempenho dos enfermeiros triadores, pois se o tempo máximo para a primeira observação for excedido, haverá nova triagem, onde há uma avaliação de enfermagem, que pode contribuir para prevenir ou detetar precocemente agravamentos do estado clínico do doente, garantindo-se o cumprimento da Norma n.º 002/2018 (2018), através da identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada.

Relativamente à segurança dos medicamentos verificou-se, de forma transversal aos 3 contextos de EC, um cuidado no armazenamento e identificação com sinaléticas próprias nos concentrados de eletrólitos, nos medicamentos de alto risco e nos medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes, designados por medicamentos *Look Alike*, *Sound Alike* (LASA). Verificou-se o cumprimento das Norma n.º 020/2014 (2014) e Norma n.º 014/2015 (2015) da DGS, na implementação de práticas seguras no que respeita aos medicamentos LASA e de alto risco, contribuindo para a diminuição da probabilidade da existência de erros de administração medicamentosa, incluindo em situações urgência ou emergência, que se tornam mais suscetíveis de erro, devido à necessidade de rapidez de atuação, maiores níveis de *stress* e prescrições maioritariamente verbais. Além dos cuidados referidos, relativos à segurança dos medicamentos, também se verificou que a reposição de medicação era realizada pelo princípio *First Expires, First Out*, garantindo-se que a medicação

que expirava o prazo de validade primeiro, era a primeira a ser utilizada, de forma a evitar o desperdício e a administração de medicação fora do prazo de validade.

2.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

A gestão de cuidados de enfermagem desempenha um papel preponderante para o alcance de metas como a qualidade, ambientes seguros, eficiência e eficácia dos cuidados de saúde, através dos recursos existentes, da dotação e adequação dos profissionais, da formação e da metodologia de trabalho (Despacho n.º 9390/2021, 2021). Neste domínio, considera-se que o enfermeiro especialista otimiza a resposta da equipa de enfermagem e a articulação com a equipa multiprofissional, com competência para adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e contexto, contribuindo para a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

No SU e na UCI existia, distribuído em cada turno, um enfermeiro coordenador que assumia um papel de gestão dos serviços, sendo o responsável pela sua organização e funcionamento, através da otimização de recursos humanos e físicos, gestão de conflitos, reposição de *stocks*, gestão da esterilização do material, realização de pedidos à farmácia, contabilização dos estupefacientes e psicotrópicos, entre outras ações que contribuíssem para a melhoria da dinâmica dos cuidados prestados, bom funcionamento do serviço e promoção de práticas seguras e de qualidade.

Relativamente às funções de coordenação no SU, existiam trinta enfermeiros a exercer estas funções, em que onze eram enfermeiros especialistas, dos quais nove eram enfermeiros especialistas em EMC, não se encontrando em consonância com o Regulamento n.º 743/2019 (2019), onde se recomenda que os enfermeiros a assegurar o posto de trabalho de coordenação de turno no SU sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na PSC. No SU, além da coordenação de turno, existia também o enfermeiro responsável por cada área, que, em articulação com o enfermeiro coordenador, colaborava na manutenção da operacionalidade da respetiva área, através da gestão de recursos humanos, verificação de materiais e equipamentos, verificação dos prazos da medicação e produtos farmacêuticos multidoses e do preenchimento das *checklist* de verificação existentes.

Relativamente às funções de coordenação na UCI, o serviço dispunha de um Procedimento de Enfermagem (PE) interno denominado “*Enfermeiro Coordenador de Turno: Perfil de Competências e Intervenções*”, onde foi possível verificar que foram selecionadas determinadas competências, ferramentas e habilidades necessárias ao enfermeiro

coordenador de turno na UCI, das quais se destaca: possuir um conhecimento diferenciado na prestação de cuidados à PSC, com prática baseada na evidência; deter elevado conhecimento das competências de cada enfermeiro da equipa; ser uma referência na equipa; possuir elevada capacidade comunicacional, de liderança, de adaptação, de gestão de conflitos e de tomada de decisão; e deter elevada capacidade de organização em articulação com os recursos disponíveis, distribuição e delegação de tarefas. Apesar das recomendações existentes, nomeadamente no Parecer n.º 15/2018 (2018), onde é recomendado ser um enfermeiro especialista em EMC a exercer funções de coordenação de turno na UCI, tal ainda não era garantido em todos os turnos. Apesar disso, realizando um paralelismo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019) e o PE “*Enfermeiro Coordenador de Turno: Perfil de Competências e Intervenções*”, foi possível compreender que as competências que o serviço definiu necessárias ao enfermeiro coordenador de turno se enquadram no domínio da competência comum da gestão dos cuidados do enfermeiro especialista, denotando-se uma preocupação na seleção dos enfermeiros que exercem funções de coordenação, quando não era possível ser um enfermeiro especialista em EMC.

Uma das funções do enfermeiro coordenador de cada unidade da UCI, que se considera importante destacar, era a de comparecer e participar de forma ativa na reunião médica diária, onde se realizava a discussão sobre a situação clínica de todos os doentes internados e eram tomadas decisões clínicas. Considera-se que esta reunião multidisciplinar, contribuía de forma bastante eficaz para uma efetiva interligação multiprofissional, com benefícios para o doente, pois as decisões clínicas eram tomadas de forma holística com a perspetiva médica e de enfermagem. Após a reunião, o enfermeiro coordenador transmitia ao enfermeiro responsável por cada doente as atualizações e decisões clínicas, promovendo a fluidez de comunicação entre as equipas e diminuindo a probabilidade de perda de informação.

Relativamente ao contexto extra-hospitalar, no que concerne às funções de gestão de equipa nas ocorrências existe uma disparidade entre os enfermeiros que exercem funções em contexto de ambulância SIV e na VMER. O contexto do exercício extra-hospitalar, é uma área a que está implícita a tomada de decisão partilhada, com base nas competências individuais, onde está preconizado um modelo de liderança com um *team leader*, que no contexto de VMER é habitualmente atribuído ao médico, enquanto no contexto de ambulância SIV, esta função é atribuída ao enfermeiro (Tavares, 2012). Apesar do referido, o que foi maioritariamente verificado na VMER onde se realizou EC, foi efetivamente uma tomada de decisão partilhada, com uma verdadeira cooperação, discussão e trabalho de equipa entre o enfermeiro e o médico, em que as decisões finais eram tomadas em conjunto, com consideração da perspetiva profissional do enfermeiro.

O facto de o enfermeiro ser o profissional de saúde com maior diferenciação na ambulância SIV, requeria deste, além de um grande domínio das competências técnicas, também um elevado domínio das competências não técnicas. As competências não técnicas são capacidades que podem ser adquiridos pelos enfermeiros, contribuindo para a segurança e desempenho eficaz de tarefas, e incluem a preparação ou conhecimento da situação, a comunicação, a tomada de decisão, capacidade de resolução de problemas, liderança, trabalho em equipa, comunicação e a gestão do *stress*. A formação nestas competências tem demonstrado melhorar o desempenho dos enfermeiros e aumentar a segurança dos doentes, ajudando a alcançar resultados clínicos bem-sucedidos (Carvalho, 2016; Pires et al., 2018). Neste domínio, destaca-se a ambulância SIV, onde foi possível desenvolver-se algumas competências não técnicas, principalmente em cenários de PCR, pois além da equipa da ambulância SIV, também existia a equipa dos Bombeiros Voluntários para coordenar. Considera-se que nestes cenários se destaca a gestão e liderança que o enfermeiro tem de realizar enquanto *team leader*, pois atendendo a ser o único enfermeiro, não pode ser um *team leader* sem funções técnicas, devido às suas intervenções não delegáveis, como a punção venosa, administração de fármacos, abordagem da via aérea, e ainda a gestão do ambiente e da família, realização de colheita de informação e transmissão de informação ao médico regulador do CODU.

A liderança é uma competência, que embora complexa é essencial à organização do trabalho, exigindo preparação, criatividade e determinação, sendo imprescindível aos enfermeiros que exercem funções em contexto extra-hospitalar, tanto na prestação direta de cuidados como na gestão da equipa e das suas condições de trabalho (Grivol et al., 2020). Sendo a adaptação da liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto clínico, competências inerentes ao enfermeiro especialista em EMC na área de Enfermagem à PSC, torna-se possível identificar ganhos na qualidade dos cuidados neste contexto de EC quando estes são assegurados pelo enfermeiro especialista nesta área.

A adoção de medidas de intervenção como o uso de *checklists* nos contextos de emergência promove a melhoria da comunicação, diminui a ocorrência de falhas, constituindo uma ferramenta no alcance da qualidade e da segurança na prestação de cuidados (Amaya et al., 2016). Desta forma, o cumprimento das *checklists* existentes ajuda a garantir os recursos materiais e equipamentos adequados às diversas situações clínicas. A sua verificação diária garante a sua operacionalidade constante, diminuindo a probabilidade de falhas, além de ajudar na localização de todo o material e equipamento, de forma a rentabilizar o tempo quando é necessário utilizar, o que se torna ainda mais preponderante nos materiais e equipamentos que são menos utilizados. A utilização de *checklists* era algo transversal aos 3

contextos de EC, com calendarizações diárias, semanais e mensais de tarefas, que permitiam garantir a operacionalidade e o funcionamento de todo o material e equipamento disponível.

São aspetos fundamentais para atingir elevados níveis de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde, a dotação adequada de enfermeiros, considerando o seu nível de qualificação e perfil de competências, o número de horas de cuidados por doente e por dia, os tempos médios despendidos em determinados procedimentos, as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Em contexto de UCI recomenda-se que sejam adotadas dotações de enfermeiros de acordo com a tipologia da unidade e das necessidades específicas de cuidados, o que em unidades com diferenciação nível III corresponde a uma relação de 1:1 (enfermeiro-doente) e em nível II corresponde a uma relação 1:2 (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Durante o EC verificou-se que esta dotação nem sempre foi garantida, com situações em que 1 enfermeiro ficou responsável por 2 doentes correspondentes a diferenciação nível III.

Ao longo do seu exercício profissional, o enfermeiro deve prestar cuidados de enfermagem em segurança e com qualidade, decorrentes das diferentes opções de organização dos cuidados de enfermagem. A organização pode basear-se em um ou mais métodos de trabalho, que são decididos com base num conjunto de fatores, nomeadamente a cultura institucional, a gestão de enfermagem, a disponibilidade de recursos e as características dos diferentes elementos integrantes da equipa de enfermagem (Ventura-Silva et al., 2021). A metodologia de trabalho utilizada na ambulância SIV e na VMER, assim como na UCI ao nível dos cuidados gerais e especializados em EMC era o método individual, que se encontra centrado na pessoa alvo dos cuidados. Considerou-se que o recurso a esta metodologia contribuía para elevados níveis de segurança e qualidade dos cuidados prestados à PSC, pois evitava a fragmentação de informação e cuidados, permitindo ao enfermeiro ter um conhecimento dinâmico sobre toda a situação clínica do doente e implementar, de forma estruturada, o Processo de Enfermagem durante a sua prestação de cuidados. Refletindo-se sobre a prática clínica durante o EC, considera-se que a utilização desta metodologia de trabalho produz maiores níveis de satisfação na prestação de cuidados, devido ao maior conhecimento sobre o doente e família, o que se reflete na qualidade dos cuidados prestados e na garantia da sua continuidade.

Dos contextos de aprendizagem clínica, a UCI era o único serviço onde existia distribuição dos doentes pelos enfermeiros, por turno. Esta distribuição era realizada pelo enfermeiro coordenador do turno anterior, baseando-se na promoção da continuidade de cuidados, nas

competências dos enfermeiros, no nível de gravidade dos doentes e necessidades de cuidados de enfermagem com auxílio do instrumento *Nursing Activities Score* (NAS). A NAS é uma ferramenta de gestão utilizada em UCI, preenchida a cada vinte e quatro horas, que permite a obtenção de informações retrospectivas do tempo despendido nos cuidados de enfermagem, baseando-se nas atividades específicas de enfermagem autónomas e interdependentes, independentemente da gravidade da situação clínica do doente, contemplando também o tempo de cuidado à família e de prestação de cuidados indiretos em termos administrativos e de gestão (Sardo et al., 2022).

2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O enfermeiro na sua prática profissional tem o dever deontológico de assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, nomeadamente através da frequência de ações de formação profissional, assim como de garantir a excelência do exercício através da atualização contínua dos conhecimentos (Lei n.º 156/2015, 2015). Quando os cuidados de enfermagem são especializados e referentes à PSC, o referido anteriormente é reforçado, pois são cuidados altamente qualificados e o avanço no conhecimento requer que o enfermeiro especialista em EMC desenvolva uma prática baseada na evidência científica mais atual, direcionada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, revelando-se o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências na sua área de especialização (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Neste domínio procurou-se o desenvolvimento do autoconhecimento, com um comportamento baseado na assertividade.

A prática baseada na evidência promove a segurança, a eficácia e a qualidade dos cuidados de saúde, pelo que a sua incorporação na prática clínica dos enfermeiros é essencial nas suas tomadas de decisão, além de promover o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina do conhecimento e o empoderamento dos enfermeiros, uma vez que estes só são possíveis através de tomadas de decisão baseadas na melhor e mais atual evidência científica (Pinto & Mota, 2023). Consciente do referido, no decorrer dos EC existiram momentos de consciencialização de necessidades formativas, seguidos sempre de aquisição de conhecimento e novas competências. Para isso, demonstrou-se constante disponibilidade para as oportunidades de aprendizagem existentes, mantendo atualizado o conhecimento teórico e competências práticas, através do investimento na formação, leitura dos protocolos e documentos institucionais fornecidos em cada contexto e pesquisa bibliográfica, exercendo-se as funções de forma cientificamente fundamentada com base em evidência atual. Através

da integração em equipas de enfermagem muito experientes e com níveis formativos elevados, foi possível cruzar conceitos teóricos com a prática clínica, contribuindo deste modo para a integração e solidificação de conhecimentos e habilidades profissionais.

Durante o EC em UCI e no INEM verificou-se um grande incremento ao nível das aprendizagens profissionais, por ser a primeira experiência prática com a PSC em UCI e em contexto extra-hospitalar, o que exigiu um trabalho acrescido e elevada necessidade de autoformação teórica para adquirir e demonstrar conhecimentos e desenvolver competências nestas áreas de atuação.

Como já se referiu, verificou-se que nestes serviços a formação interna era uma constante e participativa, fomentando atualização dos profissionais nas últimas *guidelines* e evidência científica. Existiu a oportunidade de se assistir à formação interna sobre o Doente Paliativo no SU, onde foram abordados temas relativos ao Registo Nacional de Não Dadores, Diretiva Antecipada de Vontade e Decisão de Não Reanimar, que são conceitos muito importantes na prestação de cuidados à PSC, de forma a garantir o cumprimento da vontade previamente definida do doente e a sua dignidade. Além desta formação, também foi possível assistir a uma formação intitulada “*Anafilaxia, Sépsis e Via Verde Sépsis*”, durante o EC no INEM, e na UCI assistiu-se a uma formação sobre ECMO, ministrada pelo enfermeiro coordenador da equipa, o que permitiu compreender melhor o funcionamento desta técnica, dinâmica da equipa e esclarecer algumas dúvidas práticas.

Revê-se este percurso formativo pautado de períodos de aprendizagem, contribuindo para o incremento de conhecimentos relativos a cuidados de enfermagem especializados e desenvolvimento de competências. Durante os EC foi sentida uma necessidade crescente de refletir sobre os cuidados prestados e em como cada atividade desenvolvida se enquadrava no processo de desenvolvimento de competências. Considera-se que neste domínio existiu um grande desenvolvimento do pensamento crítico, com capacidade de reflexão crítica sobre a evidência atual e os cuidados prestados, principalmente nas áreas de cuidados com menor experiência profissional, o que foi preponderante no desenvolvimento pessoal e profissional, neste percurso de aquisição de competências especializadas em Enfermagem.

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

O presente capítulo assenta numa análise crítico-reflexiva do desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de especialização da PSC, tendo por base as unidades de competência e critérios de avaliação subjacentes.

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

Todos os EC foram importantes e permitiram o desenvolvimento da competência de cuidar da PSC pelos diferentes estímulos, experiências e oportunidades de aprendizagem inerentes e que melhoraram a capacidade de intervir junto da PSC. Motivada pelos casos clínicos em que se prestaram cuidados, partilharam experiências, conhecimentos e pela integração em serviços e equipas de enfermagem altamente especializadas, foram, transversalmente, consolidadas as capacidades de observar, colher e procurar continuamente informações, identificar focos de instabilidade para antecipar e prever complicações e assegurar uma intervenção precisa, eficiente e em tempo útil, aspetos considerados fundamentais para uma resposta especializada no cuidado à PSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A abordagem Via Aérea / Ventilação / Circulação / Disfunção Neurológica / Exposição (ABCDE) é uma avaliação transversal e sistematizada utilizada na avaliação da PSC, que permite identificar alterações e tratá-las de acordo com a prioridade estabelecida. Esta abordagem permite avaliar a PSC de forma rápida, definindo-se a gravidade do doente crítico, através da avaliação da integridade ou compromisso das funções vitais, que podem colocar a vida do doente em risco (Smith & Bowden, 2017; INEM 2020). A abordagem ABCDE é uma avaliação rápida e detalhada, que pode ser concluída em menos de 5 minutos, exigindo que os profissionais de saúde usem os seus instintos e o seu julgamento clínico, focando-se na PSC como um todo (Peate & Brent, 2021).

A avaliação ABCDE só deve ser realizada por profissionais devidamente instruídos e treinados (Peate & Brent, 2021). Assim, através da mobilização de conhecimentos teórico-práticos previamente adquiridos, garantiu-se a utilização adequada da metodologia ABCDE, durante a prestação de cuidados à PSC, através da priorização de avaliações, para identificar rapidamente possíveis focos de instabilidade hemodinâmica, de forma a planear intervenções adequadas e dirigidas aos problemas identificados, o que segundo Peate e Brent (2021), se constitui um componente essencial para cuidados de saúde seguros.

Durante o EC em contexto de SU, foi integrada uma equipa multidisciplinar, com possibilidade de prestação de cuidados à PSC do foro médico, cirúrgico e traumático, principalmente na SE. Este SU tinha implementados sistemas de resposta rápida, as Vias Verdes Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Coronária, que foram diversas vezes ativadas, o que se pode relacionar com os dados do Instituto Nacional de Estatística (2020), pois as doenças do aparelho circulatório estão na origem do maior número de óbitos em Portugal, destacando-se neste conjunto de doenças as mortes por AVC. Verificou-se que nem sempre os doentes com ativação das Vias Verdes AVC e Coronária eram referenciados do extra-hospitalar ou de outra

instituição de saúde, existindo muitos casos de admissões de doentes que se deslocavam pelos próprios meios. Nestas situações, a primeira abordagem ao doente realizada na triagem era crucial, para uma avaliação correta e ativação da Via Verde correspondente. Tanto no AVC como no Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), o tempo é um fator crucial a ter em consideração, exigindo-se um tratamento em tempo útil, pelas sequelas e incapacidades permanentes que a deficiente irrigação sanguínea provoca a nível cardíaco e cerebral (Souza et al., 2020; Szymanski et al., 2021). As evidências científicas da abordagem destas situações apontam para a rápida estabilização da vítima e diagnóstico precoce, que permita a intervenção de revascularização atempada, com tempos alvo muito bem definidos, relacionando-se a precocidade da instituição do tratamento, diretamente com o prognóstico e recuperação funcional do doente (Pastor et al., 2019; Souza et al., 2020; Szymanski et al., 2021). De acordo com Ferreira, et al (2020), é possível relacionar o prognóstico da PSC na SE com a eficácia da atuação da equipa que lhe presta cuidados. Desta forma, é possível correlacionar a intervenção especializada com a abordagem aos doentes diagnosticados com AVC e EAM, pois, de acordo com Regulamento n.º 429/2018 (2018), numa situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes reconhecem-se de importância máxima, o que associado à prestação de cuidados à PSC e à capacidade de antecipação de focos de instabilidade clínica, são competências do enfermeiro especialista em EMC na área de especialização da PSC.

No decorrer do EC no SU e extra-hospitalar constatou-se, novamente, a importância de uma comunicação eficaz com a PSC, aliada às intervenções de enfermagem. Neste contexto, identificou-se situações de mal-estar emocional, verificadas principalmente à PSC com diagnóstico de EAM e vítimas de trauma, resultantes da gravidade e do inesperado da situação clínica. Concomitantemente à importância das competências técnicas, é possível identificar ganhos em saúde resultantes de uma comunicação eficaz, com valorização dos medos e das questões psicossociais identificadas, e que seja promotora de tranquilidade da PSC, observando-se respostas fisiológicas positivas e maior colaboração por parte do doente, derivadas da valorização destas questões durante a prestação de cuidados.

As situações experienciadas em contexto extra-hospitalar permitiram desenvolver competências a nível da prestação de cuidados à PSC num contexto externo à unidade hospitalar, e como tal, com fatores ambientais e externos menos controlados, e com recursos humanos e materiais mais limitados, existindo necessidade de elevados níveis de conhecimentos teóricos, excelência prática e capacidade de adaptação. A capacidade de avaliar a PSC, através de um rigoroso exame primário e secundário, identificando e

antecipando focos de instabilidade, são aspetos cruciais na qualidade do socorro à PSC no extra-hospitalar.

A tomada de decisão em enfermagem, é um processo complexo e influenciado por diferentes fatores, nomeadamente individuais, externos ou organizacionais, sendo algo inerente à prática clínica de enfermagem, com influência na prestação de cuidados e na gestão de uma equipa de trabalho (Lourenço et al., 2022). Em contexto de ambulância SIV, a tomada de decisão e atuação do enfermeiro era suportada por procedimentos e protocolos de atuação, cuja seleção dependia de uma análise e avaliação de enfermagem. Foi necessário reconhecer sinais e sintomas que permitissem uma tomada de decisão de qual o protocolo a utilizar, para posteriormente transmitir os dados recolhidos ao médico regulador que se encontrava no CODU. Esta intervenção permitiu validar a realização de determinadas intervenções, onde se incluía a administração de terapêutica. Neste contexto, foi possível participar nas tomadas de decisão e nas intervenções autónomas e interdependentes de cuidado à PSC, através da seleção e aplicação dos protocolos de atuação “*Abordagem da Vítima*”, “*Abordagem do Traumatizado*”, “*Alteração do Estado de Consciência*”, “*Dor Torácica*” e “*PCR no Adulto*”. Posteriormente manteve-se os cuidados de enfermagem, através de uma monitorização e avaliação sistemática da resposta da PSC aos problemas identificados e às intervenções realizadas, garantindo-se uma prática especializada de acordo com as competências enunciadas no Regulamento n.º 429/2018 (2018). Assim, foi possível verificar o referido por Lourenço, et al (2022), onde se enfatizou a responsabilidade e a autonomia nos processos de tomada de decisão, existindo uma articulação dos conhecimentos, da experiência e do ambiente organizacional.

Durante o EC em UCI foi necessária uma adaptação a um contexto de cuidados especializados com características muito específicas, com doentes sedoanalgesiados, maioritariamente sob VMI, sujeitos a diversos procedimentos invasivos, equipamentos de monitorização e de suporte das funções vitais. Foram prestados cuidados à PSC sob monitorização da pressão arterial invasiva, monitorização da pressão venosa central, monitorização da pressão intracraniana, monitorização do índice bispectral e monitorização hemodinâmica pouco invasiva através do *Pulse-Induced Contour Cardiac Output (PICCO®)*. Aprofundaram-se conhecimentos sobre as complicações da VMI e desenvolveram-se competências nos cuidados de enfermagem à PSC com VMI, através da avaliação das características da ventilação com identificação de alterações ventilatórias, identificação de sinais e sintomas indicadores de uma má adaptação à ortótese respiratória, identificação dos parâmetros ventilatórios definidos, relacionando-os com o doente e o modo ventilatório utilizado e colaboração na realização do desmame ventilatório. A realização diária de provas

de ventilação espontânea aos doentes candidatos a extubação contribui para a diminuição da duração da VMI (Norma n.º 021/2015, 2022). Neste sentido, consciente das vantagens do doente se encontrar o mínimo tempo possível em VMI, foi possível colaborar na realização do desmame ventilatório durante o EC.

Ainda na UCI, foi possível desenvolver conhecimento teórico e adquirir competências práticas sobre os cuidados de enfermagem especializados à PSC sob técnicas de elevada complexidade, nomeadamente ECMO e Técnicas de Substituição Renal Contínua. A realizar EC numa das poucas unidades a nível nacional com capacidade de realização de ECMO, procurou-se prestar cuidados a doentes sob esta terapia, o que requeria um conhecimento profundo dos seus princípios de funcionamento e de conceitos fisiológicos avançados, assim como uma necessidade de vigilância rigorosa do estado hemodinâmico do doente, de modo a garantir os níveis terapêuticos adequados e prevenir possíveis complicações associadas.

A sépsis é a principal causa de Lesão Renal Aguda (LRA) com necessidade de realização de Técnicas de Substituição Renal Contínua em UCI (Hellman et al., 2021). Neste contexto, além do tratamento da LRA, a circulação extracorporeal de sangue é particularmente útil como tratamento adjuvante do choque séptico, através da utilização de filtros e solventes específicos, uma vez que facilita a remoção de mediadores inflamatórios, podendo funcionar como última linha de tratamento, sobretudo quando todas as estratégias anteriores falharam (Almeida, 2012; Hellman et al., 2021). Foi possível verificar a grande incidência e prevalência de LRA neste contexto, assim como, prestar cuidados de enfermagem à PSC sob Técnicas de Substituição Renal Contínua com LRA associada a um choque séptico. Apesar das dificuldades identificadas, devido às Técnicas de Substituição Renal Contínua ser de elevada complexidade, com equipamentos e materiais com os quais não existia uma experiência prática prévia, foi possível aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos, com necessidade de os aprofundar ao longo do EC. Assim, após vários momentos de observação da equipa de enfermagem, conseguiu-se implementar o conhecimento teórico-prático existente e desenvolver competências práticas no manuseamento e funcionamento do equipamento e nos cuidados de enfermagem nos momentos de inserção e manutenção do cateter de diálise provisório.

A dor é uma experiência multidimensional desagradável, que envolve a componente sensorial e emocional da pessoa que a sofre, pelo que o seu controlo eficaz é um dever dos profissionais de saúde e um direito dos doentes (Circular Normativa n.º 09/DGCG, 2003). A dor é o principal motivo de procura de cuidados de saúde no SU, sendo também um dos problemas mais frequentes em situações de emergência em contexto extra-hospitalar, constituindo-se um sintoma e um dos primeiros sinais de alerta em muitos processos

patológicos, que impulsiona o pedido de ajuda extra-hospitalar (Ferreira, 2013; Figueira et al., 2022). Os enfermeiros têm um papel essencial na promoção e intervenção no controlo da dor, dado serem profissionais com uma relação privilegiada com o doente, pelo que devem garantir que a dor é sistematicamente avaliada e registada de modo a permitir uma intervenção precoce e individualizada com o intuito de promover o bem-estar, a continuidade e qualidade dos cuidados (Figueira et al., 2022). Apesar do referido, estudos nacionais e internacionais sobre a dor nos contextos de SU e extra-hospitalar, referem-na como subestimada, subavaliada e, por conseguinte, não controlada eficazmente e atempadamente, continuando a causar desconforto ou sofrimento ao doente (Ferreira, 2013; Viveiros et al., 2018). Efetivamente nestes contextos de atuação verificou-se que a dor, independentemente da sua origem, era um dos grandes sintomas de procura de cuidados de saúde por parte dos doentes. Apesar do referido por Ferreira (2013) e Viveiros et al. (2018) sobre a inadequada avaliação e alívio da dor na PSC nestes contextos de cuidados, não foi concordante com o observado e praticado durante os EC. Observou-se e realizou-se uma avaliação sistemática da dor em todos os doentes, com recurso a algumas escalas, como, a Escala Numérica, *Behavioral Pain Scale* (BPS) ou Escala *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD) e o seu controlo, através de estratégias farmacológicas, de forma interdependente, e não farmacológicas, com intervenções autónomas, nomeadamente através do posicionamento e aplicação de gelo. Atualmente ainda não existe uma solução única universalmente aceite para avaliar a dor em todas as situações, mas existem escalas validadas que medem a variabilidade das respostas, verbais e não verbais, à dor, e com utilidade clínica comprovada para utilização em todas as idades e situações clínicas (Batalha, 2016). Desta forma, a seleção das escalas supracitadas na prática clínica baseou-se no tipo de dor, idade e condição clínica do doente, pois são considerados os 3 critérios determinantes na escolha de qual escala utilizar (Batalha, 2016).

A PAINAD é indicada para avaliar a dor em idosos que não comunicam, com dor aguda ou persistente, em repouso e durante os cuidados, sem necessidade de conhecer as manifestações habituais do doente, sendo fácil de compreender e utilizar (Batalha, 2016). Atendendo ao facto desta escala não necessitar de um conhecimento prévio das manifestações habituais do doente, tornou-a um grande auxílio em contexto extra-hospitalar e no SU, pois numa primeira abordagem, onde é imediatamente necessário realizar a avaliação da dor, ainda não existe um grande conhecimento sobre o doente.

Relativamente ao contexto de UCI, a escala de monitorização da dor utilizada em doentes incapazes de comunicar verbalmente era a BPS. A fundamentação ao recurso deste instrumento é concordante com o recomendado por Pinho et al. (2016), pois é afirmado que esta escala deve ser aplicada em doentes que não comunicam, sedados e ventilados, através

da observação de comportamentos. A avaliação da dor com recurso à BPS era realizada através da relação entre a expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ao ventilador, apresentando como limitação não fornecer informações sobre a qualidade, tipo ou localização da dor (Batalha, 2016). Neste contexto de cuidados, também foi possível realizar uma avaliação sistemática da dor em todos os turnos e a sua avaliação e alívio, antes e durante a prestação de cuidados de enfermagem potencialmente dolorosos, nomeadamente nos cuidados de higiene, posicionamentos, realização de tratamentos a feridas e aspiração de secreções.

A PSC necessita frequentemente de analgesia e sedação para facilitar a realização de intervenções invasivas dolorosas, melhorar a adaptação ventilatória, proporcionar alívio da ansiedade e desconforto, melhorar a sua segurança e controlar a agitação (Paulino et al., 2022). A sedação deve ser regularmente adaptada a cada doente e a cada situação clínica atendendo às recomendações atuais de procurar a mínima profundidade de sedação possível que garanta o conforto e segurança da PSC. A sedação prolongada e profunda foi substituída por protocolos de sedação ligeira para gestão da dor, do *delirium* e da agitação, com recurso a vários fármacos de modo a beneficiar do efeito sinérgico (Máximo & Puga, 2021). Durante o EC avaliou-se o nível de sedação e agitação na PSC com recurso à escala de *Richmond Agitation and Sedation Scale* (RASS), refletindo-se e atuando em concordância com os resultados, com consciência que a administração de sedação profunda, correspondendo na escala de RASS de -5 a -4, nas primeiras 48 horas de VMI, está relacionada a maior tempo de VMI, maior mortalidade intra-hospitalar e maior mortalidade aos 6 meses (Máximo & Puga, 2021). No serviço existiam vários protocolos terapêuticos complexos para controlo da dor, sedação, agitação e *delirium*. Estes permitiam melhorar as intervenções de enfermagem através de uma avaliação sistemática e atuação no sentido de manter o doente confortável e em segurança, ajustando a administração de terapêutica farmacológica para o mínimo necessário de acordo com a situação clínica, de forma a minimizar o risco de complicações decorrentes de sedação excessiva, como a maior incidência de *delirium*, a deterioração cognitiva, o prolongamento do internamento hospitalar, maiores taxas de letalidade e o aumento dos custos de internamento (Máximo & Puga, 2021).

A qualificação técnica, decorrente da formação e experiência, constitui um dos aspetos mais importantes para a promoção e garantia da segurança do transporte. O enfermeiro especialista em EMC é aquele que apresenta melhor formação para integrar as equipas de transporte da PSC, pois o período de transporte pode originar grande instabilidade, podendo agravar o estado clínico do doente e originar eventos adversos que devem ser antecipados (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023; Parecer n.º

09/2017, 2017). Durante o EC realizado no INEM foi possível integrar as 3 fases do transporte primário da PSC, ou seja, na decisão, planeamento e efetivação do transporte, desde o local da ocorrência até ao SU de referência, tanto em contexto de ambulância SIV como na VMER. De acordo com a Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023), o transporte da PSC envolve alguns riscos, mas justifica-se a sua realização pela necessidade de facultar um nível assistencial superior e para a realização de exames complementares de diagnóstico ou terapêutica, não executados no local onde o doente se encontra. Em contexto de SU e UCI foi possível colaborar desde a fase de preparação até à efetiva realização de transferências intra-hospitalares, em situações de necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico e para os serviços de internamento ou de cuidados intensivos. Estas transferências foram realizadas com a consciência que não é aceitável a deterioração do estado clínico da PSC, que não esteja diretamente relacionada com a doença de base e que possa ser imputada ao transporte (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023).

Devido à doença e necessidade de internamento em contexto de UCI, a PSC é deslocada de forma súbita do seu meio ambiente, gerando uma situação de crise na sua família, associada a sentimentos de perda, medo e preocupação, tornando a família também um foco de atenção e cuidados da equipa de enfermagem (Ferrioli et al., 2003). Neste contexto verificou-se uma verdadeira preocupação com a família como alvo de cuidados de enfermagem, que foi objetivado na flexibilidade dos horários de presença da família e atendimento telefónico, na preparação da família antes do contacto com o seu familiar e no seu acompanhamento durante a visita, de forma a dar suporte e facilitar o processo de transição em que se encontram. As transições estão invariavelmente relacionadas com a mudança e o desenvolvimento, ambos temas de grande pertinência para a enfermagem, sendo desencadeadas por eventos críticos e mudanças na pessoa ou no ambiente, onde se inclui o processo de transição saúde/doença, vivenciado quando há um acontecimento na saúde da pessoa e família (Meleis, 2010).

Identificou-se grande concordância das práticas da equipa de enfermagem com a evidência existente, através da resposta dada às necessidades da família da PSC, pois o enfermeiro estabelecia uma relação com a família sustentada na empatia, respeito e sensibilidade, promovia um ambiente confortável e privado, fornecendo informações verdadeiras e completas e incluindo a família nos cuidados prestados (Cabete et al., 2019). Em contexto de UCI foi possível desenvolverem-se novas competências de cuidado e de relação terapêutica com a família da PSC, pois foi o EC em que o contacto com a mesma era preparado, realizado com maior disponibilidade e mais prolongado, facilitando a identificação e satisfação das

necessidades, e garantindo-se a transmissão e esclarecimento de informações à família da PSC.

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

Os cuidados à PSC podem derivar de uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, com conseqüente risco de vida. Perante uma destas situações, o enfermeiro especialista em EMC na área de Enfermagem à PSC atua na conceção, planeamento e gestão da resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Na prestação de cuidados de saúde, uma situação de exceção ocorre quando se verifica de forma pontual ou contínua, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, condicionando a atuação das equipas, com necessidade de uma rigorosa coordenação e gestão dos recursos humanos e técnicos existentes (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Ao contrário da catástrofe, que a sua declaração não é frequente em Portugal, as situações de exceção ocorrem com maior frequência, nomeadamente acidentes multivítimas e incêndios florestais (INEM, 2012).

Efetivamente durante os EC não ocorreu nenhuma situação de catástrofe, mas existiu a possibilidade de prestar cuidados de enfermagem num acidente multivítimas, decorrente de um despiste de um veículo ligeiro com 3 ocupantes, na autoestrada. Nesta ocorrência foi ativada a equipa da VMER, 3 ambulâncias e 1 veículo de desencarceramento tripulados por Bombeiros Voluntários e os agentes de autoridade. Apesar da equipa da VMER ser o único meio diferenciado no local para as 3 vítimas, considera-se que esta ocorrência não foi uma situação de exceção, pois as vítimas eram todas ligeiras, o que permitiu um equilíbrio entre as necessidades das vítimas e os recursos existentes. Após colaboração nesta ocorrência multivítimas e posterior reflexão, foi possível destacar a importância do enfermeiro especialista em EMC na área de Enfermagem à PSC nestes cenários, pois além das suas competências técnicas essenciais à estabilização da vítima de trauma, tem conhecimento para liderar as equipas presentes no local, elevada capacidade de tomada de decisão, essencial no estabelecimento de prioridades, e capacidades comunicacionais fundamentais na prestação direta e indireta de cuidados à PSC.

No SU foi possível conhecer de forma expositiva o Plano de Emergência Externa (Catástrofe) e consultá-lo na íntegra, assim como compreender que a decisão de ativação do plano pertence ao médico com função de chefe de equipa do SU, no momento da receção da informação. O plano pode ser ativado em 3 níveis, de forma gradual e sequencial, sendo que

para cada nível está definida a reestruturação do SU e dos restantes serviços do hospital. Em situação de catástrofe existe conversão de uma sala do SU em Gabinete de Crise, onde se encontra sediado o material e logística necessários, os *kits* de catástrofe, numerados sequencialmente, constituídos por etiquetas de triagem, requisições para exames complementares de diagnóstico, folhas de registos e as cartas de ação, devidamente identificadas com o seu destinatário, garantindo que cada interveniente compreende as suas funções, minimizando-se possíveis falhas. De acordo com o INEM (2012), as etiquetas de triagem presentes nos *kits* são um elemento organizativo, que permitem operacionalização dos métodos de triagem, primária e secundária, além de terem como vantagens: enumerar os doentes; registar a evolução dos doentes e cuidados prestados; controlar a assistência aos doentes; estabelecer um fluxo ordenado de vítimas; e a realização de registos.

Numa situação de catástrofe, tanto no extra-hospitalar, como no SU, a triagem primária dos doentes é efetuada com a metodologia *Simple Triage And Rapid Treatment* (START), que se baseia numa visão geral de cada vítima, com o objetivo de salvar tantas vidas quanto possível, assegurando a melhor prestação de cuidados de acordo com os recursos existentes. A triagem secundária decorre de forma contínua e precisa através da metodologia *Triage Revised Trauma Score* (TRTS) e consiste na avaliação da frequência respiratória, do estado de consciência, através da Escala de Coma de Glasgow e da pressão arterial sistólica (INEM, 2012).

Atualmente as equipas de emergência médica têm um número crescente de chamadas para dar assistência a várias situações que englobam os padrões de morte violenta, pelo que é muito importante que os intervenientes estejam preparados para a sua abordagem e tenham a capacidade de reconhecer uma possível situação de crime, de forma a atuarem em conformidade (Gomes, 2018). A preservação de vestígios forenses é fundamental para resolução de crimes e os enfermeiros são relevantes neste processo, pois, frequentemente são os primeiros a prestar cuidados a vítimas envolvidas em situações de crime. Além da prestação de cuidados, têm a função de identificar, colher, armazenar, documentar e dar seguimento à cadeia de custódia (Silva et al., 2022). Durante os EC não existiu oportunidade prática de mobilização de conhecimentos relativos à cadeia de custódia, ainda assim, no SU foi possível prestar cuidados de enfermagem a um doente a quem a Polícia Judiciária havia realizado colheita de vestígios no presumível local do crime, e que ainda apresentava os sacos de papel colocados nas mãos, pois de acordo com Gomes (2018) as mãos dos doentes devem ser preservadas e protegidas, através da colocação de sacos de papel até aos pulsos, para possibilitar a realização de eventuais posteriores exames, além de ser recomendado não

limpar as mãos do doente, e evitar-se puncionar veias no dorso da mão, o que foi verificado nesta situação clínica.

2.2.3. Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infeção e de Resistência a Antimicrobianos na Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência a antimicrobianos são problemas interligados e de importância crescente a nível mundial, pois aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam os tempos de internamentos e aumentam os custos em saúde (Norma n.º 004/2013, 2022). No contexto de prestação de cuidados à PSC tem existido uma constante evolução tecnológica, levando a um aumento de procedimentos invasivos, com consequências no aumento das IACS, salientando-se a intervenção do enfermeiro especialista em EMC em Enfermagem à PSC, devido às competências e conhecimento específico sobre o Plano de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos.

Uma das principais vias de transmissão de microrganismos entre os profissionais e doentes, e entre doentes é o contacto através das mãos, sendo um problema transversal a todos os contextos de EC. Desta forma, a higiene das mãos integrada no conjunto das restantes Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) constitui a medida mais simples, eficaz e com melhor relação custo-benefício na prevenção das IACS (Norma n.º 007/2019, 2019). Assim, o enfermeiro através do seu conhecimento e como grande impulsionador da educação em saúde, deve promover uma correta higienização das mãos com cumprimento dos 5 momentos, através de ensinamentos, treino e supervisão dos doentes, familiares e equipa multidisciplinar.

No que concerne à prevenção e controlo das IACS tornou-se inevitável realizar um paralelismo entre os 3 contextos de EC, destacando-se a UCI, que por ser um ambiente muito mais controlado, em comparação com o SU e o extra-hospitalar, apresentando uma intervenção mais ativa no que concerne à prevenção e controlo das IACS. Referente ao SU, apesar da utilização das PBCI, das Proteções Baseadas nas Vias de Transmissão (PBVT) e da existência de circuitos bem delineados e definidos, verificou-se que ainda existiam problemas nesta temática, nomeadamente na gestão do espaço físico e na colocação de doentes, como medida de prevenção de transmissão cruzada, dada a sobrelotação constante das áreas. Desta forma, no momento de admissão do doente, deve assumir-se que todos os doentes estão potencialmente colonizados ou infetados com microrganismos “problema” e podem constituir-se reservatório ou fonte potencial para transmissão cruzada de infeção

(Norma n.º 029/2012, 2013). Relativamente ao contexto extra-hospitalar, a gestão do risco de infeção é diferente da existente nas instituições de saúde, nomeadamente pela: incapacidade de controlar o ambiente no local das ocorrências; ausência de informação sobre o estado infeccioso ou de colonização do doente; realização de procedimentos no domicílio, lares e rua; exposição dos profissionais a fluidos orgânicos durante a realização de procedimentos, com incapacidade de realizar de imediato a remoção, limpeza e desinfeção dos equipamentos; e transporte de doentes em espaços de pequena dimensão com inadequada ventilação (Pereira et al., 2021).

Além da realização de rastreios no momento da admissão de doentes no internamento, é importante que estes sejam complementados por procedimentos de isolamento e pelo adequado cumprimento das PBVT (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, 2017). No momento de admissão na UCI, todos os doentes eram colocados em isolamento de contacto e era realizado um rastreio microbiológico através da realização de uma hemocultura com colheita de sangue no Cateter Venoso Central (CVC), duas hemoculturas com colheita de sangue na linha arterial, uma urocultura, uma colheita de aspirado traqueobrônquico, uma zaragatoa retal para rastreio de *Enterobacteriaceae* Resistentes aos Carbapenemos (ERC) e uma zaragatoa nasal para rastreio de *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA). Desta forma, verificou-se o cumprimento da Norma n.º 004/2023 (2023), onde é referido que todos os doentes admitidos em unidades de cuidados de nível II e III devem realizar rastreio de ERC e de MRSA, devendo ser implementadas precauções adicionais de contacto até ao resultado dos testes de rastreio. Relativamente ao rastreio de EPC, apesar de ser possível a realização adicional de colheita em estomas, feridas, locais de exsudação purulenta ou dispositivos invasivos, apenas de verificou a realização de zaragatoa retal, com técnica de zaragatoa humedecida, através da introdução de o mínimo de 1 centímetro acima da linha de margem do ânus ou realização de colheita diretamente nas fezes (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, 2017). Relativamente ao rastreio de MRSA, apenas de realizou colheita através de zaragatoa nasal, apesar de também ser recomendado a colheita de amostra de ferida cutânea, quando esta existe (Norma n.º 004/2023, 2023).

Posteriormente, de acordo com os resultados dos testes, verificou-se que existia uma comunicação célere pelo Laboratório de Microbiologia, após identificação de casos positivos de EPC e MRSA, o que era fulcral na decisão de manutenção das precauções adicionais de contacto ou implementação das PBCI e início da descolonização de MRSA, em caso do teste de rastreio de MRSA ser positivo (Norma n.º 004/2023, 2023).

A Pneumonia Associada à Intubação (PAI) representa a infeção mais frequente adquirida no contexto de UCI, com consequências como, o aumento do tempo de necessidade de VMI, aumento do consumo de antibióticos, aumento da duração do internamento hospitalar e maior morbimortalidade, com consequente aumento dos custos das instituições de saúde (Polycarpo et al., 2021; Norma n.º 021/2015, 2022). Durante o EC foram prestados cuidados de enfermagem à PSC com VMI de forma a prevenir a PAI, com respeito pela Norma n.º 021/2015 (2022), através de intervenções autónomas, como a avaliação e manutenção da pressão do balão do tubo endotraqueal entre vinte e trinta centímetros de água (cmH₂O), mantendo o isolamento da via aérea, manutenção da cabeceira do leito a um ângulo de trinta graus, quando a situação clínica o permitia, e realização de higiene oral pelo menos uma vez por turno. Associadas às intervenções autónomas foram realizadas intervenções interdependentes, nomeadamente a manutenção de uma sedação ligeira, preferencialmente baseada na analgesia e colaboração nas provas de ventilação espontânea aos doentes candidatos a extubação. Apesar das práticas de enfermagem na UCI cumprirem o definido pela DGS, verificou-se uma elevada incidência de PAI no serviço, com vários doentes diagnosticados durante o EC, o que poderia estar relacionado com alguns dos fatores de risco identificados por Miller (2018), que se objetivaram no serviço, nomeadamente, idade superior a cinquenta e cinco anos, substituições frequentes do circuito do ventilador, doente politraumatizado, cirurgia abdominal e tempo prolongado de entubação.

A utilização do CVC na UCI para administração de terapêutica e nutrição parentérica era uma realidade, constituindo-se como mais um dispositivo invasivo na PSC, potenciador de infeção da corrente sanguínea, que pode ser prevenida durante as intervenções de colocação e manutenção do CVC, quando estas são baseadas na melhor evidência científica (Norma n.º 022/2015, 2022). Baseado no referido, colaborou-se com a equipa médica na inserção do CVC, nomeadamente na antisepsia cutânea com clorexidina 2%, e foram prestados cuidados de enfermagem de manutenção do CVC na PSC alvo de cuidados, nomeadamente: reflexão diária sobre a necessidade de manutenção do CVC; descontaminação dos pontos de acesso com antisséptico antes de qualquer conexão, infusão ou aspiração; realização do penso com técnica asséptica; e vigilância de sinais inflamatórios no local de inserção do CVC.

3. CONCLUSÃO DA ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DESENVOLVIDAS

A procura pela prática reflexiva na enfermagem é uma competência indispensável no contexto de EC, assumindo importância ao nível da aprendizagem profissional, como premissa para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos, permitindo que estes desenvolvam o autoconhecimento e prestem os melhores cuidados de enfermagem, com atitudes reflexivas da prática clínica (Peixoto & Peixoto, 2016).

Refletindo sobre os períodos de EC do percurso académico que se encontra em conclusão, é possível realizar uma avaliação bastante positiva desta experiência, apesar das dificuldades inerentes ao grande desafio profissional e formativo que foram os EC de uma especialidade, nomeadamente nos contextos onde não existia uma experiência profissional prévia, como o extra-hospitalar. Neste contexto, os maiores desafios deveram-se, à grande imprevisibilidade das situações clínicas e da necessidade de tomada de decisões e prestação de cuidados fora do ambiente hospitalar, que, pelas suas características, é menos controlado e com maior necessidade de adaptação constante.

Quanto ao EC em UCI, o facto de ter sido realizado num centro hospitalar com elevado nível de diferenciação clínica, técnica e científica, possibilitou experienciar uma maior diversidade de situações clínicas, nomeadamente, os cuidados à PSC sob técnicas de elevada complexidade, o que permitiu a associação dos conhecimentos teóricos, antecipadamente desenvolvidos, com a prática clínica, revelando-se fundamental para a capacitação profissional nesta área e para exercer uma prática baseada na evidência.

Relativamente ao EC em SU, o facto de o contexto de prática profissional atual, também ser em SU, foi um elemento facilitador neste contexto do percurso académico, além de ter contribuído para uma prática reflexiva, com uma constante análise da realidade vivenciada, suportada na evidência científica e em experiências profissionais prévias.

É possível concluir, que a procura da excelência profissional na prestação de cuidados à PSC e família foi comum a todos os EC, assim como, a disponibilidade, a dedicação, a partilha de conhecimentos, o pensamento crítico-reflexivo e a responsabilidade, elementos que foram considerados essenciais no processo de aquisição de competências científicas, técnicas e humanas e no cumprimento dos objetivos previamente definidos para cada EC.

PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

1. PROJETO DE INVESTIGAÇÃO/AÇÃO

A produção e a renovação contínuas do conhecimento em Enfermagem apenas podem ser asseguradas através da investigação, sendo a investigação-ação uma das metodologias que melhor contribui para dar uma consistência científica, pela garantia oferecida relativamente à incorporação dos resultados na prática clínica dos enfermeiros [Ordem dos Enfermeiros (OE), 2006].

1.1. RESUMO

Objetivo: Avaliar a eficácia da implementação da metodologia individual de trabalho em enfermagem na Área Cirúrgica (AC) do Serviço de Urgência (SU) de um Centro Hospitalar da zona Centro de Portugal, com vista à melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados nessa área.

Método: Estudo quantitativo, descritivo e correlacional, realizado através da aplicação de dois questionários diferentes, antes e após a implementação do Procedimento de Enfermagem (PE) “*Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência*” e a realização de formação teórica.

Resultados: Após a implementação do PE e respetiva formação, a amostra considera que consegue: garantir a continuidade dos cuidados de enfermagem (86,0%); garantir a segurança dos cuidados de enfermagem prestados (92,0%); garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (88,0%); garantir a operacionalização do Processo de Enfermagem na prestação de cuidados (74,0%); garantir uma compreensão integral do doente durante a prestação de cuidados e nos momentos de transição de cuidados e informação (84,0%).

Conclusão e implicações para a prática: A formação e implementação do PE “*Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência*”, contribuiu para garantir a continuidade, segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Palavras-chave: Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Cuidado Centrado na Pessoa; Qualidade dos Cuidados de Saúde; Métodos de Prestação de Cuidados.

1.2. ABSTRACT

Objective: Evaluate the effectiveness of implementing the individual nursing work methodology in the Surgical Area of the Emergency Department of a Central Hospital in the

Center of Portugal, in order to improve the safety and quality of nursing care provided in this area.

Method: Quantitative, descriptive and correlational study, carried out through the application of two different surveys, before and after the implementation of the Nursing Procedure “Individual Nursing Work Methodology in the Surgical Area of the Emergency Department” and theoretical training.

Results: After implementing the Nursing Procedure and respective training, the sample considers that they can: guarantee the continuity of Nursing care, (86,0%); ensure the safety of the nursing care provided, (92,0%); ensure the quality of the nursing care provided, (88,0%); ensure the operationalization of the Nursing Process in care provision, (74,0%); ensure full understanding of the patient during care provision and in moments of transition of care and information, (84,0%).

Conclusion and implications for the practice: The training and implementation of the Nursing Procedure “Individual Nursing Work Methodology in the Surgical Area of the Emergency Department” contributed to ensure the continuity, safety and quality of the nursing care provided.

Keywords: Nursing; Nursing Care; Patient-centered Care; Quality of Health Care; Care Delivery Methods.

1.3. INTRODUÇÃO

O SU tem como objetivos a receção, diagnóstico e tratamento de doentes vítimas de trauma ou com doenças súbitas, que necessitam de atendimento imediato em contexto hospitalar (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

De forma a compreender o funcionamento dos SU é importante clarificar alguns conceitos, nomeadamente o de urgência e emergência. Urgência corresponde às situações clínicas graves e não graves, de instalação súbita e com risco de falência das funções vitais, enquanto o conceito de emergência corresponde às situações clínicas de início súbito em que existe compromisso estabelecido ou em iminência de uma ou mais funções vitais [Direção-Geral da Saúde (DGS), 2001; Despacho número (n.º) 18459/2006, 2006].

O funcionamento dos SU tem-se revelado uma preocupação do Serviço Nacional de Saúde, onde, apesar das variadas intervenções realizadas, ainda não foi possível resolver as múltiplas disfunções existentes, verificando-se uma sobrelotação e hiperutilização dos SU, em que aproximadamente 50% das situações clínicas não carecem de atendimento neste

contexto, o que se traduz em consequências negativas na qualidade dos cuidados prestados aos doentes, que efetivamente necessitam do SU, pelo número insuficiente de recursos humanos (DGS, 2001).

O trabalho do enfermeiro é influenciado pelas características do local onde desenvolve a sua prática profissional, nomeadamente, a organização, hierarquias profissionais, políticas de conduta e condições das infraestruturas. De acordo com essas particularidades, o ambiente de trabalho pode facilitar ou restringir a prática de enfermagem. Relativamente à atuação dos enfermeiros em contexto de SU, destaca-se a necessidade da procura constante pelo desenvolvimento de estratégias para superação dos desafios do trabalho, num ambiente marcado pela procura constante por atendimento (Santos et al., 2017).

A metodologia de organização dos cuidados de enfermagem adotada é uma das bases do exercício profissional, traduzindo-se em implicações e fatores que influenciam a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados (Ventura-Silva et al. 2021).

Em contexto de SU a prestação de cuidados de enfermagem ocorre maioritariamente através de intervenções interdependentes, frequentemente com foco no tratamento médico e ênfase na tecnologia e na condição médica, em detrimento da Enfermagem (Pavedahl et al., 2021; Kim et al., 2022). Além do referido, a elevada carga de trabalho dos enfermeiros e o excesso de atividades a concretizar durante o horário de trabalho face ao número de enfermeiros necessários, induz a uma prestação de cuidados com menor qualidade em relação aos padrões profissionais (Ventura-Silva et al., 2021).

Durante o seu exercício profissional, o enfermeiro deve prestar cuidados de enfermagem em segurança e de qualidade, em consonância com a metodologia de organização dos cuidados de enfermagem utilizada. Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem preconizam a adoção de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade, em que o enfermeiro contribui para a máxima eficácia dessas metodologias, de forma a alcançar a excelência profissional (OE, 2001).

A partir do problema sumariamente enunciado, este estudo tem como objetivo principal, avaliar a eficácia da implementação da metodologia individual de trabalho em enfermagem na AC do SU de um Centro Hospitalar da zona Centro de Portugal, com vista à melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados nessa área. Em consonância com o objetivo principal surgem os seguintes objetivos específicos: analisar a perceção dos enfermeiros quanto à metodologia de trabalho em enfermagem aplicada na AC do SU de um Centro Hospitalar da zona Centro de Portugal; avaliar a exequibilidade da aplicação do método individual de trabalho em Enfermagem na AC do SU de um Centro

Hospitalar da zona Centro de Portugal; e identificar a utilidade, as vantagens e as dificuldades da adoção do método individual de trabalho em Enfermagem na AC do SU de um Centro Hospitalar da zona Centro de Portugal.

A questão de investigação definida foi: Qual é a eficácia da implementação da metodologia individual de trabalho em enfermagem na prestação de cuidados ao doente na AC do SU de um Centro Hospitalar da zona Centro de Portugal?

1.4 REVISÃO DA LITERATURA

A organização dos cuidados de enfermagem pode basear-se em um ou mais métodos de trabalho, que são decididos com base num conjunto de fatores, nomeadamente a cultura institucional, a filosofia do serviço de enfermagem, a gestão de enfermagem, a dotação de recursos humanos, o contexto organizacional, a estrutura física e as características dos diferentes elementos integrantes da equipa de enfermagem (Ventura-Silva et al. 2021).

A adoção de determinado método de trabalho pelo enfermeiro permite evidenciar a conceção, organização e execução dos cuidados de enfermagem em determinado contexto, além de refletir a perspetiva sobre os cuidados e o modo de pensar e organizar esses cuidados pela equipa de enfermagem (Parreira, et al., 2021)

Nos diferentes contextos clínicos destacam-se 4 métodos de organização dos cuidados de enfermagem: método funcional, método individual, método de trabalho em equipa e o método do enfermeiro responsável. Estes métodos de trabalho dividem-se concetualmente em 2 grandes grupos, o método orientado para a tarefa, onde se enquadra o método funcional e os métodos centrados na pessoa, onde se enquadram o método individual, o método de trabalho em equipa e o método do enfermeiro de referência (Parreira, et al., 2021; Ventura-Silva et al. 2021).

O método individual de trabalho consiste numa abordagem de assistência total ao doente, em que um único enfermeiro assume a responsabilidade total pela prestação de cuidados, a um determinado grupo de doentes durante o seu turno e a organização dos cuidados de enfermagem reflete as necessidades e a centralidade do doente, desde a conceção, implementação e avaliação dos cuidados prestados (Parreira et al., 2021; Ventura-Silva et al., 2021).

A adoção do método individual de trabalho apresenta várias vantagens para o doente, nomeadamente: individualização durante a prestação de cuidados, com satisfação das suas necessidades; promoção do estabelecimento da relação terapêutica entre o enfermeiro e o

doente; facilitação na identificação por parte do doente do enfermeiro que lhe presta cuidados durante o turno; atendimento próximo, humanizado e personalizado; e reforço da confiança no enfermeiro e segurança do doente (Parreira et al., 2021).

Relativamente à perspetiva do enfermeiro, a adoção desta metodologia apresenta várias vantagens ao nível da qualidade dos cuidados prestados, pois: promove a aplicação do Processo de Enfermagem, com conseqüente identificação e satisfação das necessidades do doente; melhora a capacidade de tomada de decisão, considerando a totalidade biopsicossocial do doente; garante a continuidade dos cuidados, minimizando a ocorrência e omissão de erros; facilita o estabelecimento da relação terapêutica; promove o desenvolvimento de competências e técnicas individuais do enfermeiro; promove maior autonomia, responsabilidade, criatividade na prestação de cuidados; promove a atualização de conhecimentos; e aumenta a capacidade de avaliação da qualidade dos cuidados prestados (Parreira et al., 2021).

Referente às organizações, a adoção da metodologia individual de trabalho em enfermagem também se traduz em ganhos, devido ao aumento da qualidade dos cuidados prestados (Parreira et al., 2021).

Na prestação de cuidados de enfermagem no SU, existe prioridade no tratamento do doente crítico e na garantia da segurança dos doentes num ambiente sobrelotado, motivo pelo qual a maioria dos enfermeiros que prestam cuidados neste contexto consideram que as metodologias de trabalho centradas na pessoa são de difícil implementação, existindo um foco biomédico, com valorização dos aspetos médicos e técnicos, com aumento do risco das necessidades individuais dos doentes serem negligenciadas (Pavedahl et al., 2021; Kim et al., 2022).

Apesar do referido, de acordo, com a evidência, enfermeiros que exercem funções no SU referem experiências enriquecedoras a nível quantitativo e qualitativo com a adoção de métodos de trabalho centrados na pessoa, nomeadamente ao nível da comunicação com os doentes, com impacto positivo na satisfação e orgulho na prestação de cuidados de enfermagem e diminuição do *stress*, com repercussão nos resultados clínicos dos doentes devido ao aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Kim et al., 2022). Por estes motivos, apesar das dificuldades na implementação de metodologias de trabalho em enfermagem centradas na pessoa no SU, é importante a adoção de esforços organizacionais que potenciem a sua adoção, pelos benefícios para o doente e para os enfermeiros, nomeadamente na garantia da qualidade dos cuidados prestados e na promoção da segurança e satisfação do doente (Kim et al., 2022).

1.5. MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e correlacional. Para a sua natureza quantitativa foram utilizados 2 questionários diferentes, desenvolvidos pela investigadora principal. Através do primeiro questionário (APÊNDICE I), utilizado na primeira fase do estudo, realizou-se a caracterização sociodemográfica, académica e profissional da amostra, caracterizou-se a metodologia de trabalho adotada na AC do SU (antes da intervenção) e o conhecimento da amostra sobre metodologias de trabalho em enfermagem. Através do segundo questionário (APÊNDICE II), aplicado na segunda fase do estudo, realizou-se a caracterização sociodemográfica, académica e profissional da amostra, e pretendeu-se avaliar a metodologia de trabalho na AC do SU, após a adoção do PE “*Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência*” e realização da respetiva formação teórica pela investigadora principal, assim como as dificuldades identificadas na adoção do PE.

A população-alvo correspondeu aos enfermeiros do SU de um Centro Hospitalar na zona Centro de Portugal, que exerciam funções na AC do respetivo serviço. Aquando do início do estudo, em janeiro de 2023, a população-alvo era constituída por 143 enfermeiros, tendo alterado para 144 aquando do início da aplicação do segundo questionário, em julho de 2023. Definiram-se como critérios de inclusão, exercer funções de enfermagem da AC do SU, em que foi realizado o estudo, e consentir a participação, de forma informada, livre e esclarecida.

Como critérios de exclusão foram definidos os seguintes: enfermeiros do SU onde foi realizado o estudo que não eram alocadas à AC do respetivo serviço; enfermeiros do SU onde foi realizado o estudo que não se encontravam na prestação direta de cuidados de enfermagem; e a investigadora principal, que faz parte deste mesmo SU. Na segunda fase do estudo, além dos critérios de exclusão anteriormente descritos, foram adicionados os enfermeiros do SU que não assistiram à formação teórica ministrada pela investigadora principal e que não tomaram conhecimento do PE.

O estudo e os instrumentos de colheita de dados foram aprovados pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar e pela Comissão de Ética para a Saúde da Unidade de Inovação e Desenvolvimento da mesma instituição, através da emissão de um parecer favorável (nº136/CES) na reunião realizada a 22 de março de 2023 (ANEXO I).

Previamente à colheita de dados, obteve-se o consentimento informado, livre e esclarecido, garantindo-se aos participantes do estudo, que a sua participação era voluntária, sem despesas ou riscos, que a decisão de participação ou não, não teria qualquer impacto na sua vida, existindo a opção de desistência em qualquer momento, sem prejuízos ou

consequências. Além disso, foi ainda salvaguardado que não se pretendia nenhuma avaliação individual, pelo que as respostas foram analisadas de forma global e sem identificação destes, garantindo-se o princípio da confidencialidade, através do anonimato das respostas fornecidas. A proteção de dados e o cumprimento de todas as obrigações legais decorrentes do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados foram garantidos pela investigadora principal.

Como instrumentos de colheita de dados, foram aplicados questionários em suporte digital, com preenchimento *online*, aos enfermeiros que prestavam cuidados na AC do SU, que aceitaram participar no estudo e que preencheram os critérios de inclusão. Aplicou-se um questionário por enfermeiro, antes e após a implementação do PE e da realização da formação teórica, ministrada pela investigadora principal. Todos os dados obtidos foram armazenados na base de dados do computador da investigadora principal, protegido por palavra-passe, até serem importados e analisados.

O tratamento estatístico foi realizado através do programa IBM® *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 28.0, tendo sido efetuada a estatística descritiva no cálculo das frequências absolutas (n) e relativas/percentuais (%), além da avaliação da medida de tendência central, média, e das medidas de dispersão, como o desvio padrão, valor mínimo e valor máximo. Em termos da análise inferencial foram aplicados testes não paraméricos – teste de Kruskal-Wallis (H) e o teste do Qui Quadrado (Q^2) – tendo em consideração que as variáveis em estudo não apresentam uma distribuição normal (teste Shapiro-Wilk).

1.6. RESULTADOS

Apresentam-se de seguida os resultados obtidos, subdivididos pelas duas fases do estudo:

- **Resultados da primeira fase do estudo:**

Na primeira fase, aceitaram participar 57 enfermeiros, com uma média de idade de 37 anos ($37,19 \pm 7,76$), oscilando entre os 24 e os 55 anos, com predominância do sexo feminino, 63,2% (n=36). A maioria da amostra tinha como habilitação literária a Licenciatura, 78,9% (n=45), enquanto os restantes 21,1% (n=12) tinham, para além da Licenciatura, Mestrado. 50,9% (n=29) eram enfermeiros especialistas, dos quais 75,9% (n=22) em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), 13,8% (n=4) em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), 6,9% (n=2) em Enfermagem Comunitária, e 3,4% (n=1) em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Os enfermeiros da amostra eram licenciados há aproximadamente 14 anos ($14,25 \pm 7,44$), com um intervalo entre 3 e 33 anos, e exerciam funções no SU em estudo há aproximadamente 9 anos ($8,54 \pm 8,17$), o mais recente há 1 ano e o mais antigo há 33 anos.

A amostra encontrava-se distribuída na AC do SU aproximadamente 5 dias por mês (5,11±1,94).

Foram realizadas algumas questões, com o objetivo de caracterizar a metodologia de trabalho adotada na AC do SU em estudo, assim como, o conhecimento dos enfermeiros sobre metodologias de trabalho em enfermagem.

De acordo com a Tabela 1, relativamente à metodologia de trabalho em enfermagem adotada na AC, previamente à intervenção em estudo, a amostra considera que: não garante a continuidade dos cuidados de enfermagem, 52,6% (n=30); não garante a segurança dos cuidados de prestados, 59,6% (n=34); não garante a qualidade dos cuidados prestados, 54,4% (n=31); não assegura a operacionalização do Processo de Enfermagem na sua prestação de cuidados, 61,4% (n=35); não apresenta uma compreensão integral do doente durante a prestação de cuidados e nos momentos de transição de cuidados e informação, 47,4% (n=27).

Globalmente, a amostra considera que a adoção da metodologia individual de trabalho na AC do SU, 68,5% (n=39), como um contributo que irá melhorar, de forma contínua, a prática dos cuidados de enfermagem.

Tabela 1- Caracterização da Metodologia de Trabalho na AC do SU

Questões	Concordo totalmente		Concordo parcialmente		Não concordo, Nem discordo		Discordo parcialmente		Discordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Garante a continuidade dos cuidados prestados	1	1,8%	20	35,1%	6	10,5%	22	38,6%	8	14,0%
Garante a segurança dos cuidados prestados	-	-	16	28,1%	7	12,3%	20	35,5%	14	24,6%
Garante a qualidade dos cuidados prestados	-	-	18	31,6%	8	14,0%	21	36,8%	10	17,5%
Garante operacionalização do Processo de Enfermagem na prestação de cuidados	-	-	10	17,5%	12	21,1%	22	38,6%	13	22,8%
Garante uma compreensão integral do doente durante a prestação e transição de cuidados	-	-	16	28,1%	14	24,6%	17	29,8%	10	17,5%
Metodologia de Trabalho orientada para a tarefa	6	10,5%	30	52,6%	11	19,3%	8	14,0%	2	3,5%
Metodologia de Trabalho centrada na pessoa	6	10,5%	23	40,4%	14	24,6%	10	17,5%	4	7,0%
Metodologia Individual de Trabalho contribui para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem na AC	16	28,1%	23	40,4%	6	10,5%	11	19,3%	1	1,8%

Legenda: n- amostra; %- percentagem

A maioria dos enfermeiros, 50,9% (n=29), revelaram que se encontravam insatisfeitos com a metodologia de trabalho em enfermagem que adotavam na prestação de cuidados na AC, antes da intervenção deste estudo.

Relativamente ao conhecimento da amostra da existência dos vários métodos de trabalho em enfermagem: 84,2% (n=48) conhece o método individual; 71,9% (n=41) conhece o método funcional ou à tarefa; 38,6% (n=22) conhece o método do enfermeiro responsável ou de referência; e por fim, 45,6% (n=26) conhece o método de trabalho em equipa. Apenas 14% (n=8) da amostra conhecem os 4 métodos de trabalho.

A maioria da amostra, 86% (n=49), considera que não adota a metodologia de trabalho mais adequada de acordo com evidência científica atual. Destes, 44,9% (n=22) consideram que o método individual seria o mais adequado, enquanto 28,6% (n=14) indicam o método de trabalho em equipa e 22,4% (n=11) consideram que seria o método do enfermeiro responsável ou de referência.

Após questionar os enfermeiros sobre as possíveis vantagens na adoção da metodologia individual de trabalho na AC, 66,7% (n=38) afirma ser uma metodologia vantajosa, com: 47,4% (n=18) a indicarem que garante a prestação de cuidados centrados no doente; 36,8% (n=14) a referir que garante a continuidade dos cuidados prestados; 34,2% (n=13) a referir o aumento da segurança do doente; 34,2% (n=13) a identificarem um aumento da qualidade dos cuidados prestados; 18,4% (n=7) a identificarem uma melhoria na transmissão de informação sobre o doente; 10,5% (n=4) a referirem um aumento da satisfação do doente; e por fim, 2,6% (n=1) a indicar o aumento da satisfação profissional.

- **Resultados da segunda fase do estudo:**

Apesar de 59 enfermeiros terem aceite participar na segunda fase da presente investigação, através da aplicação dos critérios de exclusão não tomar conhecimento do PE “*Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência*” (APÊNDICE III) e não assistir à formação interna ministrada pela investigadora principal, intitulada “*Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência- Orientação para a Melhoria Contínua da Qualidade*” (APÊNDICE IV), o número de enfermeiros da amostra diminuiu para 50, dos quais todos leram o PE, mas apenas 62% (n=31) referiram que conseguiram implementar o PE.

Dos enfermeiros que participaram na segunda fase do estudo, 72,0% (n=36) eram do sexo feminino, e globalmente apresentavam uma média de 37 anos (37,36±8,23). Alinhado com os dados da primeira fase, 80,0% (n=40) eram Licenciados e 20,0% (n=10) tinham Licenciatura e Mestrado. A amostra era composta por 42,0% (n=21) de enfermeiros especialistas, dos

quais 76,2% (n=16) eram enfermeiros especialistas em EMC, 19,0% (n=4) em ESMP e 4,8% (n=1) em Enfermagem Comunitária. Em média, os enfermeiros tinham concluído a sua formação base há aproximadamente 15 anos ($14,84 \pm 8,18$), oscilando entre 4 e 36 anos, e exerciam funções no SU há cerca de 9 anos ($8,97 \pm 9,10$). A amostra encontrava-se distribuída na AC do SU em estudo aproximadamente 4 dias por mês ($4,28 \pm 1,74$).

Através da aplicação do segundo questionário, a amostra caracterizou quanto ao nível de facilidade ou dificuldade de execução as várias intervenções integrantes do PE “*Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência*” (APÊNDICE V). Através dos dados obtidos, salienta-se que existem maiores níveis de concordância quanto à facilidade de execução das seguintes intervenções: assumir a responsabilidade pelo doente no início da prestação de cuidados, identificada por 78,0% (n=39) dos enfermeiros; assumir no sistema de informação SClinico® todos os doentes atribuídos e a quem presta cuidados, referida por 72,0% (n=39) dos enfermeiros; avaliar se o doente reúne condições de se ausentar da AC para outra área do SU ou para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e o nível de acompanhamento e monitorização necessário, referida por 66,0% (n=33) dos enfermeiros; e por fim realizar o planeamento e efetivação do transporte intra-hospitalar dos doentes atribuídos, referida por 70,0% (n=35) dos enfermeiros .

As intervenções que se encontram no nível intermédio de facilidade/dificuldade, classificadas como moderadas, que foram referidas pela maioria da amostra, são: organizar a prestação de cuidados de forma direcionada ao atendimento integral do doente, assegurando a satisfação das suas necessidades, referida por 64,0% (n=32) e efetuar registos das intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes realizadas, em todos os doentes que tem sob a sua responsabilidade, identificada por 52,0% (n=26).

As intervenções efetuar registos das intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes realizadas e assumir os doentes que estão sob a responsabilidade do enfermeiro que antecede horizontalmente no documento “*Distribuição Diária da Equipa de Enfermagem*”, quando estes transitam de turno, foram as que se destacaram com maiores níveis de dificuldade, em que a primeira foi classificada como muito difícil de executar por 28,0% (n=14) da amostra, e a segunda, como muito e extremamente difícil por 46,0% (n=23) da amostra.

De acordo com os dados presentes na Tabela 2, referentes à caracterização da metodologia de trabalho na AC após a implementação do PE e respetiva formação, a amostra considera que consegue: garantir a continuidade dos cuidados de enfermagem, 86,0% (n=43); garantir a segurança dos cuidados de enfermagem prestados, 92,0% (n=46); garantir a qualidade dos

cuidados de enfermagem prestados, 88,0% (n=44); assegurar a operacionalização do Processo de Enfermagem na sua prestação de cuidados, 74,0% (n=37); e garantir uma compreensão integral do doente durante a prestação de cuidados e nos momentos de transição de cuidados e informação, 84,0% (n=42).

Quanto aos níveis de satisfação com a adoção do PE, 84,0% (n=42) da amostra considera que consegue garantir a satisfação do doente durante a prestação de cuidados de enfermagem, existindo igual percentagem a revelar satisfação profissional durante a prestação de cuidados.

Tabela 2- Caracterização da Metodologia de Trabalho na AC do SU, após realização de formação teórica e a implementação do PE “Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência”

Questões	Concordo totalmente		Concordo parcialmente		Não concordo, Nem discordo		Discordo parcialmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Garante a continuidade dos cuidados prestados	19	38,0%	24	48,0%	5	10,0%	2	4,0%
Garante a segurança dos cuidados prestados	16	32,0%	30	60,0%	2	4,0%	2	4,0%
Garante a qualidade dos cuidados prestados	17	24,0%	27	54,0%	5	10,0%	1	2,0%
Garante operacionalização do Processo de Enfermagem na prestação de cuidados	13	26,0%	24	48,0%	11	22,0%	2	4,0%
Garante uma compreensão integral do doente durante a prestação e transição de cuidados	16	32,0%	26	52,0%	7	14,0%	1	2,0%
Garante a satisfação do doente durante a prestação de cuidados	14	28,0%	28	56,0%	7	14,0%	1	2,0%
Garante a satisfação do profissional durante a prestação de cuidados	23	46,0%	19	38,0%	8	16,0%	-	-

Legenda: n- amostra; %- percentagem

A maioria da amostra, 94,0% (n=47), identifica dificuldades na adoção do PE, sendo a maior dificuldade identificada, 89,4% (n=42), a dotação adequada dos enfermeiros. De seguida, são referidas a organização do espaço físico da AC, 80,9% (n=38), e a dotação adequada de assistentes operacionais, 78,7% (n=37). São ainda identificadas, como dificuldades: a rotatividade de doentes entre setores do SU, referida por 70,2% (n=33) da amostra; a motivação da equipa de enfermagem, referida por 61,7% (n=29) da amostra; o conhecimento sobre a metodologia individual de trabalho em enfermagem, indicado por 19,1% (n=9) da amostra; e por fim, 17% (n=8) da amostra considera como dificuldade a complexidade do doente na AC.

As variáveis idade, tempo de experiência profissional em Enfermagem e o tempo de exercício profissional no SU, não têm distribuição normal (teste Shapiro-Wilk), pelo que foram utilizados testes não paramétricos para a análise da estatística inferencial.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, com recurso ao teste de H, entre as variáveis idade, tempo de experiência profissional em Enfermagem, tempo de exercício profissional no SU e as variáveis garantia da continuidade dos cuidados (respetivamente, H= 0,945 p=0,814; H= 0,554 p= 0,907; H= 1,009 p= 0,799], garantia da segurança dos cuidados (respetivamente, H= 2,667 p= 0,446; H= 2,903 p= 0,407; H= 0,945 p= 0,815), garantia da qualidade dos cuidados (respetivamente, H= 3,621 p= 0,305; H= 2,475 p= 0,480; H= 2,885 p= 0,410), garantia da operacionalização do Processo de Enfermagem (respetivamente, H= 4,346 p= 0,226; H= 1,916 p= 0,590; H= 1,459 p= 0,692), garantia da compreensão integrada do doente (respetivamente, H= 1,302 p=0,729; H= 0,297 p= 0,961; H= 0,548 p= 0,908), garantia da satisfação do doente (respetivamente, H= 6,051 p= 0,109; H= 2,781 p= 0,427; H= 1,901 p= 0,593) e garantia da satisfação profissional (respetivamente, H= 0,153 p= 0,926; H= 0,099 p= 0,952; H= 0,626 p= 0,731) através da adoção do PE “*Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência*”.

Os resultados obtidos não revelaram diferenças estatisticamente significativas, com recurso ao teste do Q^2 , entre a variável especialidade em enfermagem e as variáveis: garantia da continuidade dos cuidados após adoção do PE ($Q^2= 2,538$; p= 0,469); garantia da segurança dos cuidados após adoção do PE ($Q^2= 1,970$; p= 0,579); garantia da qualidade dos cuidados após adoção do PE ($Q^2= 0,929$; p= 0,819); garantia da operacionalização do Processo de Enfermagem após adoção do PE ($Q^2= 5,934$; p= 0,115); garantia da compreensão integral do doente, durante a prestação de cuidados e na transmissão de informação, após adoção do PE ($Q^2= 1,280$; p=0,734); garantia da satisfação do doente durante os cuidados prestados, após adoção do PE ($Q^2= 4,697$; p= 0,195); e garantia da satisfação profissional através da adoção do PE ($Q^2= 0,594$; p= 0,743).

Não foram igualmente encontradas diferenças estatisticamente significativas, com recurso ao teste do Q^2 , entre a variável especialidade em enfermagem e a variável dificuldades na implementação do PE “*Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência*” ($Q^2=0,797$; p=0,372).

1.7. DISCUSSÃO

De acordo com os resultados obtidos, observa-se que a amostra deste estudo apresenta uma predominância do sexo feminino, o que se encontra em consonância com os dados da OE (2022), pois, a maioria dos enfermeiros (80,9%) da Secção Regional do Centro (SRC) em 2022 eram do sexo feminino. Nas duas fases do estudo, a média de idade dos enfermeiros

era 37 anos, encontrando-se alinhado com os dados da OE (2022), pois na distribuição por grupos etários dos enfermeiros da SRC em 2022, o grupo etário com maior prevalência (16,6%) era o das idades compreendidas entre 36 e 41 anos.

Em ambas as fases do estudo, a maioria dos enfermeiros eram licenciados, existindo concordância com os dados da OE (2022), pois, a maioria dos enfermeiros (75,8%) da SRC em 2022 tinham como grau académico a Licenciatura. Quanto à especialidade em enfermagem, de acordo com os dados da OE (2022), existiam 30,9% de enfermeiros especialistas na SRC em 2022, em que a maior percentagem correspondia aos enfermeiros especialistas em EMC (25,5%), seguida dos enfermeiros especialistas em Reabilitação (18,7%). Em ambas as fases do estudo, a maior percentagem de enfermeiros especialistas correspondia aos enfermeiros especialistas em EMC (75,9% e 76,2% na primeira e segunda fase, respetivamente). No entanto, ao contrário dos dados da OE (2022), a especialidade que, de seguida, se encontrava em maior percentagem, em ambas as fases, era a ESMP (13,8% e 19,0% na primeira e segunda fase, respetivamente), não existindo nenhum enfermeiro especialista em Reabilitação no estudo.

Na primeira fase do estudo, onde a maioria dos enfermeiros (63,1%) considerava que adotava uma metodologia de trabalho orientada para a tarefa, a maioria desta mesma amostra, considerava também, que adotava uma metodologia de trabalho que não garantia a continuidade dos cuidados de enfermagem, não garantia a segurança e qualidade dos cuidados prestados, não assegurava a operacionalização do Processo de Enfermagem na prestação de cuidados e não apresentavam uma compreensão integral do doente durante a prestação de cuidados e nos momentos de transição de cuidados e informação. Estes resultados são reforçados por Parreira, et al (2021), que referem que, a metodologia de trabalho orientada para a tarefa não promove a continuidade de cuidados, favorece a não realização de intervenções por ausência de planeamento, dificulta a visão global do doente e dificulta a avaliação dos cuidados.

Neste sentido, na primeira fase do estudo, 86% dos enfermeiros considerava que não adotavam a metodologia de trabalho mais adequada, de acordo com evidência científica atual. Estes resultados, são sustentados por Parreira, et al (2021) e Ventura-Silva, et al (2021), pois uma metodologia de trabalho orientada para a tarefa, pela sua assistência fragmentada, com separação de etapas da conceção à execução, traduz-se numa pior qualidade assistencial, promovendo a ocorrência de falhas na segurança do doente e de eventos adversos, existindo maior dificuldade na perceção das verdadeiras necessidades do doente. Além do referido, a adoção de uma metodologia centrada na tarefa, gera consequências para o doente, enfermeiro e organização, mostrando-se de baixa qualidade e ultrapassada, pelos elevados

impactos da má qualidade dos cuidados prestados, frequentemente associados a maiores taxas de erros e acidentes evitáveis decorrente dos eventos adversos que promovem (Parreira et al., 2021). Uma das consequências para os enfermeiros, verificada nos resultados, referiu-se à maioria da amostra (50,9%) se encontrar insatisfeita profissionalmente com a metodologia de trabalho adotada, o que se encontra em consonância com um estudo realizado por Bernardino (2018), que revela que a maioria dos enfermeiros portugueses apresentam, globalmente, baixos níveis de satisfação profissional.

A satisfação profissional dos enfermeiros é uma problemática complexa, multifacetada e não linear, que reflete o conjunto de sentimentos na vivência de um determinado ambiente profissional, resultantes da interação de vários fatores, influenciando o desempenho dos enfermeiros (Rodrigues et al., 2022; Silva et al., 2022). A satisfação profissional influencia a prestação de cuidados de enfermagem, e consequentemente a qualidade dos mesmos e da segurança da assistência em enfermagem (Silva et al., 2022; Zaidan et al., 2022). Estas evidências são congruentes com os resultados obtidos, pois, da primeira para a segunda fase do estudo, após alteração no ambiente profissional pela implementação da metodologia individual de trabalho em enfermagem, existiu um aumento da percentagem de enfermeiros a relatar satisfação profissional (40,4% para 84,0%), que foi acompanhada por alterações no desempenho profissional, com aumento do número de enfermeiros a referir maior qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados.

Através da metodologia individual de trabalho, com uma abordagem direcionada ao doente, existe um envolvimento do doente e família, garantindo-se a continuidade, a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, com consequente satisfação dos doentes e família (Ventura-Silva et al., 2021). A identificação de vantagens na adoção da metodologia individual de trabalho foi avaliada na primeira fase do estudo, onde a maioria da amostra (66,7%) relatou reconhecer vantagens, nomeadamente as referidas por Ventura-Silva, et al (2021), além de 2,6% dos enfermeiros da amostra, também identificarem como vantagem, o aumento da satisfação profissional.

O método individual de trabalho prevê uma assistência integral ao doente, com ênfase na prestação de cuidados individualizados, atendimento integral e satisfação das necessidades do doente, onde um único enfermeiro tem a responsabilidade pela conceção e execução do cuidado integral a um ou mais doentes, satisfazendo todas as necessidades destes. É preciso recorrer ao Processo de Enfermagem como forma de identificação e satisfação das necessidades do doente, para cuidados centrados neste e uma tomada de decisão sustentada, garantir a continuidade de cuidados e uma maior segurança e qualidade da assistência de enfermagem (Ventura-Silva et al., 2023). Relativamente ao Processo de

Enfermagem, a prestação de cuidados através de metodologia de trabalho orientada para a tarefa, não permite a sua aplicação, gerando dificuldades na identificação das necessidades do doente e défices nos registos efetuados (Parreira et al., 2021). Os resultados encontram-se em consonância com o mencionado, pois, na primeira fase do estudo, onde a metodologia de trabalho era orientada para a tarefa, a maioria dos enfermeiros consideravam que não conseguiam aplicar o Processo de Enfermagem, além de não possuírem uma compreensão integral do doente durante a prestação e transição de cuidados. No entanto, após implementação do PE, existiu um aumento de 28,1% para 84,0% dos enfermeiros que consideravam que conseguiam garantir uma compreensão integral do doente durante a prestação e transição de cuidados, e existiu um aumento de 17,5% para 74,0% da amostra de enfermeiros que consideravam que conseguiam garantir a operacionalização do Processo de Enfermagem na sua prestação de cuidados. Desta forma, é possível relacionar a adoção da metodologia individual de trabalho em enfermagem, a algumas das vantagens decorrentes da prática clínica através do Processo de Enfermagem, das quais se destacam: cuidado humanizado, individualizado e holístico; prática clínica e tomada de decisão direcionadas; cuidado qualificado; maior qualidade dos registos de enfermagem; valorização profissional; melhoria na condição de saúde dos doentes; autonomia profissional; e satisfação do doente (Berwanger, et al 2019). Por outro lado, de acordo com Ribeiro, et al (2018), quando o recurso ao Processo de Enfermagem é parcial e pouco sustentado, as práticas de enfermagem são frequentemente orientadas por rotinas e tradições enraizadas, o que se pode relacionar com os resultados da primeira fase do estudo.

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o enfermeiro, na procura permanente da excelência profissional, procura os mais altos níveis de satisfação do doente (OE, 2001). A responsabilidade mais importante dos enfermeiros é prestar cuidados de enfermagem respeitando o individualismo e singularidade dos doentes, pois cuidados de enfermagem específicos e individualizados, aumentam a satisfação do doente com a assistência prestada (Gurdogan et al., 2015; Ozdemir (2019). A satisfação do doente é um indicador significativo para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, existindo uma correlação positiva entre a prestação de cuidados individualizados e a satisfação do doente (Suhonen et al., 2012; Gurdogan et al., 2015). Os resultados encontram-se em concordância com estudos anteriores e permitem concluir que a maioria dos enfermeiros da amostra (84,0%), se encontram cientes do referido, pois, reconhecem que através da adoção do PE, onde se garante um cuidado de enfermagem individual, conseguem garantir a satisfação do doente durante a prestação de cuidados de enfermagem.

A qualidade dos cuidados encontra-se relacionada com a prática de cuidados centrados na pessoa e com a segurança dos doentes (Paiva-Santos et al., 2022). Nos resultados obtidos, foi possível verificar o supracitado e realizar uma relação entre a prestação de cuidados individualizados e a qualidade dos cuidados. Na primeira fase do estudo, onde a maioria da dos enfermeiros (63,1%), referiam que a metodologia de trabalho se encontrava orientada para a tarefa, 54,3% dos enfermeiros consideravam que, com a metodologia de trabalho adotada, não garantiam a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Por outro lado, verificou-se, que após a adoção do PE, a maioria dos enfermeiros (88,0%) consideravam que conseguiam garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, encontrando-se em concordância com Suhonen, et al (2012), Ozdemir (2019) e Ventura-Silva, et al (2021), quando referem que deve existir um investimento no percurso formativo dos enfermeiros, com introdução ou desenvolvimento de cuidados de enfermagem individualizados, através de educação em enfermagem, programas de desenvolvimento profissional e políticas em saúde, de forma a serem utilizados na prática profissional, pois contribuem para aumentar a satisfação do doente e garantir a qualidade dos cuidados.

A segurança do doente é um dever dos enfermeiros, que se traduz numa dimensão essencial da qualidade dos cuidados de enfermagem e que se encontra interligada a cuidados de enfermagem centrados no doente (Diz & Lucas, 2022; Kim, et al., 2022). De acordo com os resultados, verificou-se que os enfermeiros deste estudo se encontravam conscientes do referido, pois na primeira fase do estudo, apenas 28,1% consideravam que garantiam a segurança dos cuidados de enfermagem prestados, valor que aumentou para 92,0% após adoção do PE. O conhecimento das perceções dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do doente no SU contribui para a melhoria dos cuidados, reduzindo os eventos adversos e melhorando a qualidade dos cuidados prestados (Diz & Lucas, 2022). Neste âmbito, os resultados do estudo, encontram-se, também, em consonância com Ventura-Silva, et al (2021), que referem que a metodologia de trabalho adotada pelos enfermeiros tem implicação na segurança e na qualidade dos cuidados de enfermagem, o que se verificou no estudo, pois existiu um aumento destas duas dimensões após a implementação da metodologia individual de trabalho.

A comunicação eficaz entre profissionais de saúde nos momentos de transição de cuidados, transferência de responsabilidade e de passagem de informação é determinante para garantir a segurança dos cuidados, pois podem ocorrer eventos adversos em consequência de falhas de comunicação (Despacho n.º 9390/2021; Costa et al., 2022). De acordo com Costa et al., (2022), um dos fatores que condiciona a qualidade e segurança da transição de cuidados num SU, é a metodologia de trabalho adotada pelos enfermeiros, existindo maiores dificuldades

na transmissão de informação quando a metodologia de trabalho é centrada na tarefa, pelo que é recomendado que exista uma atribuição de doentes por enfermeiro. Os resultados são congruentes com o estudo supracitado, pois na primeira fase, a maioria dos enfermeiros da amostra (52,6%) consideravam que não garantiam a continuidade dos cuidados e 47,4% consideravam que não apresentavam uma compreensão integral do doente durante a prestação e transição de cuidados. Por outro lado, após adoção do PE, existiu um aumento para 86,0%, dos enfermeiros que conseguiam garantir a continuidade dos cuidados e para 84,0%, dos enfermeiros que conseguiam assegurar uma compreensão integral do doente durante a prestação de cuidados e transição de informação. Devido à dinâmica do SU, a transição de cuidados deve ser alvo de preocupação, pelo risco para a segurança dos cuidados prestados, existindo a necessidade de desenvolver esforços para que esta transição não seja apenas verbal, mas complementada com um documento escrito (Costa et al., 2022). Esta recomendação foi o uma das intervenções integrantes do PE, contribuindo para justificar os resultados obtidos nesta dimensão.

A dotação de profissionais, são aspetos obrigatórios na adoção de um método de trabalho (Parreira et al., 2021). A maior dificuldade identificada pelos enfermeiros na sua prática profissional no SU, que dificulta a prestação de cuidados, refere-se ao controlo sobre o ambiente, onde se enquadra a sobrelotação do serviço e a falta de recursos materiais e humanos (Santos et al., 2017). Os resultados obtidos no presente estudo estão em linha com o supracitado, pois duas das dificuldades de implementação do PE na AC, identificadas pela maioria dos enfermeiros, são referentes aos recursos profissionais, especificamente 89,4% da amostra identificou a dotação adequada dos enfermeiros e 78,7% da amostra referiu a dotação adequada de assistentes operacionais. Brazão, et al (2016) reforça o referido e acrescenta que em contexto de SU, pela sua complexidade, é importante assegurar um número adequado de profissionais, uma vez que um número demasiado elevado de doentes por profissional pode levar a piores resultados clínicos, incluindo mortalidade e incapacidade, além de se associar a exaustão profissional, insatisfação e absentismo. O enunciado é, ainda, corroborado por Rocha et al., 2022, que referem que devido à sobrelotação existente nos SU, os cuidados de enfermagem ficam comprometidos e prejudicados, o que é um alerta para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e as suas consequências para o doente, profissionais e para o sistema de saúde. Neste sentido, o Regulamento n.º 743/2019 (2019) prevê a utilização de metodologias e critérios adequados, de apoio à gestão, para realizar o cálculo de dotações seguras de enfermeiros e prevenir o problema da insuficiência de recursos humanos no SU.

Relativamente aos fatores facilitadores e dificultadores da adoção dos métodos de trabalho pelos enfermeiros, salientam-se os aspetos relacionados com o trabalho do enfermeiro, com o percurso profissional do enfermeiro, com a gestão em enfermagem e com as características institucionais (Ventura-Silva et al., 2021). Foi possível enquadrar algumas das dificuldades identificadas pelos enfermeiros da amostra na adoção do PE, com os fatores facilitadores e dificultadores supracitados, nomeadamente a dotação adequada de enfermeiros e de assistentes operacionais, que se podem enquadrar nos aspetos relacionados com a gestão em enfermagem. Relativamente às características institucionais, enquadra-se a rotatividade de doentes entre setores do SU e a organização do espaço físico da AC, quanto ao percurso profissional dos enfermeiros, pode inserir-se o conhecimento sobre a metodologia individual de trabalho e, por fim, nos aspetos relacionado com o trabalho do enfermeiro, é possível enquadrar a complexidade do doente na AC. Neste domínio, é possível relacionar os resultados do estudo com o referido por Paiva-Santos, et al (2022), relativamente ao ambiente de prática de enfermagem influenciar a qualidade dos cuidados, a prática de cuidados centrados na pessoa e a segurança dos doentes, pois a organização do espaço físico da AC e a dotação adequada de recursos humanos são as maiores dificuldades identificadas pelos enfermeiros na adoção do PE.

A organização do espaço físico da AC, identificada por 80,9% da amostra e a complexidade do doente na AC, referido por 17%, foram algumas das dificuldades referidas na implementação do PE. Estas dificuldades são corroboradas por Walsh, et al (2022), pois refere, que alguns dos desafios identificados pelos enfermeiros na prestação de cuidados centrados no doente, se devem às necessidades complexas do doente e à configuração do espaço no SU. A dificuldade identificada pela maioria da amostra, relativamente à organização do espaço físico da AC, encontra-se também referida por Parreira, et al (2021), pois a estrutura física, a arquitetura, as dimensões e a idade da construção do espaço físico são aspetos que podem pesar na adoção de um método de trabalho, dado que estruturas físicas centralizadas facilitam a vigilância dos doentes, potenciando a adoção de métodos de trabalho de maior qualidade assistencial.

Uma das intervenções integrante do PE, que se destacou com maiores níveis de dificuldade de executar, foi efetuar registos das intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes em todos os doentes sob a responsabilidade do enfermeiro, apesar de estes serem essenciais para assegurar a continuidade, qualidade e segurança dos cuidados prestados (Ribeiro, 2019). Este resultado encontra-se em consonância com um estudo de Paiva-Santos, et al (2022), onde foi referido que um dos cuidados de enfermagem omissos mais frequente corresponde à documentação dos cuidados de enfermagem de forma

adequada. Além da importância da realização de registos de enfermagem já referida, a omissão destes cuidados associa-se a menor qualidade dos cuidados prestados, menor satisfação do doente e do profissional, aumento de eventos adversos para o doente e aumento do tempo de permanência e de readmissão hospitalar (Chaboyer et al., 2021). De acordo com Chaboyer, et al (2021), uma das principais causas para a ocorrência de omissão destes cuidados é a dotação insuficiente de enfermeiros, que foi uma das principais dificuldades identificada pelos enfermeiros, do presente estudo, na adoção do PE.

1.8. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Os resultados encontrados neste estudo estão em consonância com outras investigações nesta temática. A amostra de enfermeiros considerou que, de acordo com a evidência mais atual, a metodologia individual de trabalho em enfermagem era a mais adequada a adotar na AC do SU, identificando como vantagens da sua implementação: garantir a prestação de cuidados centrados no doente; garantir a continuidade dos cuidados prestados; aumentar a segurança do doente; aumentar a qualidade dos cuidados prestados; melhorar a transmissão de informação sobre o doente; aumentar a satisfação do doente; e aumentar a satisfação profissional.

A formação em serviço e implementação de um PE na prestação de cuidados de enfermagem na AC, na perspetiva da amostra de enfermeiros, contribuiu para: garantir a continuidade dos cuidados de enfermagem prestados; garantir a segurança dos cuidados de enfermagem prestados; garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados; assegurar a operacionalização do Processo de Enfermagem na prestação de cuidados; garantir uma compreensão integral do doente durante a prestação e transição de cuidados; garantir a satisfação do doente durante a prestação de cuidados de enfermagem; e garantir satisfação do profissional durante a prestação de cuidados de enfermagem.

A amostra de enfermeiros identificou dificuldades na implementação de algumas intervenções constituintes do PE, das quais se destacaram: efetuar registos das intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes realizadas e assumir os doentes que estão sob a responsabilidade do enfermeiro que antecede horizontalmente no documento “*Distribuição Diária da Equipa de Enfermagem*”, quando estes transitam de turno.

Reconhecem-se limitações no estudo, nomeadamente o número de enfermeiros envolvidos na amostra, em comparação com a população-alvo (inferior a 50%), o que não permite generalizar as conclusões deste estudo para a população em causa.

Apesar da pertinência dos resultados obtidos, julga-se importante investigar em estudos próximos, a realização de formação e a implementação de um PE que permita a operacionalização da metodologia individual de trabalho em todas as áreas deste SU, e não apenas na AC, de forma a propor mais medidas concretas e adequadas a todo o serviço. A replicação deste estudo para outros SU poderá ser igualmente uma sugestão que permitirá melhorar a discussão em torno das metodologias de trabalho em enfermagem nos SU.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Relatório de EC caracteriza-se pelo culminar do percurso académico, para obtenção do grau de Mestre em EMC e o título de enfermeira especialista na área de Enfermagem à PSC, com ênfase na aquisição de competências nos períodos de EC e no desenvolvimento do trabalho de investigação-ação realizado no contexto de exercício profissional.

O percurso formativo que se encontra em conclusão, foi marcado por muitas expectativas positivas, pois existia uma grande vontade de apreender o máximo de oportunidades de aprendizagem e atingir os objetivos e o nível de qualidade definidos, de forma a verificar-se um crescimento profissional e aquisição das competências comuns e específicas, que são esperadas de uma enfermeira especialista em EMC na área de Enfermagem à PSC. Durante este percurso existiu um desenvolvimento progressivo e positivo destas competências profissionais, assim como, um crescente aumento nas capacidades de investigar e incorporar os resultados da investigação na prática clínica, contribuindo para a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Apesar da grande evolução transversal ao nível de todas as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de Enfermagem à PSC, considera-se importante destacar o domínio da Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção e de Resistência a Antimicrobianos na PSC, devido às competências desenvolvidas em UCI, levando a uma reflexão sobre quão diferente se torna a atuação do enfermeiro neste domínio consoante o contexto de prática clínica e as estratégias que o enfermeiro especialista deve adotar, de forma a minimizar estas diferenças e ter uma intervenção especializada adequada.

Durante este percurso existiram algumas dificuldades, nomeadamente relativas ao cuidar da PSC no contexto extra-hospitalar e UCI, por se tratar da primeira experiência profissional nestes contextos e pelas suas grandes especificidades, ao nível de recursos humanos e físicos, e também, das características da PSC. Ainda assim, foi possível ultrapassá-las através de uma prática baseada em evidência científica, com mobilização dos conhecimentos previamente adquiridos e autoformação, e através do papel facilitador dos enfermeiros supervisores.

A prática dos enfermeiros deve ser norteadada pelo rigor e competência, no sentido de ser possível obter ganhos em saúde para os doentes, decorrentes dos cuidados de enfermagem (Alves & Pacheco, 2016). A prática baseada na evidência promove o empoderamento do enfermeiro, aumenta a segurança, a eficácia e a qualidade dos cuidados, pelo que a sua incorporação na prática profissional dos enfermeiros é imprescindível (Pinto & Mota, 2023).

Atendendo a estes princípios, o desenvolvimento do trabalho de investigação-ação intitulado “*Metodologia Individual de Trabalho na Área Cirúrgica de um Serviço de Urgência: Orientação para a Melhoria Contínua da Qualidade*” permitiu desenvolver um trabalho de investigação, com melhoria de conhecimento dos enfermeiros, capacitando-os para a tomada de decisão, suportada por uma prática baseada na evidência. Além do referido, este processo permitiu a observação das dificuldades que acompanham os processos formação dos pares e de mudanças de comportamento das práticas dos enfermeiros. Estas mudanças só foram possíveis atuando de acordo com Alves e Pacheco (2016), através da realização de um trabalho sistemático, estruturado e adequado à população-alvo, e da consciencialização da necessidade de melhorarem progressivamente o seu desempenho profissional.

Apesar das limitações do estudo realizado, verificou-se que a formação em serviço e implementação de um PE na prestação de cuidados na AC de um SU, na perspetiva dos enfermeiros, contribuiu para: garantir a continuidade dos cuidados de enfermagem; garantir a segurança dos cuidados de enfermagem; garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem; assegurar a operacionalização do Processo de Enfermagem na prestação de cuidados; garantir uma compreensão integral do doente durante a prestação e transição de cuidados; e garantir a satisfação do doente e do profissional durante a prestação de cuidados de enfermagem.

Por fim, considera-se que a elaboração do presente Relatório de EC também foi um momento de aprendizagem bastante construtivo, pois foi realizado uma retrospectiva dos 3 contextos de EC e de todas as atividades desenvolvidas, analisando-as de forma crítico-reflexiva e segundo a evidência científica existente. Durante a realização do Relatório foi demonstrado como cada momento de aprendizagem e reflexão contribuiu para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de Enfermagem à PSC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos: RT 09/2013*. (1ª edição). UIE/ACSS. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências: RT 11/2015*. (1ª edição). UIE/ACSS. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência: RT 14/2019*. (1ª edição). UIE/DRS/ACSS. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf
- Almeida, A. J. L. (2012). *Prognóstico do Doente com Sepsis na UCI. O contributo da enfermagem na equipa interdisciplinar* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/16113>
- Alves, C., & Pacheco, A. (2016). Information as Support For Peer Supervision in Nursing. *Millenium*, 2(1), 41-51. <https://doi.org/10.29352/mill0201.08.00006>
- Amaya, M. R., Paixão, D. P. S. S., Sarquis, L. M. M., & Cruz, E. D. A. (2016). Construção e validação de conteúdo de checklist para a segurança do paciente em emergência. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 37(spe), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68778>
- Amaral, P. M. (2017). *Qualidade da Triagem de Manchester e fatores que a influenciam* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=DnEolxiH>
- Batalha, L. M. C. (2016). Avaliação da dor- Manual de Estudo (1ª edição). ESEnfC. [file:///C:/Users/andre/Downloads/Manual%20de%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20dor%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/andre/Downloads/Manual%20de%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20dor%20(2).pdf)
- Beat, I. & Brent, D. (2021). Using the ABCDE approach for all critically unwell patients. *British Journal of Healthcare Assistants*, 15(2), 84-89. <https://doi.org/10.12968/bjha.2021.15.2.84>
- Bernardino, E. (2018). Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Portugal. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9946/satisf%C3%A7%C3%A3o-profissional-dos-enfermeiros-em-portugal-2018.pdf>
- Berwanger, D. C., Matos, F. G. O. A., Oliveira, J. L. C., Alves, D. C., Hofstatter, L. M., Tonini, N. S., & Neta, A. S. (2019). Processo de enfermagem: vantagens e desvantagens para a prática clínica do enfermeiro. *Revista Nursing*, 22(257), 3203-3207. <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i257p3203-3207>
- Brazão, M. L., Nóbrega, S., Bebião, G., & Carvalho, E. (2016). Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23(3), 8-14. <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/814>
- Cabete, D. S. G., Fonte, C. S., Matos, M. M. S., Patrica, H. M., Silva, A. R. R., & Silva, V. F. V. A. (2019). Apoio emocional à família da pessoa em situação crítica: intervenções de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(20), 129-138. <https://doi.org/10.12707/RIV18062>
- Carvalho, E. C. C. (2016). A look at the non-technical skills of nurses: simulation contributions. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(spe), 1-2. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.2791>
- Chaboyer, W., Harbeck, E., Lee, B., & Grealish, L. (2021). Missed nursing care: An overview of reviews. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 37(2), 82-91, <https://doi.org/10.1002/kjm2.12308>
- Circular Normativa n.º 09/DGCG da Direção-Geral da Saúde. (2003). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
- Costa, F. A., Torres, R. S., & Sousa, C. P. (2022). Triagem de Manchester: Perceções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV21028>
- Costa, P., Martins, C., & Encarnação, P. (2022). Perceção dos enfermeiros acerca da transição de cuidados num serviço de urgência. *New Trends in Qualitative Research*, 13(spe), 4-12. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e685>
- Despacho n.º 18459/2006 do Ministério da Saúde. (2006). Diário da República: II série, n.º 176/2006. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/18459-2006-1518280>
- Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: II série, n.º 153/2014. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

- Despacho n.º 5561/2014 do Ministério da Saúde (2014). Diário da República: II série, n.º 79/2014. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/08/05-Despacho-5561-2014-de-23-de-abril.pdf>
- Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: II série, n.º 28/2014. <https://files.dre.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>
- Despacho n.º 9390/2021 da Assembleia da República. (2021). Diário da República: II série, n.º 187/2021. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Direção-Geral da Saúde. (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. Direção-Geral da Saúde. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf
- Diz, A. B. M. & Lucas, P. R. M. B. (2022). Segurança do paciente em hospital – serviço de urgência– uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(05), 1803-1812. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.22742021>
- Entidade Reguladora da Saúde (2009). Consentimento Informado- Relatório Final. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/73/Estudo-CI.pdf
- Enunciado de Posição n.º 01/07 (2007). Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>
- Ferreira, L. A. R. (2013). *Prevalência de Dor em Emergência Pré-Hospitalar*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/1801>
- Ferreira, M. T., Fernandes, J. F., Jesus, R. A., & Araújo, I. M. (2020). Abordagem na sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(1), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RIV19086>
- Ferrioli, D. R., Acosta, L. S., Gomes, G. C., & Filho, W. D. L. (2003). Cuidando de Famílias de Pacientes Internados em Uma Unidade De Terapia Intensiva. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 5(3), 193-202. <http://repositorio.furg.br/handle/1/1550>
- Gomes, A. M. (2018). Preservação de vestígios no pré-hospitalar: papel das equipas de emergência médica em cenários forenses. *Nursing*, 1(spe), 1-16. <https://www.nursing.pt/preservacao-de-vestigios-no-pre-hospitalar-papel-dasequipas-de-emergencia-medica-em-cenarios-forenses>
- Grivol, D. E., Bernardes, A., Moura, A. A., Zanetti, A. C. B., & Gabriel, C. S. (2020). A liderança exemplar na perspectiva de enfermeiros do atendimento pré-hospitalar: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 19(2), 1-9. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20205974>
- Guedes, G. F., Oharal, C. V. S., Silva, G. T. R., & Franco, G. R. R. M. (2009). Ensino clínico na enfermagem: a trajetória da produção científica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(2), 283-286. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000200018>
- Gurdogan, E. P., Findik, U. Y., & Arslan, B. K. (2015). Patients' Perception of Individualized Care and Satisfaction with Nursing Care Levels in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 369-375. http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/14_findic.pdf
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situação de Exceção- Manual TAS* (1ª edição). Lisboa. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). Carteira de Serviços do INEM, I.P. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/12/Carteira-de-Servi%C3%A7os-do-INEM.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida* (1ª edição). <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2020.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2021). Relatório de Atividade dos meios de emergência médica. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-Meios-de-Emergencia-Medica-2021.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística. (2022, maio 16). *Mortalidade por Covid-19 mais elevada e prematura nos homens, em 2020*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=540774816&DESTAQUESmodo=2
- Júnior, S. V. S., Lacerda, F. A., Florêncio, M. V. D. L., Araújo, A. A., Santos, B. M., P., & Pedrosa, I. L. (2020). Superlotação dos serviços de urgência e emergência hospitalar. *Enfermagem Brasil*, 19(1), 49-57. <https://doi.org/10.33233/eb.v19i1.3912>
- Kim, G. M., Kim, N. G., & Lee, E. N. (2022). Emergency Room Nurses' Experiences in Person-Centred Care. *Nursing Reports*, 12(3), 472-481. <https://doi.org/10.3390/nursrep12030045>
- Lei n.º 141/99 do Ministério da Saúde (1999). Diário da República: I Série, n.º 201/1999. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/141-1999-532449>

- Lei n.º 15/2014 do Ministério da Saúde (2014). Diário da República: I Série, n.º 57/2014. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>
- Lei n.º 156/2015 do Ministério da Saúde (2015). Diário da República: I Série, n.º 181/2015. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S. F., Sequeira, M. S., Melo, M. F. H., & Gouveia, M. J. B. (2022). A Tomada de Decisão na Gestão de Cuidados em Enfermagem: Uma Revisão Narrativa da Literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 30(1), 557-578, <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Hellman, T., Uusalo, P., & Jarvisalo, M. J. (2021). Renal Replacement Techniques in Septic Shock. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(19), 1-18. <https://doi.org/10.3390/ijms221910238>
- Máximo, M., & Puga, A. (2021). Gestão da Sedação em Unidade de Cuidados Intensivos. *Revista Da Sociedade Portuguesa De Anestesiologia*, 30(4), 157-170. <https://dx.doi.org/10.25751/rspa.24797>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (1st ed.). Springer Publishing Company. https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Miller, F. (2018). Pneumonia associada à Ventilação Mecânica. *World Federation of Societies of Anesthesiologists*, 382(1), 1-8. https://resources.wfsahq.org/wp-content/uploads/382_portuguese.pdf
- Morganheira, D., Silva, P., Pereira, R., & Ruivo, A. (2017). Preservação do direito à privacidade: percepção do doente internado. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(2), 1000-1012. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2017.3\(2\).1000](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2017.3(2).1000)
- Nascimento, K. C., Nunes, J. M., Lanzoni, G. M., Cechinel-Peiter, C., Provensi, C., & Wachholz, L.F. (2022). Elaboração e validação de instrumento para transição do cuidado do paciente de emergência. *Enfermagem Foco*, 13(1), 1-7. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202250>
- Netto L., Silva, K. L., & Rua M. S. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. *Revista Escola Anna Nery*, 22(1), 1-6. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0309>
- Norma n.º 001/2017 da Direção-Geral da Saúde (2017). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Norma n.º 002/2018 da Direção-Geral da Saúde (2018). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>
- Norma n.º 004/2013 atualizada a 27/07/2022 da Direção-Geral da Saúde. (2022). <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042013-de-21022013.aspx>
- Norma n.º 004/2023 da Direção-Geral da Saúde (2023). <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042023-de-290520231.aspx>
- Norma n.º 007/2019 da Direção-Geral da Saúde. (2019). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/10/16/higiene-dasmaos-nas-unidades-de-saude/>
- Norma n.º 014/2015 da Direção-Geral da Saúde. (2015). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142015-de-06082015.aspx>
- Norma n.º 020/2014 da Direção-Geral da Saúde. (2014). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202014-de-30122014-pdf.aspx>
- Norma n.º 021/2015 atualizada a 17/11/2022 da Direção-Geral da Saúde. (2022). <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-atualizada-a-17112022.aspx>
- Norma n.º 022/2015 atualizada a 29/08/2022 da Direção-Geral da Saúde. (2022). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>
- Norma n.º 029/2012 atualizada a 31/10/2013 da Direção-Geral da Saúde (2013). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012-png.aspx>
- Oliveira, A. & Figueiredo, A. (2014). Implicações Éticas da Aplicação do Protocolo de Paragem Cardiorespiratória em Suporte Imediato De Vida. *Livro de Resumos/Atas do 6º Seminário de Bioética "Conduta Ética: Integridade Académica e Profissional"* 1(1), 17-26. https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/6371/1/Livro_resumos_Bioetica_8_7_2014.pdf
- Oliveira, L. M. N., Queirós, P. J. P. & Castro, F. V. (2015). A competência profissional dos enfermeiros. Um estudo em hospitais portugueses. *Revista INFAD De Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 143–158. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331>

- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem- Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Conselho de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise dos Casos*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Enunciado de Posição nº. 01/07: Enfermagem no Pré-Hospitalar*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões da Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica; na área de Enfermagem à pessoa em Situação Paliativa; na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória; na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica*. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Anuário Estatístico 2022 SR Centro*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023). *Transporte de Doentes Críticos Adultos*. https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI_OM-III-2023.pdf
- Orientação n.º 018/2011 da Direção-Geral da Saúde (2011). https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2011/Maio/Orient_018_2011.pdf
- Ozdemir, N. G. (2019). The Development of Nurses' Individualized Care Perceptions and Practices: Benner's Novice to Expert Model Perspective. *International Journal of Caring Sciences*, 12(3), 1906-1912. https://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/81_ozdemir_special_12_2.pdf
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J. J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2016). Rede de Referência de Medicina Intensiva. <https://r-3.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
- Paiva-Santos, F. M., Neves, T. M., Ventura, F. I., Tavares, J. P., & Amaral, A. F. (2022). A influência do ambiente de prática de enfermagem nos cuidados omissos e na individualização dos cuidados. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), 1-7. <https://doi.org/10.12707/RVI22003>
- Parecer Conselho Jurisdicional- 8/2008 do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. (2008). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer8_2008_%20informacoes_telefonicas.pdf
- Parecer nº 05/2021 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (2021). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23615/parecer-n%C2%BA-05_ce-e-mceemc-vmer-anonimizado.pdf
- Parecer n.º 09/2017 da Mesa Do Colégio da Especialidade Em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros. (2017). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_09_2017_MCEEMC_TransportePessoaSituacaoCritica.pdf
- Parecer n.º 15/2018 da Mesa Do Colégio da Especialidade Em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros. (2018). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Parecer n.º 22/ 2015 da Mesa Do Colégio da Especialidade Em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros. (2015). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_22_2015_05_19_MCEEMC_Funcoes_desempenhar_por_enfermeiros_em_Ambulancia_Suporte_Imediato_Vida.pdf
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. *Internacional Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2088-2105. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>


- Pastor, A., Almeida, F., Silva, N., Ferreira, N., Gonçalves, A., Alfaiate, T., Magalhães, S., & Pereira, A. (2019). Fibrinólise num Hospital Distrital: Desempenho dos Dois Primeiros Anos. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 26(2), 92-96. <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/376>
- Paulino, M. C., Pereira, I. J., Costa, V., Neves, A., Santos, A., Teixeira, C. M., Coimbra, I., Fernandes, P., Bernardo, R., & Póvoa, P. (2022). Abordagem da sedação, da analgesia e do delirium em Portugal: inquérito nacional e estudo de prevalência. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 34(2), 227-236. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20220020-pt>
- Pavedahl, V., Holmstrom, I. K., Meranius, M. S., Schwarz, U. V. T., & Muntlin, A. (2021). Fundamentals of care in the emergency room – An ethnographic observational study. *International Emergency Nursing*, 58(1), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101050>
- Peate, I. & Brent, D. (2021). Using the ABCDE approach for all critically unwell patients. *British Journal of Healthcare Assistants*, 15(2), 84-89. <https://doi.org/10.12968/bjha.2021.15.2.84>
- Pereira, M., Silva, M., Pereira, S., Pissarra, H., & Ramos, M. J. (2021). Atividade da Comissão de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (CPCIRA) do INEM, em Contexto Covid-19, no ano 2020. *Life Saving*, 20(9). <http://hdl.handle.net/10400.1/16895>
- Peixoto, N. M. S. M., & Peixoto, T. A. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(4), 121-132. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pinho, J. A., Carneiro, H., & Alves, F. (2016). *Resultados Plano Nacional de Avaliação da Dor*. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Pinto, A. C. P., & Mota, L. A. N. (2023). Instrumentos de prática baseada na evidência para enfermeiros validados para Portugal: protocolo de *scoping review*. *Revista SALUS*, 5(1), 21-27. <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>
- Pires, S. M. P., Monteiro, S. O. M., Pereira, A. M. S., Stocker, J. N. M., Chaló, D. M., & Melo, E. M. O. P. (2018). Escala de avaliação de habilidades não técnicas em enfermagem: construção, desenvolvimento e validação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26(1), 1-12. <http://www.dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2383.3042>
- Polycarpo, R. S., Cebriano, G. C. M., Ludovico, A. S. G., Viana, A.D., & Conceição, S. C. (2021). Prevenção De Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica: Estudo De Intervenção. *Revista Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde*, 2(2021), 1-10. <http://dx.doi.org/10.9789/2675-4932.rectis.v2.10868>
- Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. (2017). Prevenção da Transmissão de Enterobacteriaceas Resistentes aos Carbapenemos em Hospitais De Cuidados de Agudos. Direção-Geral da Saúde. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos.pdf>
- Pupulim, J. S. L., & Sawada, N. O. (2012). Percepção de pacientes sobre a privacidade no hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(4), 621-629. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000400011>
- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (2015). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: II Série, nº 26/2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da República: II Série, nº 135/2018. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: II Série, nº 184/2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001 (2001). Diário da República: I Série, nº 2. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_print_articulado.php?tabela=leis&artigo_id=&nid=1644&nversao=&tabela=leis
- Ribeiro, M. R. S. M. (2019). Os Registos de Enfermagem como uma Estratégia Indispensável para Assegurar a Continuidade dos Cuidados. *Revista Sinais Vitais*, 129(1), 29-41. <http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/revista/RSV129.pdf>
- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. S., Tronchin, D. M. R., & Forte, E. C. N. Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(1), 1-11. <https://doi.org/10.1590/19831447.2018.2017-0174>
- Rocha, H. M. N., Oliveira, A. H., Azevedo, A. M. S., Andrade, I. S., Santana, M. A. G., Santos, J. M. J., Farre, A. G. M. C. & Filho, V. J. S. (2022). Percepção dos enfermeiros sobre qualidade da assistência prestada aos pacientes em situação de internação nos pronto-socorros. *Research, Society and Development*, 11(5), 1-14. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28461>


- Rodrigues, M., Gaspar, F., & Lucas, P. (2022). A Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Contexto Hospitalar: Revisão Scoping. *New Trends in Qualitative Research*, 13(1), 1-10. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e650>
- Rosa, I., Pais, D., & Consciência, G. (2016). Os Princípios da Bioética Aplicados em Urgência Hospitalar. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23(1), 18-23. <https://doi.org/10.24950/rspmi.777>
- Santos, J. L. G., Menegon, F. H. A., De Pin, S. B., Erdmann, A. L., Oliveira, R. J. T., & Costa I. A. P. (2017). Ambiente de trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência. *Revista Rene*, 18(2), 195-203. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000200008>
- Santos, M. A., Sardinha, A. H. L., Santos, L. N. (2017). Satisfação dos usuários com os cuidados dos enfermeiros. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(1), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.57506>.
- Sardo, P. M. G., Macedo, R. P. A., Alvarelhão, J. J. M., Simões, J. F. L., Guedes, J. A. D., Simões, C. J., & Príncipe, F. (2022). Nursing workload assessment in an intensive care unit: A retrospective observational study using the Nursing Activities Score. *Nursing in Critical Care*, 28(2), 288-297. <https://doi.org/10.1111/nicc.12854>
- Silva, M. P., Silva, M. de F., Wang, Z. L., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). Satisfação profissional e a qualidade dos cuidados de enfermagem – uma revisão integrativa. *Gestão E Desenvolvimento*, 30(1), 363-385. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11393>
- Silva, R. X., Ferreira, C. A. A., Sá, G. G. M., Souto, R. Q., Barros, L. M., & Galindo-Neto, N. M. (2022) Preservation of forensic traces by Nursing in emergency services: a scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30(spe), 1-13. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5849.3540>
- Simões, E. P. C., Michelin, A. F., Bonifácio, N. A., Sakamoto, S. R., Ferreira, L. B., & Nascimento, G. (2023). Percepção dos pacientes hospitalizados sobre privacidade, exposição e manipulação corporal. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(3), <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-132>
- Smith, D., & Bowden, T. (2017). Using the ABCDE approach to assess the deteriorating patient. *Nursing Standard*, 32(14), 51-63. <http://www.dx.doi.org/10.7748/ns.2017.e11030>
- Souza, C. F. Q., Souza, S. M., Batista, R. P. S., Bandeira, T. P. M., Neto, W. B., & Junior, W. S. S. (2020). Aplicativo móvel como ferramenta de assistência e prevenção ao infarto agudo do miocárdio. *Enfermería Actual de Costa Rica*, 39(1), 129-143. <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i39.41072>
- Suhonen, R., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsiangari, H., Jarosova, D., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., Karlou, C., Balogh, Z., & Merkouris, A. (2012). Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 372-380. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00943.x>
- Szymanski, P., Neto, I. M. D. L. F., Bitencourt, L. G., & Moreira, C. F. S. (2021). Trombólise Endovenosa em Acidente Vascular Cerebral isquêmico: uma revisão de literatura. *Revista Neurociências*, 29(1), 1-16 <https://doi.org/10.34024/rnc.2021.v29.11637>
- Tavares, C. G. (2012). Exercício de Enfermagem Pré-Hospitalar: Esforço Contínuo de Afirmação Profissional [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://repositorio.esenfc.pt?url=5N1qlz9m>
- Valentin, A. & Ferdinande, P. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37(10), 1575-87. <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7>
- Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. S., Trindade, L. L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. S., Trindade, L. L., Faria, A. D. C. A., Barros, S. C. C., Melo, R. M. C., Forte, E. C. N. & Ribeiro, O. M. P. L. (2023). Escala de avaliação dos métodos de trabalho dos enfermeiros: um estudo de validação de conteúdo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(2), 1-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0396pt>
- Viveiros, W. L., Okuno, M. F. P., Campanharo, C. R. V., Lopes, M. C. B. T., Oliveira, G. N. & Batista, R. E. A. (2018). Dor no serviço de emergência: correlação com as categorias da classificação de risco. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26(1), 1-8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2415.3070>
- Walsh, A., Bodaghkhani, E., Etchegary, H., Alcock, L., Patey, C., Senior, D., & Asghari, S. (2022). Patient-centered care in the emergency department: a systematic review and meta-ethnographic synthesis. *International Journal of Emergency Medicine*, 15(36), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12245-022-00438-0>
- Zaidan, J. L., Aquino, J. M., Lima, A. G., Barros, A. C., & Silva, E. R. (2022). Satisfação no trabalho de profissionais de enfermagem das clínicas médica e cirúrgica de uma unidade hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), 1-10. <https://doi.org/10.12707/RV122017>


ANEXOS

ANEXO I- Parecer da Unidade de Inovação e Desenvolvimento, Comissão de Ética para a Saúde e Conselho de Administração

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE	 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE		
	Comissão de Ética 		
SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		N.º 136/CES Proc.Nº OBS.SF.07-2023	31-03-2023
PI OBS.SF.07-2023 "METODOLOGIA INDIVIDUAL DE TRABALHO EM ENFERMAGEM NA ÁREA CIRÚRGICA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA - ORIENTAÇÃO PARA A MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE" Entrada na UID: 13-02-2023 Entrada na CES: 10-03-2023 Investigador/a/es: Andreia Filipa Lopes Fernandes - Enfermeira Coordenador/a/es: Não se aplica. Co-Investigador/a/es: Hugo Miguel Santos Duarte Promotor: Andreia Filipa Lopes Fernandes Serviço de Realização: Serviço de Urgência 			

Cumprir informar Vossa Ex.^a que a CES - Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar , reunida em 22 de Março de 2023, após reapreciação do projeto de investigação supra identificado, emitiu o seguinte parecer:

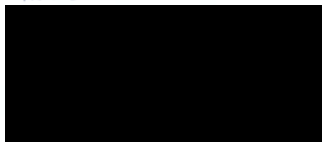
"A Comissão considera que se encontram respeitados os requisitos éticos adequados à realização do estudo, pelo que emite parecer favorável ao seu desenvolvimento no 

Mais informa que a CES do  deverá ser semestralmente atualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos,

A Comissão de Ética do 

Polo Presidente



APÊNDICES

APÊNDICE I- Questionário I aplicado aos participantes do estudo

O Projeto de Investigação em desenvolvimento no Serviço de Urgência [REDACTED], intitulado Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência [REDACTED]: Orientação para a Melhoria Contínua da Qualidade, insere-se no projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem da mestranda Andreia Filipa Lopes Fernandes, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Leiria, sob orientação do Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte.

O objetivo principal do presente Projeto de Investigação é avaliar a eficácia da implementação da metodologia individual de trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência [REDACTED]. Em consonância com o objetivo principal surgem os seguintes objetivos específicos: analisar a perceção dos Enfermeiros quanto à metodologia de trabalho em Enfermagem aplicada atualmente na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência [REDACTED]; avaliar a exequibilidade da aplicação do método individual de trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência [REDACTED]; e identificar a utilidade da adoção do método individual de trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência [REDACTED].

Como instrumento de colheita de dados, serão aplicados questionários em suporte digital com preenchimento online no Google Forms aos enfermeiros que prestam cuidados na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência [REDACTED] e que aceitem participar no estudo, de forma livre, esclarecida e informada. Pretende-se aplicar um questionário por enfermeiro, antes e após a implementação da metodologia individual de trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência [REDACTED], não sendo expectável que o seu preenchimento exceda os 10 minutos. Será realizada a colheita de dados sociodemográficos, académicos e profissionais, bem como operacionalizadas questões relativas à metodologia atual de trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência [REDACTED].

Neste questionário serão recolhidos dados sociodemográficos, académicos e profissionais, bem como operacionalizadas questões relativas à metodologia atual de trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência [REDACTED].

Todos os dados obtidos serão analisados pela investigadora principal e pelo professor orientador, através da utilização do programa informático Statistic Package for the Social Software (SPSS). Os dados recolhidos através do presente questionário têm como única finalidade a produção de evidência científica para o presente Projeto de Investigação.

A proteção de dados e o cumprimento de todas as obrigações legais decorrentes do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) são garantidos pela investigadora principal, Andreia Filipa Lopes Fernandes, que pode contactar através do endereço eletrónico andreiaflfernandes95@gmail.com.

O estudo tem duração previsível de 6 meses, com previsão de conclusão em setembro de 2023, data após o qual todos os questionários serão destruídos.

Solicita-se o seu contributo para preencher o seguinte questionário, reforçando:

1. Não se pretende nenhuma avaliação individual, pelo que as respostas serão analisadas de forma global e sem identificação dos participantes;
2. É expectável que o tempo de preenchimento do presente questionário seja inferior a 10 minutos;
3. Não há respostas corretas ou erradas;
4. A participação no presente estudo é voluntária e a decisão de participação ou não, não terá qualquer impacto na sua vida profissional, podendo desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou consequência;
5. É garantido o princípio da confidencialidade, através do anonimato das respostas fornecidas;
6. Deste projeto não advirá nenhuma despesa ou risco para os participantes.

Com a submissão do presente questionário confirma a compreensão da informação supracitada, aceita a participação voluntária e autoriza a utilização e divulgação no meio académico dos resultados obtidos no meio científico.

Agradeço a disponibilidade e interesse na participação neste Projeto de Investigação.

A investigadora principal: Andreia Filipa Lopes Fernandes, Enfermeira no Serviço de Urgência
do [REDACTED]

Declaro ter lido e compreendido as informações enunciadas. Aceito participar nesta investigação, através do preenchimento deste questionário, permitindo a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço. A confidencialidade e anonimato serão mantidos.

Aceito participar: _____

Não aceito participar: _____

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, ACADÉMICA E PROFISSIONAL

Sexo:

Feminino ___

Masculino ___

Idade:

_____ anos

Habilitações Académicas:

Licenciado ___

Mestrado ___

Doutorado ___

Tem alguma especialidade em Enfermagem?

Sim ___

Não ___

Se respondeu anteriormente “Sim”, qual a sua especialidade em Enfermagem?

Enfermagem Comunitária ___

Enfermagem Médico-Cirúrgica ___

Enfermagem de Reabilitação ___

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica ___

Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica ___

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ___

Tempo de experiência profissional em Enfermagem:

_____ anos

Tempo de exercício profissional no Serviço de Urgência █ do ████: _____ anos

Quantos dias por mês, em média, se encontra distribuído na prestação de cuidados de enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência █ (dia(s)/mês):

_____ dia(s)/mês

CARACTERIZAÇÃO DA METODOLOGIA ATUAL DE TRABALHO NA ÁREA CIRÚRGICA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA ■

Considera que com a sua metodologia atual de trabalho na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência ■ do ■ consegue garantir a continuidade dos cuidados de enfermagem prestados?

Concordo totalmente ___

Concordo parcialmente ___

Não concordo, Nem discordo ___

Discordo parcialmente ___

Discordo totalmente ___

Considera que a sua metodologia atual de trabalho na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência ■ do ■ consegue garantir a segurança dos cuidados de enfermagem prestados?

Concordo totalmente ___

Concordo parcialmente ___

Não concordo, Nem discordo ___

Discordo parcialmente ___

Discordo totalmente ___

Considera que a sua metodologia atual de trabalho na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência ■ do ■ consegue garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados?

Concordo totalmente ___

Concordo parcialmente ___

Não concordo, Nem discordo ___

Discordo parcialmente ___

Discordo totalmente ___

Considera que a sua metodologia atual de trabalho na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência ■ do ■■ consegue garantir a operacionalização do Processo de Enfermagem na sua prestação de cuidados?

Concordo totalmente ___

Concordo parcialmente ___

Não concordo, Nem discordo ___

Discordo parcialmente ___

Discordo totalmente ___

Considera que a sua metodologia atual de trabalho na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência ■ do ■■ lhe garante uma compreensão integrada do doente durante a prestação de cuidados de enfermagem e nos momentos de transição de cuidados e informação?

Concordo totalmente ___

Concordo parcialmente ___

Não concordo, Nem discordo ___

Discordo parcialmente ___

Discordo totalmente ___

Qual o seu nível de satisfação com a metodologia de trabalho em enfermagem que adota?

Totalmente satisfeito ___

Parcialmente satisfeito ___

Nem satisfeito, nem insatisfeito ___

Parcialmente insatisfeito ___

Muito insatisfeito ___

Quais as diferentes metodologias de trabalho em enfermagem que conhece nos diferentes contextos clínicos?

Considera que a sua metodologia de trabalho se encontra orientada para a tarefa?

Concordo totalmente ___

Concordo parcialmente ___

Não concordo, Nem discordo ___

Discordo parcialmente ___

Discordo totalmente ___

Considera que a sua metodologia de trabalho se encontra centrada na pessoa?

Concordo totalmente ___

Concordo parcialmente ___

Não concordo, Nem discordo ___

Discordo parcialmente ___

Discordo totalmente ___

Considera a metodologia de trabalho atual adotada pela equipa de enfermagem a mais adequada de acordo com evidência científica atual?

Sim ___

Não ___

Se respondeu anteriormente “Não”, qual a metodologia de trabalho em enfermagem que considera que a equipa deve adotar?

Método funcional ___

Método individual ___

Método de trabalho em equipa ___

Método do enfermeiro de referência ___

Outro _____

Considera que a adoção do método individual de trabalho em enfermagem contribui para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência ■ do ■■■■■?

Concordo totalmente ___

Concordo parcialmente ___

Não concordo, Nem discordo ___

Discordo parcialmente ___

Discordo totalmente ___

Identifica vantagens na adoção da metodologia individual de trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência ■ do ■■■■■?

Sim ___

Não ___

Se respondeu “Sim” na questão anterior, enumere as vantagens que identifica:

APÊNDICE II- Questionário II aplicado aos participantes do estudo

A Investigação em desenvolvimento no Serviço de Urgência [REDACTED], intitulada Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência [REDACTED]: Orientação para a Melhoria das Práticas em Enfermagem, insere-se no projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem da Mestranda Andreia Filipa Lopes Fernandes, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Leiria, sob orientação do Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte.

O objetivo principal desta investigação é avaliar a implementação da metodologia individual de trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência [REDACTED] com vista à melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados nessa área. Em consonância com o objetivo principal, neste momento da investigação pretende-se: analisar a perceção dos Enfermeiros quanto à metodologia de trabalho em Enfermagem adotada atualmente na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência [REDACTED]; avaliar exequibilidade da aplicação do método individual de trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência [REDACTED]; e identificar a utilidade, as vantagens e as dificuldades da adoção do método individual de trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência [REDACTED].

Neste momento da investigação pretende-se aplicar um questionário por enfermeiro, após a implementação da Metodologia Individual de trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência [REDACTED], não sendo expectável que o seu preenchimento exceda os 10 minutos. Serão recolhidos dados sociodemográficos, académicos e profissionais, bem como operacionalizadas questões relativas à metodologia de trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica.

Todos os dados obtidos serão importados e analisados, pela investigadora principal e pelo professor orientador, através da utilização do programa informático *Statistic Package for the Social Software* (SPSS). Os dados recolhidos através do presente questionário têm como única finalidade a produção de evidência científica para a presente investigação.

A proteção de dados e o cumprimento de todas as obrigações legais decorrentes do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) são garantidos pela investigadora principal, Andreia Filipa Lopes Fernandes, que pode contactar através do endereço eletrónico andreiaffernandes95@gmail.com.

Solicita-se o seu contributo para preencher o seguinte questionário, reforçando:

1. Não se pretende nenhuma avaliação individual, pelo que as respostas serão analisadas de forma global e sem identificação dos participantes;
2. Não há respostas corretas ou erradas;
3. A participação no presente estudo é voluntária e a decisão de participação ou não, não terá qualquer impacto na sua vida profissional, podendo desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou consequência;
4. É garantido o princípio da confidencialidade, através do anonimato das respostas fornecidas;
5. Deste projeto não advirá nenhuma despesa ou risco para os participantes.

Agradeço a disponibilidade e interesse na participação nesta investigação.

A investigadora principal: Andreia Filipa Lopes Fernandes, Enfermeira no Serviço de Urgência
■ do ■.

Aceito participar: _____

Não aceito participar: _____

Leu o Procedimento de Enfermagem interno intitulado “Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência ■”?

Sim ____

Não ____

Assistiu à formação em serviço realizada pela Enfermeira Andreia Fernandes intitulada “Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência ■- Orientação para a Melhoria Contínua da Qualidade”?

Sim ____

Não ____

(2 respostas negativas nas questões anteriores, termina o questionário)

Teve oportunidade de implementar o Procedimento de Enfermagem interno intitulado “Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência ■” durante a sua prestação de cuidados?

Sim ____

Não ____

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, ACADÉMICA E PROFISSIONAL

Sexo:

Feminino __

Masculino __

Idade:

_____ anos

Habilitações Académicas:

Licenciado __

Mestrado __

Doutorado __

Tem alguma especialidade em Enfermagem?

Sim __

Não __

Se respondeu anteriormente “Sim”, qual a sua especialidade em Enfermagem?

Enfermagem Comunitária __

Enfermagem Médico-Cirúrgica __

Enfermagem de Reabilitação __

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica __

Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica __

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica __

Tempo de experiência profissional em Enfermagem:

_____ anos

Tempo de exercício profissional no Serviço de Urgência █ do ████:

_____ anos

CARACTERIZAÇÃO DA METODOLOGIA ATUAL DE TRABALHO NA ÁREA CIRÚRGICA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA ■

Classifique os seguintes pontos, integrantes do Procedimento de Enfermagem interno intitulado “Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência ■”, quanto à sua facilidade/dificuldade de implementação:

1- Muito Fácil; 2- Fácil; 3- Moderado; 4- Muito Difícil; 5- Extremamente Difícil

Assumir a responsabilidade pelo doente aquando do início da prestação de cuidados de Enfermagem ____

Assumir no sistema de informação SClinico® todos os doentes que lhe estão atribuídos e a quem presta cuidados de Enfermagem ____

Assumir a total responsabilidade por conceber e executar os cuidados de Enfermagem aos doentes que estão sob a sua responsabilidade ____

Organizar a prestação de cuidados de Enfermagem de forma direcionada ao atendimento integral do doente, assegurando a satisfação das necessidades deste ____

Efetuar registos das intervenções de Enfermagem autónomas e interdependentes realizadas, em todos os doentes que tem sob a sua responsabilidade ____

Avaliar se o doente reúne condições de se ausentar da Área Cirúrgica para outra Área do SU ou para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e o nível de acompanhamento e monitorização necessário ____

Realizar o planeamento e efetivação do transporte intra-hospitalar dos doentes que lhe estão atribuídos, nomeadamente o transporte para o Bloco Operatório ____

Assegurar a transmissão de informação pertinente sobre os seus doentes aos restantes enfermeiros da Área Cirúrgica nos momentos de necessidade de ausência durante o turno ____

Quando os doentes transitam do turno anterior, assumir os doentes que estão sob a responsabilidade do enfermeiro que antecede horizontalmente no documento “Distribuição Diária da Equipa de Enfermagem” ____

Realizar a transmissão de informação pertinente durante a passagem de turno sobre cada doente a quem prestou cuidados durante o turno junto deste ____

Receber a informação durante a passagem de turno sobre cada doente em grupo com todos os enfermeiros da Área Cirúrgica presentes, apesar do foco na receção de informação dos doentes ser nos que tem atribuídos ____

Realizar a transmissão de informação verbal, durante a passagem de turno, com base num documento com a identificação dos doentes que tem sob a sua responsabilidade ____

Considera que através da adoção do Procedimento de Enfermagem interno intitulado “Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência ■” conseguiu garantir a continuidade dos cuidados de enfermagem prestados?

Concordo totalmente __

Concordo parcialmente __

Não concordo, Nem discordo __

Discordo parcialmente __

Discordo totalmente __

Considera que através da adoção do Procedimento de Enfermagem interno intitulado “Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência ■” conseguiu garantir a segurança dos cuidados de enfermagem prestados?

Concordo totalmente __

Concordo parcialmente __

Não concordo, Nem discordo __

Discordo parcialmente __

Discordo totalmente __

Considera que através da adoção do Procedimento de Enfermagem interno intitulado “Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência ■” conseguiu garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados?

Concordo totalmente __

Concordo parcialmente __

Não concordo, Nem discordo ___

Discordo parcialmente ___

Discordo totalmente ___

Considera que através da adoção do Procedimento de Enfermagem interno intitulado “Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência ■” conseguiu garantir a operacionalização do Processo de Enfermagem na sua prestação de cuidados?

Concordo totalmente ___

Concordo parcialmente ___

Não concordo, Nem discordo ___

Discordo parcialmente ___

Discordo totalmente ___

Considera que através da adoção do Procedimento de Enfermagem interno intitulado “Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência ■” garantiu uma compreensão integrada do doente durante a prestação de cuidados de enfermagem e nos momentos de transição de cuidados e informação?

Concordo totalmente ___

Concordo parcialmente ___

Não concordo, Nem discordo ___

Discordo parcialmente ___

Discordo totalmente ___

Considera que através da adoção do Procedimento de Enfermagem interno intitulado “Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência ■” garantiu a satisfação do doente durante a prestação de cuidados de enfermagem?

Concordo totalmente ___

Concordo parcialmente ___

Não concordo, Nem discordo ___

Discordo parcialmente ___

Discordo totalmente ___

Considera que a adoção do Procedimento de Enfermagem interno intitulado “Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência ■” contribuiu para a sua satisfação profissional durante a prestação de cuidados de enfermagem?

Concordo totalmente ___

Concordo parcialmente ___

Não concordo, Nem discordo ___

Discordo parcialmente ___

Discordo totalmente ___

Identificou dificuldades na implementação do Procedimento de Enfermagem interno intitulado “Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência ■”?

Sim ___

Não ___

Se respondeu “Sim” na questão anterior, enumere as dificuldades que identificou:

Dotação adequada de enfermeiros _____

Dotação adequada de assistentes operacionais ___

Motivação da equipa de Enfermagem ___

Rotatividade de doentes entre setores do Serviço de Urgência___

Organização do espaço físico da Área Cirúrgica _____

Complexidade do doente na Área Cirúrgica ___

Conhecimento sobre a Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem ___

Outra (s) ___

Se respondeu “Outra(s)” na questão anterior, enumere as dificuldades que identificou:

APÊNDICE III- Procedimento de Enfermagem “Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência”

	Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência	PE Próxima Revisão: Abril 2025
Serviço de Urgência		Página 1 de 4

1. NOTA INTRODUTÓRIA

A Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem consiste numa abordagem de assistência total ao doente, em que o enfermeiro assume a responsabilidade total pela prestação de cuidados a um determinado grupo de doentes durante o seu turno, e a organização dos cuidados de Enfermagem reflete as necessidades e a centralidade do doente, desde a conceção, à implementação e à avaliação dos cuidados prestados (Parreira et al., 2021; Ventura-Silva et al., 2021).

A adoção da Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem apresenta várias vantagens para o doente, nomeadamente: individualização durante a prestação de cuidados, com satisfação das suas necessidades; promoção do estabelecimento da relação terapêutica entre o enfermeiro e o doente; facilitação na identificação por parte do doente do enfermeiro que lhe presta cuidados durante o turno; atendimento próximo, humanizado e personalizado; e reforço da confiança no enfermeiro e segurança do doente (Parreira et al., 2021).

Relativamente à perspetiva do enfermeiro, a adoção desta metodologia apresenta várias vantagens ao nível da qualidade dos cuidados prestados, pois promove a aplicação do Processo de Enfermagem, com consequente identificação e satisfação das necessidades do doente, melhora a capacidade de tomada de decisão, considerando a totalidade biopsicossocial do doente, garante a continuidade dos cuidados, minimizando a ocorrência e omissão de erros, facilita o estabelecimento da relação terapêutica, promove o desenvolvimento de competências e técnicas individuais do enfermeiro e promove maior autonomia, responsabilidade e criatividade na prestação de cuidados de Enfermagem, com atualização de conhecimentos e capacidade de avaliação da qualidade dos cuidados prestados (Parreira et al., 2021).

Em contexto de SU a prestação de cuidados de Enfermagem ocorre maioritariamente através de intervenções interdependentes, frequentemente com foco no tratamento médico e ênfase na tecnologia e na condição médica, em detrimento da Enfermagem. Existe prioridade no tratamento do doente crítico e na garantia da segurança dos doentes num ambiente sobrelotado, motivo pelo qual a maioria dos enfermeiros que

Elaboração: Andreia Fernandes, Enf. ³ (Enfermeira do SU)	Verificação: (Enfermeira Gestora SU)	Aprovação: (Enfermeira Gestora SU)
Data: 20/04/2023	Data: 26/04/2023	Data: 26/04/2023

[REDACTED]	Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência [REDACTED]: Orientação para a Melhoria Contínua da Qualidade	PE Próxima Revisão: Abril 2025
Serviço de Urgência [REDACTED]		Página 2 de 4

prestam cuidados neste contexto consideram que as metodologias de trabalho em Enfermagem centradas na pessoa são de difícil implementação, existindo um foco biomédico, com valorização dos aspetos médicos e técnicos, com aumento do risco das necessidades individuais dos doentes serem negligenciadas (Pavedahl et al., 2021; Kim et al., 2022). Apesar do referido, num estudo realizado, vários enfermeiros que exercem funções no SU referem experiências enriquecedoras a nível quantitativo e qualitativo com a adoção de métodos de trabalho em Enfermagem centrados na pessoa, nomeadamente ao nível da comunicação com os doentes, com impacto positivo na satisfação na prestação de cuidados de Enfermagem e diminuição do *stress*, com repercussão nos resultados clínicos dos doentes devido ao aumento da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados (Kim et al., 2022).

Apesar das dificuldades na implementação de metodologias de trabalho em Enfermagem centradas na pessoa em contexto de SU, é importante a adoção de esforços organizacionais que potenciem a sua adoção, pelos benefícios para o doente e para os enfermeiros, sendo visto como um meio de garantir a qualidade dos cuidados prestados e promover a segurança e satisfação do doente (Kim et al., 2022).

2. OBJETIVOS

- Uniformizar a Metodologia de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência [REDACTED] através da implementação da Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem;
- Contribuir para a segurança e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência [REDACTED]


3. APLICABILIDADE

Enfermeiros do Serviço de Urgência [REDACTED]

4. SIGLAS

SU- Serviço de Urgência

5. PROCEDIMENTO

	Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência ■ Orientação para a Melhoria Contínua da Qualidade	PE Próxima Revisão: Abril 2025
Serviço de Urgência ■		Página 3 de 4

- O enfermeiro deve assumir a responsabilidade pelo doente aquando do início da sua prestação de cuidados de Enfermagem, cessando a sua responsabilidade no momento de ausência do doente do SU após alta médica e de enfermagem, ausência do doente da Área Cirúrgica para observação médica noutra local do SU ou no fim do turno do enfermeiro;
- É da responsabilidade do enfermeiro assumir no sistema de informação SClinico® todos os doentes que lhe estão atribuídos e a quem presta cuidados de Enfermagem, incluindo aqueles que transitaram do turno anterior, não sendo expectável que quando um doente transita de responsabilidade para outro enfermeiro se mantenha assumido no sistema informático SClinico® pelo seu antecessor;
- O enfermeiro responsável por cada doente deve assumir a total responsabilidade por conceber e executar os cuidados de Enfermagem aos doentes que lhe estão sob a sua responsabilidade;
- A organização dos cuidados de Enfermagem prestados deve estar direccionada ao atendimento integral do doente, assegurando a satisfação dos autocuidados de Enfermagem;
- É da responsabilidade do enfermeiro efetuar registos das suas intervenções autónomas e interdependentes, em todos os doentes que tem sob a sua responsabilidade, não sendo expectável a existência de um turno com ausência de registos;
- A avaliação de enfermagem para o doente se ausentar da Área Cirúrgica para outra Área do SU ou para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e o nível de acompanhamento e monitorização necessário, deve ser realizada pelo enfermeiro responsável pelo doente;
- O enfermeiro responsável por cada doente deve realizar o planeamento e efetivação do transporte intra-hospitalar dos doentes que lhe estão atribuídos, nomeadamente o transporte para o Bloco Operatório;
- Nos momentos de necessidade de ausência do enfermeiro durante o seu turno, este deve assegurar a transmissão de informação pertinente sobre os seus doentes aos restantes enfermeiros da Área Cirúrgica, de forma a garantir a continuidade de cuidados;
- Quando os doentes transitam para o turno seguinte, cada enfermeiro assume os doentes que estão sob a responsabilidade do enfermeiro que lhe

	<p>Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência: Orientação para a Melhoria Contínua da Qualidade</p>	<p>PE Próxima Revisão: Abril 2025</p>
Serviço de Urgência	Página 4 de 4	

antecede horizontalmente no documento "DISTRIBUIÇÃO DIÁRIA DA EQUIPA DE ENFERMAGEM" previamente realizado, salvo exceções que o enfermeiro responsável pela Área Cirúrgica identifique;

- A transmissão de informação pertinente durante a passagem de turno sobre cada doente deve ser realizada junto deste, pelo enfermeiro que lhe prestou cuidados de Enfermagem durante o turno;
- A transmissão de informação pertinente durante a passagem de turno sobre cada doente deve ser realizada em grupo com todos os enfermeiros da Área Cirúrgica presentes, apesar de cada enfermeiro se focar na receção de informação dos doentes que lhe foram atribuídos;
- A transmissão de informação verbal durante a passagem de turno deve ser acompanhada de um documento com a identificação dos doentes que cada enfermeiro tem sob a sua responsabilidade, de forma a minimizar a perda de informação.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kim, G. M., Kim, N. G., & Lee, E. N. (2022). Emergency Room Nurses' Experiences in Person-Centred Care. *Nursing Reports*, 12(3), 472-481. <https://doi.org/10.3390/nursrep12030045>
- Parreira, P. Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. *Internacional Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2088-2105. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>
- Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. S., Trindade, L. L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>

APÊNDICE IV- Formação interna “*Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência*”

Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência

Orientação para a Melhoria Contínua da Qualidade

Metodologias de Trabalho em Enfermagem



Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem

- Consiste numa abordagem de assistência total ao doente, em que o enfermeiro assume a responsabilidade total pela prestação de cuidados a um determinado grupo de doentes durante o seu turno, e a organização dos cuidados de Enfermagem reflete as necessidades e a centralidade do doente, desde a conceção, à implementação e à avaliação dos cuidados prestados.

(Parreira et al., 2021; Ventura-Silva et al., 2021)

Vantagens para o doente

- Individualização durante a prestação de cuidados ao doente, com satisfação das suas necessidades;
- Promoção do estabelecimento da relação terapêutica entre o enfermeiro e o doente;
- Facilita a identificação por parte do doente do enfermeiro que lhe presta cuidados durante o turno;
- Atendimento próximo, humanizado e personalizado;
- Reforço da confiança no enfermeiro;
- Aumento da segurança do doente.

(Parreira et al., 2021)

Vantagens para o enfermeiro

- Promove a aplicação do Processo de Enfermagem;
- Melhora a capacidade de tomada de decisão;
- Garante a continuidade dos cuidados;
- Minimiza a ocorrência e omissão de erros;
- Facilita o estabelecimento da relação terapêutica;
- Promove o desenvolvimento de competências e técnicas individuais;
- Promove maior autonomia, responsabilidade, criatividade na prestação de cuidados;
- Promove a atualização de conhecimentos e capacidade de avaliação da qualidade dos cuidados prestados.

(Parreira et al., 2021)

Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem no Serviço de Urgência

No SU a prestação de cuidados de Enfermagem ocorre maioritariamente através de intervenções interdependentes, frequentemente com foco no tratamento médico e ênfase na tecnologia e na condição médica



As prioridades são o tratamento do doente crítico e a garantia da segurança dos doentes num ambiente sobrelotado



A elevada carga de trabalho dos enfermeiros e o excesso de atividades a concretizar durante o horário de trabalho face ao número de enfermeiros necessários, induz a uma prestação de cuidados com menor qualidade em relação aos padrões profissionais

(Pavedahl et al., 2021; Ventura-Silva et al., 2021; Kim et al., 2022)

Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem no Serviço de Urgência

A maioria dos enfermeiros que prestam cuidados no SU consideram que as metodologias de trabalho em Enfermagem centradas na pessoa são de difícil implementação



Enfermeiros que exercem funções no SU referem experiências enriquecedoras a nível quantitativo e qualitativo com a adoção de métodos de trabalho em Enfermagem centrados na pessoa



Apesar das dificuldades na implementação desta metodologia no SU, é importante a adoção de esforços organizacionais que potenciem a sua adoção, pelos benefícios para os doentes e para os enfermeiros

(Kim et al., 2022)

Procedimento de Enfermagem

- **OBJETIVOS**
 - Uniformizar a Metodologia de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência A, através da implementação da Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem;
 - Contribuir para a segurança e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência
- **APLICABILIDADE**
 - Enfermeiros do SU

Procedimento de Enfermagem

O enfermeiro deve **assumir a responsabilidade pelo doente aquando do início da sua prestação de cuidados de Enfermagem**, cessando a sua responsabilidade no momento de ausência do doente do SU após alta médica e de enfermagem, ausência do doente da Área Cirúrgica para observação médica noutra local do SU ou no fim do turno do enfermeiro;

É da responsabilidade do enfermeiro **assumir no sistema de informação SClínico® todos os doentes** que lhe estão atribuídos e a quem presta cuidados de Enfermagem, incluindo aqueles que transitaram do turno anterior, não sendo expectável que quando um doente transita de responsabilidade para outro enfermeiro se mantenha assumido no sistema informático SClínico® pelo seu antecessor;

O enfermeiro responsável por cada doente deve assumir **a total responsabilidade por conceber e executar os cuidados de Enfermagem** aos doentes que estão sob a sua responsabilidade;

A organização dos cuidados de Enfermagem prestados deve estar direcionada ao **atendimento integral do doente**, assegurando a satisfação dos autocuidados de Enfermagem;

É da responsabilidade do enfermeiro efetuar **registos das suas intervenções autónomas e interdependentes**, em todos os doentes que tem sob a sua responsabilidade, não sendo expectável a existência de um turno com ausência de registos;

A **avaliação de enfermagem** para o doente se ausentar da Área Cirúrgica para outra Área do SU ou para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e o nível de acompanhamento e monitorização necessário, deve ser **realizada pelo enfermeiro responsável pelo doente**;

O enfermeiro responsável por cada doente deve realizar o **planeamento e efetivação do transporte intra-hospitalar dos doentes que lhe estão atribuídos**, nomeadamente o transporte para o BO;

Nos momentos de necessidade de ausência do enfermeiro durante o seu turno, este deve assegurar a **transmissão de informação pertinente sobre os seus doentes aos restantes enfermeiros da Área Cirúrgica**, de forma a garantir a continuidade de cuidados;

Quando os doentes transitam para o turno seguinte, **cada enfermeiro assume os doentes que estão sob a responsabilidade do enfermeiro que lhe antecede horizontalmente no documento “DISTRIBUIÇÃO DIÁRIA DA EQUIPA DE ENFERMAGEM”**, salvo exceções que o enfermeiro responsável pela Área Cirúrgica identifique;

A **transmissão de informação** pertinente durante a passagem de turno sobre cada doente deve ser realizada junto deste, pelo **enfermeiro que lhe prestou cuidados** de Enfermagem durante o turno;

A **transmissão de informação** pertinente durante a passagem de turno sobre cada doente deve ser realizada em grupo com todos os enfermeiros da Área Cirúrgica presentes, apesar de cada enfermeiro se focar na **recepção de informação dos doentes que lhe foram atribuídos**;

A transmissão de informação verbal durante a passagem de turno deve ser acompanhada de um **documento com a identificação dos doentes** que cada enfermeiro tem sob a sua responsabilidade, de forma a minimizar a perda de informação.

Muito obrigada pela
vossa atenção!

APÊNDICE V- Caracterização do nível de facilidade ou dificuldade de execução das intervenções do Procedimento de Enfermagem “Metodologia Individual de Trabalho em Enfermagem na Área Cirúrgica do Serviço de Urgência”

Questões	Muito Fácil		Fácil		Moderado		Muito Dificil		Extremamente Dificil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Assumir a responsabilidade pelo doente no início da prestação de cuidados	26	52,0%	13	26,0%	10	20,0%	1	2,0%	-	-
Assumir no sistema de informação SClínico@ todos os doentes que lhe estão atribuídos e a quem presta cuidados	17	24,0%	19	38,8%	12	24,0%	2	4,0%	-	-
Assumir a total responsabilidade por conceber e executar os cuidados aos doentes que estão sob a sua responsabilidade	2	4,0%	17	24,0%	25	50,0%	5	10,0%	1	2,0%
Organizar a prestação de cuidados de forma direcionada ao atendimento integral do doente, assegurando a satisfação das suas necessidades	1	2,0%	13	26,0%	32	64,0%	4	8,0%	-	-
Efetuar registos das intervenções de Enfermagem autónomas e interdependentes realizadas, em todos os doentes que tem sob a sua responsabilidade	1	2,0%	9	18,0%	26	52,0%	14	28,0%	-	-
Avaliar se o doente reúne condições de se ausentar da Área Cirúrgica para outra Área do SU ou para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e o nível de acompanhamento e monitorização necessário	4	8,0%	29	58,0%	15	30,0%	2	4,0%	-	-
Realizar o planeamento e efetivação do transporte intra-hospitalar dos doentes que lhe estão atribuídos	5	10,0%	30	60,0%	15	30,0%	2	4,0%	-	-
Assegurar a transmissão de informação pertinente sobre os seus doentes aos restantes enfermeiros da Área Cirúrgica nos momentos de ausência durante o turno	3	6,0%	16	32,0%	25	50,0%	4	8,0%	2	4,0%
Quando os doentes transitam do turno anterior, assumir os que estão sob a responsabilidade do enfermeiro que antecede horizontalmente no documento “Distribuição Diária da Equipa de Enfermagem”	2	4,0%	7	14,0%	18	36,0%	15	30,0%	8	16,0%
Realizar a transmissão de informação na passagem de turno sobre cada doente a quem prestou cuidados, e junto deste	2	4,0%	23	46,0%	22	44,0%	2	4,0%	1	2,0%
Receber a informação durante a passagem de turno sobre cada doente, com todos os enfermeiros da Área Cirúrgica presentes, apesar do foco na receção de informação ser sobre os doentes que tem atribuídos	2	4,0%	16	32,0%	25	50,0%	7	14,0%	-	-
Realizar a transmissão de informação verbal, durante a passagem de turno, com base num documento com a identificação dos doentes que tem sob a sua responsabilidade	-	-	21	42,0%	24	48,0%	4	8,0%	1	2,0%