

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

**RELATÓRIO CRÍTICO**

Desenvolvimento de Competências Especializadas em  
Enfermagem na Área da Pessoa em Situação Crítica -  
"Implementação da teleconsulta de enfermagem em sinistrados  
com ferida traumática: estudo comparativo"

Cátia de Sousa Rosa

**Orientador:** Professora Doutora Cristina Costeira

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

Leiria, setembro de 2022

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

**RELATÓRIO CRÍTICO**

Desenvolvimento de Competências Especializadas em  
Enfermagem na Área da Pessoa em Situação Crítica -  
"Implementação da teleconsulta de enfermagem em sinistrados  
com ferida traumática: estudo comparativo"

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

Cátia de Sousa Rosa

Nº5200338

**Orientador:** Professora Doutora Cristina Costeira

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

Leiria, setembro de 2022

## Agradecimentos

Ao findar esta jornada, muitos foram aqueles que me acompanharam durante este período e aos quais gostaria de endereçar os meus mais sinceros agradecimentos.

Às minhas filhas por, em tão tenra idade, terem sido obrigadas a compreender os períodos de ausência da mãe...mas também por me revitalizarem nos momentos mais difíceis.

Ao Rúben, por todo o suporte, amor e compreensão desde o primeiro momento, e por ter colmatado a minha ausência familiar em tantas ocasiões.

Aos meus pais pelo apoio de retaguarda presente e tão importante na minha vida. Pela escuta ativa aos meus desabafos e pelas soluções que me ajudaram a encontrar.

À Professora Doutora Cristina Costeira, pela orientação, motivação, rapidez de resposta e disponibilidade constante. À Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe e restantes Professores que acompanharam este processo pela partilha de conhecimentos e orientação.

Aos enfermeiros: Joana, Inês, Mara e Micael pela disponibilidade e dedicação.

Aos colegas de mestrado, pela motivação coletiva demonstrada em cada fase desta caminhada, com humor, sabedoria e entreatajuda.

Aos meus colegas de equipa, com quem trabalho diariamente, pelo suporte e partilha dos momentos de alegria mas também dos de desânimo. E pelo esforço coletivo e dedicação que depositaram na prossecução do estudo.

À Unidade de Saúde, por autorizar a realização do estudo nas suas instalações.

Aos utentes que aceitaram participar no estudo.

A todos, Obrigada!

## Resumo

O presente relatório constitui o produto final do percurso realizado durante o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria. Estruturalmente, encontra-se dividido em duas partes distintas.

Na parte I é feita uma descrição, análise e reflexão crítica acerca do desenvolvimento de competências especializadas com base nas experiências e atividades desenvolvidas nos últimos dois anos, essencialmente, em ambiente de ensino clínico. Complementam-se também com as dificuldades sentidas e constrangimentos encontrados durante a prestação dos cuidados de enfermagem especializados. Ao longo deste período, focam-se a atualização constante dos conhecimentos e a pesquisa contínua da evidência científica mais recente para alicerçar o estudante no processo de tomada de decisão. A mobilização dos componentes teóricos para a prática clínica marca a qualidade dos cuidados prestados pelo enfermeiro especialista, visando a excelência no cuidar e a prática baseada na evidência.

A parte II apresenta um estudo comparativo, com análise quantitativa, baseado num projeto de melhoria contínua implementado numa unidade de um grupo de saúde privado português. A existência de uma teleconsulta após a alta do utente tem-se evidenciado benéfica em diversos aspetos como a satisfação do utente em relação aos cuidados, a sua adesão ao tratamento, promoção do autocuidado com conseqüente redução do número dos episódios hospitalares e custos associados. Desta forma, o estudo pretendia responder à questão: "A Teleconsulta de Enfermagem poderá melhorar a satisfação e a diminuição do consumo de cuidados de saúde dos utentes com ferida traumática, submetidos a tratamento cirúrgico?". Foram estudados dois grupos independentes: o grupo experimental que foi submetido a teleconsulta de follow-up após a alta do serviço e o grupo de controlo que recebeu os cuidados convencionais. Atestaram-se as hipóteses formuladas e concluiu-se que existiram diferenças estatisticamente significativas na satisfação dos cuidados de enfermagem oferecidos entre o grupo experimental e o grupo de controlo assim como no consumo de cuidados de saúde entre os dois grupos. O grupo experimental apresentou valores de satisfação final mais elevados que o grupo de controlo e um número de atendimentos presenciais menor que o grupo de controlo desde o dia do acidente até ao dia de remoção do material de sutura.

**Palavras-chave:** Competências; Enfermeiro Especialista; Teleconsulta de Enfermagem; Satisfação; Consumo de Cuidados.

## **Abstract**

This clinical report is the final assignment of the Masters Degree in Medical-Surgical Nursing – specialization field in Critical Care Nursing, at the School of Health of the Polytechnic Institute of Leiria. Structurally, it is divided into two distinctive parts.

In part I, a description, analysis and critical reflection is made, about the experience-based and activity-based specialized competences acquired in the last two years, mostly, in a clinical-teaching setting. Those were comprehensively linked with the difficulties felt and constraints encountered when providing specialized nursing care. Throughout this period, it was important to constantly update my knowledge and continuously research evidence to support my decision-making process. The theoretical knowledge acquired in clinical practice, better the quality of care provided to patients by the specialist nurses, aiming for excellence of care and supports an evidence-based practice.

Part II comprehends a quantitative analysis, comparative study, based on a continuous improvement project, implemented in a Unit of a Portuguese Private Health Corporation. The follow-up tele appointment, provided after the patients' discharge, has been shown to be beneficial in several aspects, such as patients' satisfaction with nursing care, adherence to treatment, self-care promotion, with decreased number of hospital appointments and associated health costs.

This study aimed to answer the question: "Can the Nursing follow-up tele appointment improve the satisfaction and decrease the consumption of health care resources in patients with traumatic wounds, submitted to surgical treatment?".

Two independent groups were studied: the experimental group that received a follow-up tele appointment, after the patients been discharged and a control group that received conventional care.

The hypothesis was confirmed and it was concluded that there were statistically-significant differences in the satisfaction with the nursing care offered between the experimental group and the control group, as well as in the resources consumption between the two groups.

The experimental group showed higher global satisfaction comparing to the control group and needed fewer appointments than the control group, from the day of the accident until the day the suture was removed.

**Keywords:** Competences; Specialist Nurse; Nursing tele appointment; Satisfaction; Care Consumption.

## **Lista de Abreviaturas**

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

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ACT - Autoridade para as Condições do Trabalho

ADR-SU - Área Dedicada ao Doente Respiratório no Serviço de Urgência

AESOP - Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AOR - *Adverse Occurance Registration*

APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória

ARS - Administração Regional de Saúde

BIS - Índice Bispectral

BPS - *Behavioural Pain Scale*

CDDI - Carta dos Direitos do Doente Internado

CEEMC - Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

CNT - Centro Nacional de TeleSaúde

COVID-19 - *Coronavirus Disease 2019*

CS - Centro de Sinistralidade

CVC - Cateter Venoso Central

CVCD - Cateter Venoso Central de Diálise

DAV - Diretivas Antecipadas da Vontade

DGS - Direção-Geral da Saúde

DRC - Doença Renal Crónica

EC - Ensino Clínico

EEEMCPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EEMI - Equipa de Emergência Médica Interna

EN - Escala Numérica

EPI - Equipamento(s) de Proteção Individual

ESSLei - Escola Superior de Saúde de Leiria

GID - Gestão Integrada da Doença

GIF - Gabinete de Informações aos Familiares

HD - Hemodiálise

IACS - Infecção(ões) Associada(s) ao(s) Cuidado(s) de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

MCEEMC - Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

MS - Ministério da Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

OM - Ordem dos Médicos

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PEE - Plano de Emergência Externo

PENTS - Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde

PIGAV - Programa de Intervenção de Gestão de Acessos Vasculares

PNSD - Plano Nacional para a Segurança do Doente

PSC - Pessoa em Situação Crítica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SARS-CoV-2 - Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus 2

SAV - Suporte Avançado de Vida

SE - Sala de Emergência

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SO - Sala de Observação

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SPSS - *Software Statistical Package for the Social Science*

SUG - Serviço de Urgência Geral

TIC - Tecnologias da Informação e Comunicação

TOT - Tubo Orotraqueal

TSR - Terapêutica(s) de Substituição Renal

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

VVAVC - Via Verde Acidente Vascular Cerebral

## ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE TABELAS.....</b>	<b>x</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>PARTE I - REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS.....</b>	<b>16</b>
<b>1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM.....</b>	<b>16</b>
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL (SUG).....	16
1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI).....	19
1.3. MÓDULO OPCIONAL EM UNIDADE DE HEMODIÁLISE (HD).....	20
<b>2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....</b>	<b>22</b>
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	22
2.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	22
2.1.2. Domínio da Melhoria da Qualidade.....	28
2.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados.....	36
2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	42
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	45
2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	46
2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	58
2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica.....	61
<b>PARTE II - PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: ESTUDO INTEGRADO NUM PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.....</b>	<b>67</b>
<b>1. FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO.....</b>	<b>67</b>
1.1. A TELECONSULTA COMO ESTRATÉGIA DE MELHORIA CONTINUA.....	68
1.2. ABORDAGEM PRÁTICA DA TELECONSULTA DE <i>FOLLOW-UP</i> NA ÁREA DA SAÚDE.....	69
<b>2. ASPETOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>73</b>
2.1. TIPO DE ESTUDO.....	73
2.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO, OBJETIVOS E HIPÓTESES.....	74
2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	75
2.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	76

2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	77
2.6. TRATAMENTO DE DADOS.....	78
<b>3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>80</b>
3.1. ESTUDO DESCRITIVO.....	80
<b>3.1.1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra.....</b>	<b>80</b>
<b>3.1.2. Questionário de satisfação sobre os cuidados de enfermagem.....</b>	<b>83</b>
3.2. ESTUDO INFERENCIAL.....	84
<b>4. CONCLUSÕES DO ESTUDO.....</b>	<b>87</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>89</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>91</b>

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I** - Análise crítica de situação clínica através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**APÊNDICE II** - Poster "Visitas"

**APÊNDICE III** - Fluxograma de aplicabilidade da Teleconsulta de Enfermagem

**APÊNDICE IV** - Questionário da Teleconsulta de Enfermagem

**APÊNDICE V** - Registo inicial do utente com ferida traumática, submetido a tratamento cirúrgico

**APÊNDICE VI** - Formação à equipa de enfermagem - "Implementação da Teleconsulta de Enfermagem em Sinistrados com Ferida Traumática: Estudo Comparativo

**APÊNDICE VII** - Instrumento de Colheita de dados "Questionário sobre Cuidados de Enfermagem"

**APÊNDICE VIII** - Consentimento Informado e Esclarecidos para os participantes

## **ANEXOS**

**ANEXO I** - Parecer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Leiria

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1 - Descrição da amostra por sexo, tipo de sinistro e localização da ferida.....</b>	<b>80</b>
<b>Tabela 2 - Distribuição da amostra por idade.....</b>	<b>81</b>
<b>Tabela 3 - Frequência por importância do acompanhamento telefónico e tratamentos não agendados.....</b>	<b>82</b>
<b>Tabela 4 - Distribuição da amostra por número de tratamentos por grupo.....</b>	<b>83</b>
<b>Tabela 5 - Distribuição da amostra quanto ao grau de satisfação por grupo.....</b>	<b>83</b>
<b>Tabela 6 - Diferenças do somatório da satisfação entre grupo experimental e grupo de controlo, pelo teste t-Student.....</b>	<b>85</b>
<b>Tabela 7 - Diferenças do número de tratamentos entre grupo experimental e grupo de controlo, pelo teste t-Student.....</b>	<b>86</b>

## INTRODUÇÃO

As mudanças que se têm verificado no contexto social, na ciência e evolução da tecnologia refletem-se na prática dos cuidados de saúde e numa enfermagem que se exige ser cada vez mais complexa e diferenciada. A formação adquire, assim, uma importância crucial no percurso pessoal e profissional de cada enfermeiro para a obtenção da excelência dos cuidados de enfermagem (Relvas, 2018). É importante que cada profissional da área se consciencialize da necessidade constante de atualização de conhecimento à luz das mais atuais evidências científicas.

Desde a formação de base até à formação mais especializada, vários são os documentos reguladores da profissão que elencam a formação contínua como pressuposto essencial na melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. De acordo com o artigo 100º do Código Deontológico, o enfermeiro tem o dever de "assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos (...) através da frequência de ações de qualificação profissional" (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2015, p. 81). Acrescenta-se no artigo 106º, neste sentido, a "formação permanente e aprofundada nas ciências humanas" (OE, 2015, p. 86). No contexto da enfermagem especializada, no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, é ressaltada a importância da mobilização de conhecimentos avançados e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e a utilização da evidência científica para avaliação das práticas implementadas (OE, 2019a). Também nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), descreve-se a necessidade da existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros especialistas, como um elemento fulcral na organização dos cuidados especializados (Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (CEEMC), 2017). O conhecimento destes pressupostos foi um fator determinante para a integração e conclusão neste ciclo de estudos.

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à PSC, na Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei), e em conformidade com o respetivo plano de estudos, surgiu a Unidade Curricular "Estágio de Enfermagem à PSC com Relatório" (Instituto Politécnico de Leiria, 2020). O seu término e respetiva defesa em prova pública visa a aquisição do grau de Mestre (Instituto Politécnico de Leiria, 2016) assim como a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC), de acordo com parecer favorável emitido pela OE (Instituto Politécnico de Leiria, 2014). A frequência neste Curso foi motivada pelas necessidades pessoais e profissionais de atualização e consolidação de conhecimento à luz da mais recente prática

baseada na evidência para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e consequente partilha de saberes no meio laboral da mestranda.

O enfermeiro especialista é aquele que possui competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados numa determinada área de atuação. Estes profissionais, independentemente do seu foco de especialidade, partilham um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Essas competências envolvem "as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita melhorar de forma contínua a prática da enfermagem" (OE, 2019a, p.744).

De forma mais particular, o EEEMCPSC detém um conjunto de competências específicas na sua área de intervenção agrupadas em três grandes vertentes: "Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção a ação; Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face a complexidade da situação e a necessidade de respostas em tempo útil e adequadas" (OE, 2018. p. 19359).

Os cursos de especialização têm como objetivo desenvolver competências direcionadas para uma área específica de intervenção. A aquisição de habilidades profissionais específicas pretendem dar resposta às necessidades de cuidados de saúde das populações, capacitando o enfermeiro para uma intervenção diferenciada, fundamentada na evidência científica e direcionada para um contexto situacional de saúde no cuidado à pessoa e cuidadores/família (Silva et al, 2018).

As teorias de enfermagem fornecem linhas orientadoras que fundamentam a prática de enfermagem no cuidado da pessoa em situação de vulnerabilidade. Cuidar da PSC possibilita a adoção de várias teorias de enfermagem. Ainda que tivessem sido utilizados particularmente os referenciais teóricos de Katharine Kolcaba e Dorothea Orem em determinados momentos do ensino clínico (EC), especificados no decorrer deste documento, ao longo de todos os módulos esteve sempre presente o conceito de transição no que diz respeito, essencialmente, ao binómio saúde-doença. Na área da saúde, a transição é o resultado da mudança de saúde ou bem-estar para uma situação de doença aguda ou crónica ou, pelo contrário, a passagem de uma situação de doença para uma situação de bem-estar que, por vezes, inclui o conceito de cronicidade (Santos et al., 2015). A teoria das transições de Afaf Meleis destaca-se neste âmbito e prioriza o utente como objeto do processo de transição já que é o próprio que o experiencia, antecipa-o ou

completa-o. Consoante o contexto e situação, o utente tem de incorporar novos conhecimentos e habilidades durante o seu processo transicional. Por isso, a transição é um fenómeno de interesse para os enfermeiros dado serem os principais agentes facilitadores do utente e família no decurso da transição, intervindo sobre as mudanças e exigências que se refletem no seu quotidiano (Chick & Meleis, 1986; Meleis & Trangenstein, 2010). A atuação do enfermeiro deve abranger a compreensão da transição a partir da perspetiva do utente, elemento que a vivencia, através de uma postura de escuta e aceitação do outro, educação e orientação, promoção do autocuidado e conforto (Santos et al., 2015). Embora no Serviço de Urgência Geral (SUG), a permanência do utente fosse curta, foi fulcral não esquecer a propriedade da transição do conhecimento/consciência do utente, trabalhando para o munir de recursos e esclarecimentos que o auxiliassem no processo de ajustamento da transição. Em contexto de emergência, este trabalho incluía o desafio de ter que ser executado de forma atenta mas rápida. Por outro lado, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e na unidade de Hemodiálise (HD) adquiria um padrão sequencial, com o conhecimento mais pormenorizado das condições facilitadoras e inibidoras do processo de transição de cada utente, de forma a apoiá-lo no desenvolvimento de competências para enfrentar a transição e atingir um resultado de mestria neste processo. Utentes em UCI, com internamentos prolongados por complicações associadas à doença/tempo de internamento ou intervenções terapêuticas (ex. ventilação mecânica invasiva (VMI), infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS)) e necessidade de reabilitação respiratória e motora intensa, ou utentes com diagnóstico recente de doença renal crónica (DRC) na fase inicial dos tratamentos hemodialíticos e criação de acesso vascular para tratamento são alguns exemplos de situações vivenciadas em ambiente de EC em que foram trabalhados os seus processos de transição.

É importante salientar que este conceito de transição é transversal a diversos documentos normativos da profissão de enfermagem, desde o Código Deontológico aos documentos reguladores das diferentes áreas de especialidade, o que permite inferir a relevância do conceito para a prática de enfermagem. Face ao exposto, e focando a prática especializada do enfermeiro, os cuidados especializados prestados foram consonantes com as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica no apoio à "pessoa e família/cuidador no processo de transição e adaptação saúde-doença", na valorização do "potencial da pessoa, família/cuidador na vivência do processo de transição saúde-doença" e na priorização das "intervenções especializadas na prevenção de complicações e na adaptação aos processos de transição saúde-doença aguda ou crónica" (OE, 2018, p.19361).

O presente relatório tem como objetivos explorar o percurso desenvolvido ao longo do Curso, com enfoque no desenvolvimento de competências especializadas nos períodos de EC, sem descurar todas as componentes teóricas lecionadas durante o primeiro ano. Pretende-se também, apresentar o projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem desenvolvido em contexto clínico.

O exercício reflexivo desenvolvido para a sua elaboração foi, tal como Pereira-Mendes (2016) menciona, centrado na pessoa, utente ou família alvo de cuidados com o objetivo de consolidar competências já apreendidas e adquirir competências da área de especialização. Ainda nesta sequência, a mesma autora indica que a reflexão em contexto de prática clínica implica uma intencionalidade e exige disciplina para a correta interpretação e compreensão das experiências vividas. Esta prática reflexiva auxilia o profissional estudante na aquisição de competências durante o seu EC. Para a aquisição de competências, sejam elas de que ordem for, tem de existir a noção de como estas são construídas e aplicadas. Perante determinada situação, a pessoa consegue mobilizar adequadamente diversos conhecimentos prévios, seleccioná-los e integrá-los corretamente no que experiencia. Resumidamente, competência é um saber agir intencional e complexo que tem por base a mobilização de recursos internos e externos em determinado evento (Mesquita, 2016).

Nesta sequência, este documento encontra-se dividido em duas partes principais. A primeira parte descreve e reflete acerca das atividades desenvolvidas no âmbito de EC com as experiências vivenciadas e dificuldades sentidas em prol da concretização das competências especializadas na PSC. A metodologia adotada é descritiva, analítica e crítico-reflexiva. Procurou-se fazer uma reflexão e um paralelismo entre referenciais teóricos, científicos, legais e a realidade experienciada. Esta primeira parte engloba dois capítulos: o primeiro com a caracterização geral dos contextos dos três módulos de EC e o segundo com a reflexão do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEEMCPSC.

A segunda parte é reservada à componente de investigação através da realização de um projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem intitulado "Implementação da Teleconsulta de Enfermagem em Sinistrados com Ferida Traumática: Estudo Comparativo", aplicado no local de trabalho da mestranda. O tema do projeto veio na sequência de uma análise realizada pela equipa de enfermagem perante algumas necessidades encontradas nos utentes. Este estudo tem como objetivo geral comparar as diferenças entre dois grupos independentes relativamente ao grau de satisfação dos cuidados de enfermagem e ao consumo de cuidados de saúde. O grupo experimental foi submetido a teleconsulta de enfermagem de *follow-up*, após a alta do serviço onde a sua ferida traumática foi submetida

a tratamento cirúrgico, enquanto que o grupo de controlo usufruiu do acompanhamento convencional. A segunda parte tem uma conclusão própria com descrição dos principais resultados obtidos, fatores facilitadores e dificuldades do processo.

Para o desfecho do documento, apresenta-se uma reflexão global das competências especializadas adquiridas e todo o processo até as atingir, tendo em conta que o enfermeiro especialista deve abarcar uma panóplia de conhecimentos e experiências imbuídas de empatia e sensibilidade para conhecer o meio envolvente e intervir como agente facilitador nos processos de transição do utente.

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

### **1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM**

#### **1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL (SUG)**

O EC em contexto de serviço de urgência decorreu no SUG de um hospital distrital da região centro de Portugal. Teve início no dia 31 de maio de 2021, com uma componente introdutória à unidade curricular e integrativa ao próprio serviço. Findou a componente prática no dia 17 de julho de 2021 e a totalidade da unidade curricular ao dia 23 de julho do mesmo ano.

A instituição de saúde onde ocorreu este módulo englobava três unidades distribuídas em três cidades no centro do país, com uma área de influência que abrange 14 concelhos da região centro e serve uma população de cerca de 400 000 habitantes. Tratava-se de uma instituição acreditada pela *Joint Comission International*, incluindo nos seus departamentos uma comissão da qualidade e segurança do utente que visava a promoção da qualidade nos diferentes serviços internos, através da implementação de normas e procedimentos para orientar a prestação de cuidados de saúde na melhoria da qualidade e da segurança do utente.

O SUG localizava-se no piso 01 da torre nascente e partilhava o piso com os serviços de Bloco Operatório e Serviço de Imagiologia, havendo especificamente, uma área dedicada à imagiologia de urgência no próprio SUG para realização de raio-X. O SUG era classificado segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2001) como sendo um serviço de urgência médico-cirúrgica, integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência, aberto 24 horas por dia, todos os dias do ano. Os serviços de urgência médico-cirúrgica são o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência integrados na Rede Hospitalar Urgência/Emergência e devem estar localizados em hospitais de nível não inferior ao distrital. Esta tipologia de urgência deve manter-se em articulação com o nível superior - Serviços de Urgência Polivalente - para situações de transferências inter-hospitalares com necessidades de apoio por especialidades fora da área de atuação, com os serviços do mesmo nível e com os Serviços de Urgência Básica, de nível inferior, aquando da necessidade de receção de utentes oriundos dos mesmos (DGS, 2001).

O serviço era composto por uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, 124 enfermeiros (à data do EC), assistentes operacionais, assistentes técnicos e com o apoio ininterrupto dos Serviços de Imagiologia, Serviço de Sangue e Laboratório de Análises

Clínicas. Além disso, contava com o apoio de outras áreas de especialidade como a Cardiologia e a Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos, o Serviço de Medicina Intensiva (SMI), Psiquiatria, Oftalmologia, Dermatologia, Neurologia, Urologia, entre outros.

O período de realização deste EC coincidiu com os constrangimentos epidemiológicos da Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus 2 (SARS-CoV-2), e decreto de pandemia mundial da *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a 11 de março de 2020. Por esse motivo, o SUG implementou medidas estruturais que dividiram o espaço físico em duas partes, como estratégia de prevenção e controlo da situação. Passou a incluir a urgência geral, comumente denominada de "Não-Covid" e a Área Dedicada ao Doente Respiratório no Serviço de Urgência (ADR-SU). Os critérios para o utente ser encaminhado para a ADR-SU foram os definidos na norma 004/2020 (DGS, 2020a), para a sintomatologia de infeção por SARS-CoV-2, tendo sido acrescentado em procedimento interno o critério de admissão do utente com temperatura acima de 38 graus celsius, independentemente da queixa, e saturações periféricas de oxigénio inferiores a 95%.

Ao nível de organização funcional e da gestão da equipa de enfermagem no espaço Não-Covid do SUG, este estava composto da seguinte forma:

- Dois postos de triagem com dois enfermeiros alocados, sendo um deles permanente e outro de recurso quando existiam muitos utentes para serem triados. Nos momentos de menor afluência, esse elemento auxiliava a equipa na área amarela;
- Área verde, com capacidade para 13 utentes em maca e cinco em cadeirão. Contava com dois enfermeiros nos três turnos diários;
- Área amarela, com capacidade para 23 utentes em maca e 14 em cadeirão. Englobava um gabinete de Psiquiatria. A equipa de enfermagem era composta por quatro enfermeiros nos turnos da manhã e da tarde e três no turno da noite;
- Área laranja, com capacidade para 14 utentes em maca e oito em cadeirão. Integrava um quarto de isolamento. Estavam atribuídos três enfermeiros por turno diariamente;
- Área vermelha (sala de emergência - SE), com possibilidade de atendimento até cinco emergências em simultâneo. A SE estava corretamente equipada com todo o material clínico, farmacológico e de equipamentos críticos necessários à intervenção da equipa, numa situação crítica e/ou risco de falência orgânica, nomeadamente rampas de oxigénio, de vácuo e monitores cardíacos individualizados em cada unidade do utente, ventiladores, desfibriladores, carro de emergência, material extra de via área e outro para procedimentos invasivos específicos, tal como preconizado nas Recomendações

Técnicas para a Sala de Emergência (Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2019);

- Área roxa (ortotrauma), para atendimento de utentes das especialidades médicas de Ortopedia e Cirurgia que não se encontrassem em maca. Contava com quatro unidades de tratamentos individualizadas, sem permanência do utente nas mesmas. Nesta área estava distribuído um enfermeiro por turno;
- Gabinete de Informações aos Familiares (GIF) - em funcionamento das 8h às 24h, com um enfermeiro no turno da manhã e um no turno da tarde. A distribuição do enfermeiro no GIF já estava previamente definida, aquando do lançamento do horário e os critérios para esta função estavam a ser redefinidos de forma a poderem aumentar a disponibilidade de elementos nesta área.

Para além do número de enfermeiros mencionado nos pontos anteriores, existia ainda um enfermeiro coordenador por turno.

Na ADR-SU, a organização funcional e de enfermagem apresentava-se com:

- Um posto de triagem, com um enfermeiro alocado;
- Sala de tratamentos e sala de colheitas, igualmente com um enfermeiro distribuído;
- Enfermaria em espaço aberto, com capacidade para 19 utentes em maca, e três quartos individuais para situações de isolamento. Encontravam-se três enfermeiros distribuídos nesta área diariamente;
- Sala de Observação (SO) em espaço aberto, com capacidade para 10 utentes em maca e 6 em cadeirão. Dado o número de elementos de enfermagem que eram escalados na ADR-SU por turno (seis), o SO nem sempre se encontrava aberto. A necessidade de abertura, nos turnos que foi possível ser presenciado, esteve sempre relacionada com a segurança dos cuidados prestados e privacidade do utente, dada a sobrelotação na enfermaria, havendo notificação interna desse fato. Nestes casos, os enfermeiros do posto de triagem e da sala de tratamentos ficavam alocados, também, nesta área;
- SE com capacidade para atendimento até duas emergências em simultâneo. O enfermeiro alocado à SE acumulava a função de coordenação do turno.

Relativamente ao método de trabalho no SUG, o método de trabalho aplicado é o individual de trabalho. No entanto, em algumas situações relacionadas com a sobrelotação das áreas, foram observados alguns constrangimentos na sua aplicabilidade. O método individual de trabalho designa o enfermeiro como responsável pela execução e cuidado de um ou mais utentes, no sentido de satisfazer as necessidades dos mesmos e o método por tarefa

consiste num modo de organização do trabalho de acordo com as tarefas/procedimentos a serem realizadas(os). Com este último método, verifica-se um aumento da produtividade do enfermeiro relacionado com a rapidez de execução da tarefa. No entanto, existe um maior risco de eventos adversos, pelo nível de confusão relacionado com a atribuição das responsabilidades na execução das tarefas (Ventura-Silva, Martins & Trindade, 2021).

## 1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)

O primeiro módulo do EC II - cuidados intensivos - foi realizado no SMI da mesma instituição do módulo de urgência, no período compreendido entre 07 de setembro de 2021 a 12 de novembro de 2021.

O SMI localiza-se no quinto piso da torre nascente da instituição. É uma UCI polivalente de nível III, constituída por quadros humanos próprios, assistência médica qualificada em presença física nas 24 horas, com acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários (Paiva, Fernandes & Granja, 2017).

Das 13 unidades individuais de cuidados, três encontram-se numa sala preparada para uma unidade de utentes neurocríticos, mas, no momento de realização do EC II, não se encontravam a ser utilizadas para esse fim. Logo, a lotação efetiva do SMI eram 10 camas, das quais, quatro, em quartos de isolamento. Nestes, três continham uma zona de adufa e todos tinham a possibilidade de utilização com alternâncias de pressões (negativa ou positiva) dependendo das necessidades do utente.

O SMI era um serviço disposto em espaço aberto, com uma sala ampla que continha dois balcões ao centro onde se localizavam as centrais de monitorização e os equipamentos informáticos para suporte aos registos clínicos. Através destes balcões era possível ter uma visão direta e generalizada das unidades dos utentes, como sugere o documento das Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos (ACSS, 2013).

Cada unidade do utente estava equipada com uma cama e duas colunas de equipamentos clínicos: do lado esquerdo visualizam-se as seringas e bombas infusoras, rampa de oxigénio e ar comprimido; do lado direito, o monitor, o ventilador, a rampa de aspiração e duas gavetas com dispositivos clínicos relacionados com a via aérea.

O SMI tinha ainda disponível o sistema Maxy-Sky®, que consiste num conjunto de carris que permitem realizar posicionamentos e transferências de forma mais confortável, prática e com menos esforço e riscos, tanto para o utente como para o profissional de saúde.

De acordo com a ACSS (2013), as UCI devem estar localizadas o mais próximo possível do serviço de urgência e do bloco operatório, o que não se verifica na estrutura física desta instituição. Estes serviços são os serviços de origem da maioria dos utentes admitidos no SMI. A localização próxima justifica-se para tornar a transferência intra-hospitalar mais rápida e acessível ao utente e profissionais, evitando riscos de instabilidade hemodinâmica na PSC durante o transporte (Ordem dos Médicos (OM) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), 2008).

Relativamente aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar era constituída, à data, por 34 enfermeiros, incluindo a enfermeira gestora, 23 dos quais eram enfermeiros especialistas (dois especialistas de enfermagem de reabilitação e 21 em enfermagem médico-cirúrgica), sete médicos, 11 assistentes operacionais e um assistente técnico.

No turno da manhã estavam distribuídos cinco enfermeiros na prestação de cuidados e um enfermeiro em funções de coordenação, além da enfermeira gestora. Nos turnos da tarde e da noite estavam distribuídos cinco enfermeiros na prestação de cuidados, um dos quais a acumular funções de coordenação.

O método de trabalho aplicado no SMI era o método individual de trabalho com a distribuição dos enfermeiros pelos utentes internados, realizada pelo coordenador de turno.

### 1.3. MÓDULO OPCIONAL EM UNIDADE DE HEMODIÁLISE (HD)

O módulo opcional do EC II foi realizado numa unidade de HD localizada na região centro do país, no período compreendido entre 06 de dezembro de 2021 a 25 de fevereiro de 2022.

Esta unidade pertencia a uma empresa multinacional que se dedica a prestar cuidados de saúde renais com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas a quem foi diagnosticada DRC. O grupo incorpora políticas institucionais próprias e procedimentos internos para melhoria da qualidade dos cuidados que se encontram acessíveis através de plataforma própria AGIR®.

Relativamente à sua estrutura física, a unidade era composta por três pisos. No piso 0, encontrava-se a área administrativa, os gabinetes do diretor clínico, da dietista e da assistente social, a sala de reuniões, a farmácia e duas salas de diálise destinadas a utentes portadores do vírus da hepatite B e C, tendo capacidade para quatro e dois utentes respetivamente. No entanto, na situação pandémica em que o país e o mundo, ainda se encontravam no período em que foi realizado este módulo, a sala com capacidade para quatro utentes era utilizada para utentes portadores de COVID-19 com circuito distinto e pré-definido. O piso -1 era constituído por quatro salas de diálise, sendo que duas tinham

capacidade para receber 14 utentes por turno, uma com lotação de 13 utentes por turno (e mais uma máquina de urgência) e outra com capacidade para receber cinco utentes por turno. Cada unidade individualizada do utente era composta por cadeirão e máquina correspondente para o tratamento hemodialítico. Por último, no piso -2, encontrava-se o armazém de material de consumo clínico, a central de águas, central de fabricação de soluções ácidas, lavandaria/rouparia, balneários para colaboradores, cozinha e sala de refeições.

Ao nível dos recursos humanos, esta unidade de HD contava com uma equipa multidisciplinar constituída por: um diretor clínico, um enfermeiro gestor, 48 enfermeiros (14 enfermeiros especialistas, nas diferentes áreas de especialidade, sendo que 4 o são em enfermagem médico-cirúrgica), 19 auxiliares de ação médica, 16 médicos (incluindo médicos de clínica geral e médicos especialistas de nefrologia), uma auxiliar técnica de diálise, dois técnicos de manutenção, duas assistentes sociais, uma nutricionista e três técnicas administrativas.

Nesta instituição eram assegurados cuidados à pessoa com DRC desde as 7h às 23h, por três turnos diários de segunda-feira a sábado. No período em que decorreu o EC, segundo informação do enfermeiro gestor, a clínica contava com cerca de 254 utentes com DRC no estadió cinco a realizar tratamento por HD. Os utentes realizavam três tratamentos hemodialíticos entre segunda-feira e sábado, em dias alternados (com a possibilidade de realização de tratamentos extra, caso o quadro clínico assim o justificasse), sendo a escolha do turno feita em reunião entre o enfermeiro gestor, o utente e cuidadores. No período em que a clínica se encontrava encerrada (domingos, feriados e restantes dias das 23h às 7h) existia um médico e enfermeiro de prevenção, preparados para intervir em caso de necessidade de tratamento hemodialítico extra, após avaliação da situação clínica. Habitualmente a equipa de prevenção era ativada para quadros clínicos compatíveis com hipercaliémia, com estabilidade hemodinâmica suficiente para que o tratamento fosse realizado em regime de ambulatório.

O método de trabalho aplicado nas salas de tratamento de diálise era o método individual de trabalho, em que o enfermeiro assumia a responsabilidade pelos cuidados aos utentes que lhe eram previamente distribuídos pelo enfermeiro gestor. No entanto, este método de trabalho não excluía, como foi possível presenciar, o conhecimento do enfermeiro acerca de todos os utentes em tratamento, permitindo o apoio em intercorrências intradialíticas e a entreaajuda durante o turno.

## **2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

O presente capítulo visa descrever as atividades desenvolvidas pelo estudante para a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEEMCPSC, baseado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº140/2019 (OE, 2019a) e no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista 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 e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica nº429/2018 (OE, 2018). Esta descrição é acompanhada de reflexão acerca das ações realizadas, fundamentada numa base teórica e científica de apoio.

### **2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Segundo a OE (2019a, p.4745), as competências comuns do enfermeiro especialista "são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas (...) demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria."

#### **2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

Os princípios da responsabilidade profissional, ética e legal que regem a prática generalista e especializada do enfermeiro estão contemplados no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) e no Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015). O exercício da profissão deve ser realizado com "os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana, pela saúde e bem-estar da população (...) para melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem" (OE, 2015, p.78).

O consumo exacerbado da população aos serviços de urgência, os tempos de espera para primeira observação, a necessidade de rapidez no atendimento e na tomada de decisão podem tornar o momento dos cuidados em algo impessoal, prejudicando a relação utente-profissional, transmitindo à pessoa uma sensação de insegurança e insatisfação, gerando conflitos de natureza ética (Rosa, Pais & Consciência, 2016). Também no contexto de UCI, os enfermeiros são confrontados diariamente com tomadas de decisão sobre temas complexos, como a manutenção ou suspensão do suporte de vida que os obriga a mobilizar conhecimentos de ordem ética e deontológica. Contudo, ainda alegam pouca participação

na tomada de decisão que deveria envolver toda a equipa (Motta & Paulo, 2020). No cuidado à pessoa em regime de tratamento hemodialítico foi igualmente perceptível as implicações bioéticas, deste tipo de terapêutica de substituição renal (TSR), considerando a vulnerabilidade de origem biológica, ambiental ou económica do utente que pode dificultar o processo de adesão do mesmo ao tratamento e aumentar a morbimortalidade associada à doença (Diniz, Sousa & Hannes, 2018).

Neste sentido, considera-se que o enfermeiro especialista deve ter presente os elementos éticos e deontológicos reguladores da profissão e sustentar-se num raciocínio crítico baseado em conhecimento, prática clínica e evidência científica, tal como mencionado pela OE (2019a), para ser considerado um elemento catalisador na promoção de consensos na equipa multidisciplinar e lhe ser possível tomar decisões mais ajustadas à realidade emergente.

Os três módulos de EC foram realizados, em áreas de especialidade, cuja existência de problemas e/ou dilemas (bio)éticos eram frequentes na prestação de cuidados dos profissionais. Assim, foi crucial o respeito pela vida e dignidade humana, pelo sigilo profissional, o dever de não discriminar e proteger os mais vulneráveis, não esquecendo o modelo principalista de Beauchamp & Childress (2001), estruturado em quatro princípios bioéticos - Autonomia, Justiça, Beneficência e Não-maleficência - e desenvolvido para orientar a atuação dos profissionais em questões biomédicas (Roqué-Sánchez & Macpherson, 2018).

Transpondo os princípios da bioética para o cuidado à PSC nos contextos de EC, o princípio da Autonomia permite ao utente a liberdade de decisão fundamentada numa informação correta e esclarecida da sua situação (Rosa et al., 2016). Neste aspeto, é possível focar a obtenção do consentimento informado, esclarecido e livre, verbal ou escrito, por parte do utente, como um dos deveres éticos e legais na prática clínica dos profissionais de saúde (DGS, 2013). A Carta dos Direitos do Doente Internado (CDDI) prevê o direito de o utente aceitar ou recusar qualquer ato proposto (Ministério da Saúde (MS) & DGS, s/d A necessidade de obtenção do consentimento informado assenta na proteção do direito à integridade física e moral da pessoa, no reconhecimento da sua autonomia e na capacidade deste, decidir livremente sobre si (Almeida, 2007). Para cumprir esta premissa nos três módulos de EC, no primeiro contacto com os utentes e familiares foi transmitida a informação do estatuto de estudante de mestrado e solicitado o consentimento para a prestação de cuidados, com a respetiva supervisão do enfermeiro orientador, cumprindo com o artigo 84º do Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015). Reconhecesse que para além do direito básico do utente consentir cada ato que lhe é realizado, de forma

informada e esclarecida, este é também um momento propício à criação de uma relação de confiança entre o enfermeiro e o utente.

No entanto, um dos principais desafios éticos sentidos no cuidado à PSC na urgência e, principalmente, no SMI foi a impossibilidade dos utentes, inúmeras vezes, não conseguirem dar o seu consentimento verbal ou escrito devido às condicionantes da patologia, presença de dispositivos médicos ou efeitos secundários dos processos terapêuticos. Esta realidade contribuiu para a constatação da importância de promover uma comunicação eficaz e dirigida, capaz de reduzir os constrangimentos provocados pela necessidade de cuidados de saúde complexos. Nas situações de emergência do SUG e no SMI, o processo de tomada de decisão para a maioria dos atos médicos e de enfermagem tem como base o consentimento presumido, respeitando sempre o princípio bioético da Beneficência, tal como descrito na norma 015/2013 (DGS, 2013). O consentimento presumido é importante nas situações em que o utente está inconsciente ou não está legalmente representado e existe sério risco para a saúde ou vida ao adiar o ato. Face ao descrito anteriormente, reconheceu-se o cuidado que o profissional de saúde deve apresentar em procurar obter conhecimento acerca das diretivas antecipadas de vontade (DAV), caso existam, do utente que cuida. Este ponto revela-se fulcral em situações de cuidados emergentes de saúde ou de fim de vida, por exemplo, para ser garantido o cumprimento da vontade do utente no que toca aos cuidados de saúde a receber. As DAV, designadamente sob a forma de testamento vital, são reguladas pela lei nº25/2012 e correspondem ao documento, no qual uma pessoa maior de idade, sem interdições ou inabilidades psíquicas, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida acerca dos cuidados de saúde que deseja receber no caso de se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autónoma (Assembleia da República, 2012).

Em ambas as equipas destes serviços, foi presenciada a preocupação em incluir a família no processo de cuidados ao seu familiar. No SUG, ocorreram algumas situações em que os familiares se encontravam na sala de espera a aguardar informações e, por esse motivo, o contacto da equipa presencialmente era facilitado. Já no SMI, dada a situação epidemiológica do momento, a maioria dos contactos foi feito telefonicamente, nunca deixando de existir. Ainda assim, à falta de telefonema, o benefício para a vida do utente sobrepõe-se sempre no processo de tomada de decisão. Num contexto diferente, no módulo opcional de EC, a autonomia do utente em tratamento hemodialítico refere-se ao direito do indivíduo de tomar decisões relacionadas com a sua vida e tratamento dialítico, sendo claramente melhor exercida, quando o utente se encontra devidamente esclarecido e envolvido no processo de tomada de decisão com participação direta dos profissionais de

saúde (Diniz et al., 2018). Constatou-se o contributo do enfermeiro para o empoderamento do utente com os conhecimentos necessários para que este pudesse conhecer o seu corpo e as reações frequentes à HD e a todas as variáveis que a doença e regime terapêutico comportam.

O Princípio da Justiça implica a igual distribuição dos recursos em saúde a todos aqueles que apresentam necessidades e condições semelhantes (Dray, 1999). O acesso e assistência em situação de urgência/emergência pode gerar reflexões que envolvem temas como os critérios de acesso aos cuidados. No SUG, o critério de acesso aos cuidados é o da gravidade, através da realização da triagem de Manchester a todas as pessoas inscritas. Desta forma, consegue-se atuar perante o Princípio da Justiça a toda a população que recorre a estes serviços (Goldim, 2003). A explicação destes critérios aos utentes no serviço de urgência seria importante, para evitar conflitos na relação profissional-utente, já que a interpretação pessoal da condição de saúde que leva à procura dos serviços difere de pessoa para pessoa e, por vezes, o utente considera que a sua necessidade ou do seu familiar é a mais importante no momento. Neste ponto, foram vividas algumas situações de tensão entre os utentes do SUG e a equipa de enfermagem, que permitiram desenvolver competências de comunicação e relação com o utente/família e a restante equipa de saúde em contextos de grande exigência que abarcam fatores extrínsecos, como o stress e ansiedade, e nas quais a garantia de decisões rápidas tem de ser assegurada, mantendo sempre a qualidade e segurança dos cuidados.

Numa linha muito similar à anterior, em HD o Princípio da Justiça aborda o acesso equitativo ao tratamento, sem discriminação ou marginalização (Diniz et al., 2018). Em Portugal, a prestação de cuidados de saúde na área da diálise caracteriza-se por acessibilidade a todos os utentes com necessidade de TSR. É importante referir que a cobertura nefrológica nacional, quer em termos hospitalares quer em ambulatório (acesso a consultas e diálise) apresenta uma situação privilegiada, fruto de uma parceria entre o Ministério da Saúde, os profissionais de saúde, e um regime de *outsourcing* assumido pelo sector privado que permite que qualquer pessoa com indicação para avaliação e tratamento nefrológico possa aceder habitualmente com simplicidade a esses cuidados (Nolasco et al., 2017). Neste módulo opcional, verificou-se a valorização que o utente manifesta da rede nacional de suporte existente, sem sentir desigualdade no acesso à TSR.

O Princípio da Beneficência está intrinsecamente ligado à atuação dos profissionais, que procuram melhorar o bem-estar do utente enquanto respeitam o princípio da Não-Maleficência, evitando danos e intervenções que ultrapassam o benefício esperado (Diniz et

al., 2018). Estes últimos Princípios bioéticos são uma constante na atuação enquanto, profissional e estudante em prática de EC.

De forma mais particular, reflete-se, ainda, sobre alguns aspetos que foram assíduos nesta prática clínica especializada: a privacidade e dignidade do utente e a transmissão de informação ao utente/família.

O respeito pela dignidade da pessoa humana, na condição de valor e princípio normativo, implica a consagração dos direitos humanos fundamentais. Este aspeto constitucional implica garantir à pessoa um nível mínimo de recursos, indissociáveis do direito a uma vida digna, como é o caso do direito e acesso aos recursos de saúde (Martini & Sturza, 2017). Também na CDDI, é mencionado que "toda a pessoa tem o direito a ser respeitada na sua dignidade" e que a "privacidade e a intimidade do doente deverão ser sempre asseguradas" (MS & DGS, s/d, p.2-3).

Nos três módulos de EC, cada um com as suas particularidades, existiu o desafio de manter a dignidade pessoal do utente, a exposição física e a privacidade dos cuidados na sua plenitude. O SUG foi o serviço onde houve maior dificuldade em adotar estratégias para o cumprimento destes pressupostos. Existe uma linha muito ténue e passível de ser ultrapassada no que toca à privacidade dos cuidados num serviço de urgência. Por exemplo, no espaço de triagem, existente no SUG, embora exista uma cortina de separação para o corredor que serve as diferentes áreas, esta não impede e não confere a privacidade desejada. Considera-se que a existência de uma zona totalmente fechada e/ou com porta de entrada e outra de saída, permitiria que o som não dispersasse da área e não fosse audível às pessoas externas.

No entanto, o desafio maior foi a constante sobrelotação das áreas e conseqüente invasão dos espaços pessoais dos utentes, tornando-se difícil proceder a cuidados individualizados e íntimos sem a existência de olhares desconhecidos sobre o mesmo. A logística mental e física para melhorar a prestação dos cuidados, essencialmente na área amarela, foi desafiante e procurou-se sempre garantir os melhores cuidados possíveis perante as contingências físicas existentes. Desde a mobilização de macas para espaços mais reservados na realização de procedimentos invasivos, à utilização de salas de tratamento desocupadas para a administração de terapêutica a utentes independentes, foram diversas as estratégias utilizadas para tentar atenuar a exposição física e emocional do utente num espaço que não é considerado como seu. Já no segundo módulo, as unidades dos utentes no SMI estão separadas lateralmente por cortinas opacas e os quartos de isolamento com janelas amplas de vidro transparente. As cortinas hospitalares são mundialmente utilizadas para oferecer privacidade ao utente e dividir as unidades dos mesmos. Embora cumpram o

critério visual da privacidade, não cumprem o auditivo. Além disso, atuam como uma fonte de transmissão de microrganismos associados aos cuidados de saúde, tornando-se artigos hospitalares com um nível considerável de contaminação (Arantes et al., 2021).

Sempre que existia necessidade de prestação de cuidados que envolvesse a exposição corporal do utente, consciente ou inconsciente, era, cumprida a oclusão da região frontal da unidade ou das janelas dos quartos com biombos amovíveis. Ainda que em número escasso, para as dez unidades do serviço, eram suficientes, porque nunca eram utilizados em simultâneo. Esta medida é corroborada por Baggio, Pomatti & Bettinelli (2011) que mencionam que os profissionais de enfermagem manifestam preocupação e empatia pela exposição e intimidade do utente, utilizando recursos materiais e humanos para proporcionar um ambiente reservado e uma exposição mínima do corpo do utente, recorrendo, por exemplo, a biombos. Também no terceiro módulo, na prestação de cuidados de enfermagem ao utente em regime de HD, percebeu-se que não existia, habitualmente, modo físico de individualização de unidades nas salas de tratamento da instituição. A exposição física do utente em regime de HD depende, em parte, do tipo de acesso vascular do próprio para a realização do tratamento. Nos utentes com presença de cateter venoso central de diálise (CVCD) foi necessário, várias vezes, expor a região torácica do utente, manipulando a sua roupa, para manter os cuidados assépticos necessários ao local de inserção e do próprio CVCD. Como forma de minimizar esta exposição, foi utilizado o lençol/manta do utente para ocluir as zonas não manipuladas, reduzindo ao máximo a área e tempo de exposição. Tal como Moura, Martins & Lobo (2015) afirmam, a privacidade constitui um valor ético no cenário das unidades de HD e o seu cumprimento depende do esforço e dedicação dos enfermeiros aquando da prestação de cuidados. Para a inexperiência pessoal numa unidade de HD, este foi um ponto importante percebido logo nos primeiros dias de prática clínica, retido e integrado nos cuidados prestados. Nesta linha de pensamento, tentou-se cumprir sempre o artigo 107º do REPE pelo dever de "salvaguardar sempre (...) a privacidade e intimidade da pessoa" (OE, 2015a, p.85). Também Nora, Deodato & Vieira (2016) afirmam que ao respeitar a dignidade do utente, os enfermeiros estão a considerar simultaneamente os demais valores, como são, o respeito pelas crenças, a salvaguarda da privacidade, a comunicação efetiva e a sua autodeterminação.

A transmissão de informação ao utente/família foi outro aspeto importante na reflexão ao longo dos EC. Nomeadamente na área da transmissão de informação aquando da permanência no GIF do SUG que permitiu realizar períodos de reflexão e discussão com os profissionais do serviço. Dos quatro turnos realizados nesta área, nos últimos dois, existiu

participação ativa, com supervisão, no atendimento telefónico e presencial dos familiares/cuidadores. Desta forma, percebeu-se a grande dificuldade de gerir a informação transmitida. Respeitando o Princípio da Autonomia, a informação deve ser partilhada de acordo com a vontade expressa do utente, estando este em condições para o fazer. Só em situações de perda de autonomia irreversível ou incompetência transitória, a família tem direito à informação sobre a situação do utente, sem prejuízo da confidencialidade. O direito da família à informação sobre a situação de um familiar justifica-se apenas para que possa agir no interesse deste, sem prejuízo da confidencialidade (OE, 2008). Não obstante, inúmeras vezes os contactos eram realizados por familiares de utentes autónomos e era-lhes explicado o motivo, pelo qual determinadas informações não lhes eram fornecidas. Nem sempre foi afável a receção destes fundamentos do outro lado da linha, obrigando à utilização de estratégias de comunicação assertiva como a escuta ativa, adequação do timbre de voz, linguagem simples, clara e pausada, a repetição/reafirmação, a clarificação, a focalização e, não menos importante e também utilizado, o silêncio. Refletindo nestas experiências do EC, é possível compreender que este apelo dos familiares/cuidadores, aparentemente exacerbado, era justificado com as novas diretrizes institucionais, provocadas pela COVID-19, que proibiram a presença de acompanhante do utente dentro dos serviços. Esta alteração gerou um incremento da ansiedade nos utentes e familiares/cuidadores. Estes que ficavam, por vezes, várias horas ou dias sem notícias atualizadas dos seus entes queridos. Sendo o enfermeiro o profissional que estabelecia a ligação entre o exterior e o interior hospitalar, este tinha como dever ser um pacificador nesta relação.

### **2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade**

O enfermeiro especialista deve ter um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de estratégias na área da governação clínica; desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; e garantir um ambiente terapêutico e seguro centrado na pessoa, promovendo a efetividade terapêutica e a prevenção de incidentes (OE, 2019a). Indissociável destes pontos, um dos padrões de qualidade do EEEMCPSC prende-se com a organização dos cuidados de enfermagem. O EEEMCPSC destaca-se por promover sistemas de melhoria contínua especializados, como o caso de políticas de formação contínua dos colegas para a obtenção de cuidados de enfermagem especializados à PSC, revisão de guias de boas práticas no domínio da PSC e utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem que incrementem a assistência de enfermagem à PSC (CEEMC, 2017).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (MS, 2015a) reforça que a qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética das instituições de saúde porque contribuem para a redução de riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados.

Inicialmente, surgiram algumas dificuldades nos dois primeiros módulos de EC, na pesquisa dos procedimentos e orientações em vigor dado que a maioria se encontrava na intranet da instituição. Existiam dezenas de procedimentos, muitos deles transversais a todos os serviços e alguns deles direcionados a práticas exclusivas de determinada área de atuação. No SUG, em termos físicos, obteve-se conhecimento de alguns procedimentos do serviço, como por exemplo a Via Verde Acidente Vascular Cerebral (VVAVC), realizado com base na norma 015/2017 da DGS, ou administração de terapêutica fibrinolítica. Já o SMI incorpora protocolos internos da prática específica do utente em terapia intensiva com o intuito de uniformizar e padronizar as práticas de todos os elementos da equipa e trazer ganhos efetivos da aplicabilidade dos cuidados ao utente, aumentar os índices de qualidade do serviço e diminuir a margem de erro. Os protocolos existentes foram aplicados na prática dos cuidados, verificando-se a sua importância na tomada de decisão clínica, tais como a administração de potássio em situações de hipocaliémia, insulinoaterapia na PSC, nutrição entérica na PSC, TSR e avaliação ocular na PSC. Outros instrumentos utilizados como base de atuação foram a Escala de Braden para avaliação do risco de úlcera por pressão e a *Behavioral Pain Scale* (BPS) para avaliação da dor, ambas preenchidas informaticamente no processo do utente.

No último módulo de EC, também se constatou que os profissionais da unidade de HD estavam despertados para a consulta recorrente dos procedimentos internos e aplicabilidade dos mesmos na prática diária. Ativamente, foi possível consultar e aplicar também procedimentos internos atualizados e validados pelo grupo, como por exemplo, o procedimento de conexão e desconexão do CVCD ao circuito extracorporal, o procedimento de realização de tratamento ao local de inserção do CVCD, o procedimento de punção da fístula arteriovenosa (FAV), entre outros.

A obtenção de conhecimentos próprios nas diferentes áreas de atuação dos EC através dos procedimentos internos otimizou o desenvolvimento desta competência na mobilização e incorporação da informação obtida e refletida na prestação de cuidados, promovendo a melhoria contínua da qualidade.

Importante referir, ainda, que em todos os serviços onde foi realizado o EC, a formação contínua em serviço era algo presente e com participação ativa dos profissionais de enfermagem. Tanto no SUG, como no SMI e na unidade de HD, a maioria dos enfermeiros

encontra-se alocado a um grupo de trabalho específico a determinado tema da prestação de cuidados (ex: gestão de dor; prevenção de quedas; prevenção de úlceras por pressão). Estes desenvolvem anualmente formação contínua dos seus pares acerca da sua área de intervenção. Tal como descrito na Lei de Bases da Saúde, os profissionais de saúde têm direito a aceder a formação e ao aperfeiçoamento profissional com vista à atualização permanente de conhecimentos (Assembleia da República, 2019) e garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

A formação em serviço, através de um planeamento adequado, visa colmatar as necessidades de formação dos enfermeiros e promover o desenvolvimento de competências nos contextos e para os contextos de trabalho (Relvas, 2018). No SMI, foi possível auxiliar a enfermeira orientadora na preparação de uma formação que iria ministrar juntamente com outra colega EEMCPSC da equipa sobre os cuidados de enfermagem com o cateterismo vesical e manutenção dos respetivos dispositivos associados. Foi atestada a importância da atualização contínua de conhecimentos baseados na evidência científica e nas orientações dos órgãos nacionais para a área da saúde. A formação realizada permitiu verificar mudanças nos cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros que frequentaram a formação em serviço, nomeadamente no que diz respeito à correta fixação dos cateteres vesicais, baseada na norma 019/2015 (DGS, 2015a). Igualmente na unidade de HD foram concebidos vários grupos de trabalho no sentido de melhorar os cuidados de saúde prestados pela equipa multidisciplinar: Programa de Intervenção de Gestão de Acessos Vasculares (PIGAV), o Programa de Intervenção Clínica, Assistência Social, Nutrição e Enfermagem, o Programa de Intervenção de Exercício Físico, o Programa de Intervenção na Prevenção e Controlo de Infeção e o Programa de Intervenção na Prevenção do Pé Diabético. Estes projetos permitem aumentar a responsabilização por parte do enfermeiro nos cuidados oferecidos. Nesta instituição, realizam-se regularmente auditorias às atividades desenvolvidas e são implementadas estratégias de melhoria contínua para que os cuidados de saúde prestados garantam qualidade e segurança. Neste último módulo de EC, presenciaram-se duas formações em serviço, realizadas por enfermeiros da instituição, sobre "Precauções Básicas e Adicionais do Controlo de Infeção" e sobre a "ANTT - *Asseptic Non Touch Technique* - associada ao Acesso Vascular" inseridas no Programa de Intervenção na Prevenção e Controlo de Infeção e no PIGAV. No momento da realização da formação, é importante aliar a teoria e a prática, com apresentação de exemplos que reflitam o dia-a-dia do profissional, fazendo-o repensar sobre a teoria, argumentar as práticas e introduzir mudanças de qualidade no serviço (Relvas, 2018). Assim foi o resultado destas formações: a obtenção de soluções encontradas em equipa para a resolução de situações entendidas como importantes de atuação, como por exemplo os pontos

estratégicos de resíduos do grupo III nas salas comuns da clínica ou o procedimento de limpeza da unidade do utente no fim de cada sessão.

Das práticas internas deste grupo multinacional de cuidados de saúde, foca-se também a rotina implementada na unidade, o "*Huddle* Diário", e na qual foi possível participar duas vezes. Um *huddle* define-se por uma reunião rápida da equipa de saúde, com o objetivo de diminuir problemas de comunicação, e promover a coesão dentro da equipa, fortalecendo o trabalho de equipa colaborativo. Assim, pré-estabelecesse um período de tempo definido para melhorar os relacionamentos interpessoais e fortalecer a sensação de segurança (Provost, Lanham & Leykum, 2015). Enfatiza-se o papel do enfermeiro especialista nestas reuniões como moderador de temas, muitas vezes sensíveis às equipas, sempre direcionado às soluções para os problemas abordados, incentivando a cooperação e responsabilização dos elementos envolvidos, a partilha de informações que mantenham a equipa atualizada e encorajando a valorização da experiência e do trabalho de cada um, indo ao encontro do padrão de qualidade da organização dos cuidados de enfermagem (CEEMC, 2017).

Neste domínio da melhoria da qualidade dos cuidados, uma orientação base da atuação dos profissionais de saúde é o Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) que visa melhorar a prestação de cuidados de saúde a vários níveis, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade. A melhoria da segurança dos utentes é uma responsabilidade de equipa que deve mobilizar competências individuais na gestão de todas as atividades (MS, 2015b). O PNSD que orientou os primeiros dois módulos de EC foi o de 2015-2020, sendo que no último módulo o PNSD 2021-2026 já tinha sido emitido, dando seguimento às orientações do plano anterior. A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde continua a ser uma realidade que deve preocupar ativamente gestores e enfermeiros especialistas, na mobilização de estratégias que reduzam a existências dos mesmos. A promoção da segurança do utente requer um esforço coordenado de todos os envolvidos no processo de cuidados e uma abordagem sistémica, contínua e promotora da cultura de segurança. Das metas do PNSD 2015-2020, salientam-se a identificação inequívoca dos utentes, a segurança na utilização da medicação e a segurança da comunicação. Estes pontos vão ao encontro dos pilares do PNSD 2021-2026 da comunicação efetiva, (destaque na transição dos cuidados ou passagem de informação entre os profissionais); da prevenção e gestão de incidentes de segurança do utente (destaque nos sistemas de notificação que promovam a aprendizagem com o erro) e as práticas seguras em ambientes seguros (ressalva às dotações seguras dos

profissionais, formação e ferramentas que promovam ambientes seguros) (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021).

A identificação inequívoca do utente deve acontecer sempre antes de qualquer abordagem ao próprio ou cuidado prestado. Esta confirmação é feita verbalmente, se o utente estiver consciente e orientado na pessoa, ou através da observação dos dados da pulseira identificativa. Os dados devem ser fidedignos como o nome, data de nascimento ou o número de processo clínico do utente dentro da instituição e, para ser uma prática segura, devem ser validados no mínimo dois deles (MS, 2015b). Esta prática foi cumprida com rigor em todos os módulos: no SUG e no SMI, verbalmente ou através da pulseira identificativa do utente, com letras legíveis e confirmação dupla dos dados identificativos, sabendo que o erro na identificação poderia ser prejudicial ao utente. Já na unidade de HD, a correta verificação da identidade era feita com o cartão de registo de tratamento hemodialítico do utente ou verbalmente no caso do utente consciente e orientado auto e alopsiquicamente.

No que diz respeito à segurança na utilização da medicação, este foi um indicador cumprido escrupulosamente na prestação de cuidados em EC. Isto porque facilmente se percebeu que, trabalhar num serviço onde existe ruído externo permanente, múltiplos profissionais e número elevado de utentes em diferentes tratamentos em simultâneo são fatores favorecedores de erros. A OMS estima que entre 8-10% dos utentes internados em cuidados intensivos e cerca de 13% dos utentes em ambulatório são vítimas de práticas pouco seguras na utilização de medicação, aglutinando encargos desnecessários ao sistema de saúde (MS, 2015b). Consolidando a informação anterior, Kane-Gill et al. (2017) afirmam que a PSC tem um maior risco de ocorrência de eventos adversos ou erros relacionados com a medicação, uma vez que recebe em média o dobro dos fármacos do que os outros utentes. Face ao exposto, acredita-se que a organização e método de trabalho do enfermeiro seja crucial neste tipo de ambiente de prestação de cuidados. Para isso, foram adotadas estratégias pessoais para minimização do erro, como a impressão das etiquetas identificativas do plano farmacológico do utente, sempre que era horário de administração, e só se procedia à preparação da terapêutica de outro utente quando findava a primeira. No SMI era mais fácil esta organização de trabalho pelo número de utentes distribuídos. No SUG também foi possível estabelecer prioridades de atuação e organização para reduzir a ocorrência de erros relacionados com a medicação, atendendo aos nove certos da administração de fármacos: o utente certo, o fármaco certo, a via certa, a dose certa, a hora certa, o registo certo, a ação certa, a apresentação farmacêutica certa e a resposta do utente ao fármaco certa (Elliott & Liu, 2010).

Ainda no contexto da segurança dos cuidados e eventos adversos, outro aspeto considerado, foi a correta identificação da cama, no SMI, e pulseira do utente infetado, no SMI e no SUG, com marca ou dispositivo próprio, cumprindo as normas internas da instituição. As identificações mais frequentes eram: a cor verde, aquando da existência de alergias do utente, a cor vermelha do utente infetado independentemente do microrganismo presente e a cor rosa, do utente sujeito a administração de sangue e derivados nas últimas 48 horas. Para a notificação interna de eventos adversos na unidade de HD, existia disponível no programa informático AGIR<sup>®</sup> uma secção para registo de *Adverse Occurance Registration* (AOR), onde eram registados todos os eventos adversos que ocorriam na prestação de cuidados ou eventos em que foi necessário o gasto de recursos superior ao normal. Os AOR mais comuns na prestação de cuidados foram: as hipotensões graves, com necessidade de administração de fluídos de reposição, em quantidade superior a 300ml; hemostases prolongadas por tempo superior a 30 minutos e realização de teste rápido de antígeno para a COVID-19 aos utentes considerados contactos de risco ou com sintomatologia suspeita. Os AOR mais comuns na justificação de gasto de material extra foram os casos em que o utente não comparecia à sessão de HD e o gasto extra de filtros, linhas arterial e/ou venosa ou de todo o sistema, por coagulação do mesmo. Tal como afirma a DGS (s/d), o propósito fundamental de um sistema de notificação é o de aprender com a experiência, permitir o desenvolvimento de uma análise causal para implementar medidas que impeçam a sua recorrência, instituir alterações a práticas que se provem desadequadas, servindo de aprendizagem para toda a equipa. Ao nível nacional, existe o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA, uma plataforma destinada à gestão de incidentes ocorridos no sistema de saúde, na qual o cidadão ou o profissional de saúde pode reportar incidentes relacionados com a prestação de cuidados de saúde, com a violência contra profissionais de saúde ocorrida no local de trabalho e com a utilização de dispositivos médicos corto-perfurantes (DGS, s/d). Seria interessante existir uma ligação entre o registo de AOR da unidade de HD e a plataforma NOTIFICA para auxiliar na análise e tratamento dos dados nacionais deste sistema.

Relativamente à segurança na comunicação, este é um aspeto crucial para a continuidade dos cuidados e transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como as mudanças de turno e as transferências intra ou inter-hospitalares. Existem informações importantes que, sendo quebradas e omitidas, podem ser prejudiciais para o utente e sua recuperação vital. As tecnologias de informação e comunicação (TIC) desempenham um importante papel nesta área (MS, 2015b). No que diz respeito às TIC, na instituição onde foram realizados o primeiro e segundo módulos de EC, o processo clínico do utente encontra-se informatizado no software SClínico<sup>®</sup>, um software desconhecido e, por essa

razão, confuso nos primeiros dias de EC no SUG, o que levou a um dispêndio de mais tempo na sua utilização. No entanto, o manuseamento recorrente das várias facetas do programa promoveu agilidade e rapidez, como em qualquer sistema informático. No SMI, os registos informatizados dos utentes internados eram realizados no sistema operativo B-ICU-CARE<sup>®</sup>, da empresa B-Simple, um sistema criado para as dinâmicas de cuidados das unidades de terapia intensiva que se verificou ser muito prático, intuitivo e completo. Na unidade de HD, o processo dos utentes encontra-se no programa informático Nefrus<sup>®</sup>, sistema de informação das unidades de diálise utilizado a nível nacional, e Therapy<sup>®</sup>, que faz a interface entre os dados recolhidos pela máquina durante a sessão de HD - valores de tensão arterial, peso pré e pós-diálise, taxa de eficácia da diálise e eventos adversos decorrentes da sessão - transportando-os para o Nefrus<sup>®</sup>. É importante a modernização dos cuidados de saúde, acompanhando sempre a atualização das tecnologias do mundo envolvente. Tal como Aleixo (2010) refere, a informática permite gerir, analisar e transmitir dados e conhecimentos importantes para os enfermeiros, tendo como principais preocupações as de incrementar a produtividade em enfermagem, alcançar eficiência e garantir resultados satisfatórios no utente. Para garantir a segurança da informação registada informaticamente, só acede a estes programas colaboradores da instituição com registo e utilizador próprio. O conhecimento e utilização dos vários softwares utilizados nestes serviços de saúde, apoiaram o desenvolvimento de competências na área da melhoria da qualidade dos cuidados, pela sua correta utilização para continuidade de cuidados e registo rigoroso das práticas realizadas. Desta forma, é possível avaliar os cuidados prestados e alertar a equipa de forma a poder alterar algum procedimento, quando necessário. Construindo-se, assim, uma prestação de cuidados num ambiente terapêutico seguro que visou a prevenção de acidentes, a gestão dos riscos e o bem-estar do utente.

Da pesquisa bibliográfica realizada encontraram-se mais documentos que ressaltam as boas práticas relativas à segurança da comunicação/comunicação efetiva. A CDDI refere que o utente internado tem direito a confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe dizem respeito (MS & DGS, s/d). Um direito que assiste o utente é o dever de sigilo que consta do artigo 106º do Código Deontológico do enfermeiro. Na alínea b do mesmo artigo é mencionado que o enfermeiro assume o dever de "partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico" salvaguardando "o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família" (OE, 2015, p.84-85). A transmissão de informação relativa aos utentes que se encontram no SUG ou internados no SMI nas mudanças de turno é realizada pela equipa de enfermagem nos balcões centrais das diferentes áreas do SUG ou no balcão central do SMI, em espaço aberto para as unidades dos utentes. O momento da passagem de turno no SUG era um

momento de difícil assimilação de informações por todos os obstáculos da comunicação inerentes, como o ruído, os múltiplos profissionais, os apelos dos utentes em espaço aberto e até pela utilização obrigatória de máscara de proteção, o que prejudicava a segurança na receção da informação. Para além disso, tanto no SUG como no SMI, ainda que muitos dos utentes tenham alterações do estado de consciência, muito decorrente da patologia ou processos terapêuticos implementados, existem sempre casos de utentes, em ambos os serviços, com evolução positiva da sua condição clínica, conscientes e com períodos de orientação auto e alopsíquica, nos momentos de passagem de informação clínica, como foi possível presenciar. O cuidado a ter com a informação que é transmitida, a identificação do utente que se transmite à equipa e a postura profissional adotada neste momento é algo que o enfermeiro nunca deve desprezar e que esteve sempre presente nas passagens de turno dos EC. Face ao exposto, foi cumprido o parecer CJ/20-2001 (Conselho Jurisdicional da OE, 2001), onde é mencionado que os locais de passagem de turno são geridos consoante o contexto de trabalho e que o que pode estar em causa não é o local onde é realizada a passagem de informação, mas o conteúdo das informações transmitidas diante terceiros. Num contexto muito diferente foram as passagens de informação de utentes em regime de HD visto que é um regime em ambulatório e que, sempre que existiu necessidade de informar a equipa sobre algum aspeto de determinado utente, as informações eram transmitidas sem a presença dos utentes em sala ou mesmo fora da sala de tratamento apenas entre profissionais da equipa multidisciplinar.

Com o objetivo de otimizar as passagens de informações dos utentes nas instituições de saúde, a The Joint Commission (2017) recomendou a implementação de um sistema padronizado para a passagem de informação relativa ao utente para reduzir a perda de informação essencial e promover a continuidade dos cuidados. Nesta sequência, a DGS (2017) emitiu a norma 001/2017 para garantir uma comunicação precisa e oportuna de informações para mitigar erros e lacunas. Nesta norma, é focada a técnica ISBAR (Identificação, Situação atual, *Background*/antecedentes, Avaliação, Recomendações) que visa normalizar a comunicação na transferência de informação, entre as equipas prestadoras de cuidados, promovendo a segurança do utente. Esta é uma técnica que contempla uma mnemónica relativamente fácil de reter para o profissional e que, em contexto de EC, foi treinada diariamente e em especial nas transferências intra-hospitalares.

Para além das normas de atuação dos diferentes serviços, e no sentido de cumprir a metodologia de cuidados de enfermagem especializados à PSC, colaborou-se duas vezes com a Equipa de Emergência Médica Interna (EEMI) da instituição de saúde, constituída por médico e enfermeiro do SMI. A Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-

Cirúrgica (MCEEMC) (2017), recomenda que, preferencialmente, o enfermeiro que integra as equipas de transporte de doentes críticos e as EEMI das instituições deve ser o EEEMCPSC, por deter o corpo de competências mais adequado na resposta às necessidades de cuidados do doente crítico. Por outro lado, a OM e SPCI (2008) defendem que, na situação de transporte intra ou inter-hospitalar, quem acompanha o utente deve ser o enfermeiro responsável pelo mesmo, desde que seja experiente em reanimação e com formação em transporte de doente crítico. Constatou-se que, na EEMI da instituição, o critério para o enfermeiro integrar a equipa não é a especialidade, mas a formação em suporte avançado de vida (SAV) creditada e atualizada. No entanto, ainda assim, sempre que possível é o EEEMCPSC a ser alocado à EEMI, indo ao encontro do Parecer nº09/2017 da MCEEMC (2017). Foi um aspeto positivo perceber o cumprimento da instituição das premissas de constituição da EEMI ao nível da componente formativa, quer formação reconhecida por entidades creditadas – SAV, quer formação especializada com qualificação e competência reconhecida pela OE, otimizando um ambiente terapêutico e seguro preconizado nesta unidade de competência (OE, 2019a).

### **2.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados**

O enfermeiro especialista deve ter competências de gestão, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde para garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019a). A área da gestão tem-se constituído como um dos mais importantes campos de atuação e diferenciação dos enfermeiros. O enfermeiro que incorpora a função de gestão dos cuidados não deve inibir a sua ciência de base, ainda que a área da gestão esteja presente. Isto porque confinar os enfermeiros gestores ao uso de teorias de gestão poderá limitar a sua capacidade de integrar o utente como central nos processos de gestão (Potra, 2015). O ideal seria que tanto o enfermeiro com funções de gestão como o enfermeiro prestador de cuidados conseguissem utilizar a mesma linguagem, conceitos e visão dos cuidados de enfermagem, procurando uma compreensão comum na sua missão (Kérouac, Pepin & Ducharme, 1994).

Para trabalhar esta competência, no SUG foi possível acompanhar o coordenador de turno no espaço do SUG Não-Covid e a enfermeira orientadora de EC na ADR-SU. No SMI houve possibilidade de realizar um turno com a enfermeira gestora e acompanhar a enfermeira orientadora nas tarefas de coordenação nos turnos em que estava distribuída para o efeito e na unidade de HD concretizou-se um turno com o enfermeiro gestor e a enfermeira que se encontra de apoio à gestão. Estes momentos de observação, partilha de experiências e participação ativa em algumas das tarefas de coordenação foram importantes para atestar a dificuldade de gerir uma equipa com múltiplos profissionais, orientar objetivos comuns à

equipa, serviço e utentes, não esquecendo que a componente motivacional individual influencia diretamente os resultados de grupo. Neste sentido, foram trabalhadas as unidades de competência deste domínio, com a otimização das respostas de enfermagem e da equipa de saúde ao nível da tomada de decisão, a melhoria da informação para a tomada de decisão no processo de cuidados, servindo, várias vezes, de assessor para os seus pares (OE, 2019a). Além disso, e numa ótica de conhecimento e aplicação da legislação e documentos reguladores da profissão em vigor ao nível da gestão de cuidados, as atividades anteriores estão incluídas na designação de ato do enfermeiro já que compreendem toda a atividade técnico-científica inerente à gestão e assessoria no âmbito do exercício profissional (OE, 2022).

O enfermeiro coordenador de turno no SUG desenvolve várias atividades, as quais foi possível participar, como a gestão dos elementos da equipa, gestão dos transportes inter-hospitalares, controlo dos estupefacientes de todas as áreas do SUG e determinada medicação específica que não se encontra armazenada no serviço. Além disso, a reposição por níveis de medicação nas diferentes áreas do SUG, monitorização dos tempos de espera e supervisão dos cuidados de enfermagem também é da responsabilidade do coordenador de turno além do reporte de ocorrências internas que existam. No SMI, na vertente de coordenação/gestão, presenciou-se a reunião diária da equipa médica, na qual a enfermeira gestora estava presente para apoio na transmissão de informação significativa relativa aos cuidados de enfermagem dos utentes internados; colaborou-se no controlo e verificação de material e equipamentos críticos, como os desfibriladores, carro de emergência e malas de transporte e da EEMI; na gestão da escala de distribuição dos utentes internados e na validação dos horários. Algumas das funções de coordenação/gestão mencionadas não foram experiências totalmente novas, dadas as funções de coordenação que já eram exercidas na equipa de trabalho atual. Talvez por esse motivo, a atenção a todos os procedimentos instaurados nos serviços tenha sido redobrada para identificar pontos semelhantes e recolher contributos de melhoria, possíveis de serem replicados no serviço de origem.

Tanto no SUG como no SMI, foi possível refletir sobre o critério de definição do serviço para os coordenadores de turno. De facto, verificou-se que nem todos os coordenadores de turno eram detentores do título de especialista, contrariamente ao que referem dois pareceres da MCEEMC sobre o tema. O parecer nº20/2015 que conclui que, se as equipas dos serviços de urgência apresentarem na sua constituição EEEMCPSC, deverão ser estes a exercer as funções de chefes de equipa (MCEEMC, 2015) e o parecer nº15/2018 que esclarece que havendo enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica nas equipas num SMI,

deverão ser estes a assumir as funções de chefia/coordenação (MCEEMC, 2018a). Ainda assim, salienta-se o parecer nº01/2017 que refere que a atribuição da função de responsável de turno compete ao enfermeiro especialista, embora na sua ausência ou inadequação ao cargo, poderá ser designado um enfermeiro de cuidados gerais, desde que comprovada a sua competência para a função (Conselho de Enfermagem e MCEEMC, 2017). Todos os enfermeiros que exercem funções de coordenação no SUG são portadores de longa experiência no serviço e possuem competências intrínsecas benéficas ao cargo de coordenação (ao nível comunicacional/relacional, liderança, gestão de equipas), respeitadas pelo gestor de enfermagem e restantes elementos da equipa, independentemente de serem ou não especialistas. Face ao exposto, foi perceptível em ambas as equipas uma linha orientadora de Patrícia Benner que reconhece o valor da prática perita em enfermagem e o seu impacto na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. A capacidade de tomar decisões clínicas perante situações complexas é o que diferencia o enfermeiro no que toca à sua perícia, alcançando o seu auge na passagem por cinco níveis: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001). A autora descreve o enfermeiro perito como aquele que detém uma vasta experiência e conhecimento, evidenciando um julgamento clínico, ágil e intuitivo na identificação dos problemas do utente/cuidadores. Acrescenta ainda que, habitualmente, o enfermeiro perito é muito respeitado "tanto pelos colegas como pelos outros profissionais da equipa multidisciplinar, pelas suas capacidades de julgamento e competências" (Benner, 2001, p.58), aspeto reconhecido nos turnos nos quais o enfermeiro coordenador não era detentor do título de especialista, mas demonstrava um domínio teórico e prático no contexto em que estava inserido, assim como uma capacidade de tomada de decisão segura e eficaz para responder às necessidades quer do utente quer da equipa multidisciplinar. Ainda assim, contrapondo o raciocínio anterior, e motivando a mudança de paradigma dos serviços e a concordância com as sugestões da MCEEMC, assistiu-se à integração de cerca de dez elementos na função de coordenação no SUG que, à exceção de um, eram todos EEEMCPSC. Salienta-se também a importância de o enfermeiro respeitar as qualificações formativas e competências individuais reconhecidas pela OE, abstendo-se por isso de práticas para as quais não tenha ainda as qualificações e competências necessárias (OE, 2022).

Relativamente à equipa de enfermagem no SUG, está alocado um enfermeiro à SE em cada turno, sendo critério de escolha do enfermeiro para assumir o lugar, o seu grau de diferenciação dentro da equipa, quer seja pela experiência profissional ou pelas competências na área da PSC, tal como também indica o parecer nº14/2018 da MCEEMC, 2018b). Neste documento é salientado que a SE corresponde a um posto de trabalho distribuído e que, em situação emergente, a equipa deve responder prontamente não

dependendo da sua substituição noutros postos. No contexto prático vivido em EC, o enfermeiro distribuído na SE, no caso de não ter nenhum utente aos seus cuidados na mesma, auxilia a equipa na área amarela. Quando é acionada a campainha de emergência, a equipa responde imediatamente à chamada, preferencialmente o enfermeiro escalado na SE, ou outro, no caso do colega se encontrar em situação de prestação de cuidados que não possa ser interrompido no imediato.

Embora esteja descrito no capítulo 1 o número de postos de trabalho e respetivos elementos de enfermagem em cada um, importa referir que, ainda que o cálculo das dotações seguras nos serviços de urgência seja preferencialmente feito pelo número de postos de trabalho, este deve ter a ponderação dos elementos casuísticos do serviço, assim como fluxos e procura ao longo do dia, da semana e do mês (OE, 2019a), mostrando muito mais complexidade no seu cálculo e aplicação do que a simples fórmula numérica. A sobrelotação das áreas é um fator não contabilizável, mas importante aquando da prestação dos cuidados de enfermagem. Acrescenta-se ainda a distribuição não equitativa dos EEEMCPSC nas diferentes áreas e diferentes turnos, como refere o parecer nº06/2016 da MCEEMC (2016), aspeto que pode ser otimizado pelo serviço dado o crescente número de EEEMCPSC ou em formação na área à data do EC. O EEEMCPSC é o profissional com conhecimentos e capacidades diferenciadas na componente técnica, mas também com capacidades reflexivas e formativas, ideal para equilibrar as equipas das variadas áreas de trabalho do SUG. Exemplo disso foi a tomada de decisão da enfermeira orientadora, coordenadora de um turno da ADR-SU realizado em EC. A enfermaria da ADR apresentava macas duplas na mesma unidade, no meio da sala utentes a realizarem oxigenoterapia por bala de oxigénio portátil, distanciamento mínimo entre utentes com teste negativo para SARS-CoV-2 e utentes com teste ainda pendente. Numa tomada de decisão rápida para o menor risco e maior benefício para o utente, garantindo a segurança nos cuidados prestados, agilizou-se a transferência de alguns deles para a SO do serviço e o critério de transferência foi a colocação de utentes com teste para SARS-CoV-2 ainda pendente num mesmo espaço. Desta forma, foi possível diminuir o número de utentes na enfermaria, manteve-se a reserva de balas de oxigénio portátil e assegurou-se a segurança do utente e qualidade nos cuidados prestados. Este foi um contributo para o desenvolvimento e aquisição da unidade de competência relacionada com a adaptação da liderança e gestão dos recursos ao contexto para a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019a).

No seguimento do cálculo das dotações seguras, desta vez no SMI, a OE (2019b) indica que o rácio enfermeiro/utente nas UCI deve ser estipulado de acordo com a tipologia da UCI. Para as UCI com leitos de nível III, como é o caso do SMI onde foi realizado o EC, está

preconizado um rácio de um enfermeiro para um utente (1:1). Na prática, o SMI implementa um rácio de 1:2. Aliada ao cumprimento das dotações seguras e ao aumento de consumo dos cuidados intensivos pela população, surge a ideia da carga de trabalho de enfermagem, expressa em pontuações com vários instrumentos validados para o efeito. Torna-se importante esta avaliação quando se pretende aglutinar qualidade de cuidados, otimização de recursos e redução de custos. Em Portugal, a *Therapeutic Intervention Scoring System 28* (TISS 28) é o único instrumento validado e reconhecido pela SPCI (Macedo, 2017). Tem como pressuposto a quantificação das intervenções terapêuticas, segundo a sua complexidade, grau de invasão e tempo de prestação de cuidados de enfermagem, com base no número de procedimentos à PSC (Padilha, Sousa & Miyadahira, 2005). Na avaliação inicial feita no processo informático aquando da admissão de um utente no SMI, o sistema B-ICU-CARE<sup>®</sup> integra, num dos parâmetros, a avaliação da TISS 28 e pontua a carga de trabalho de enfermagem para aquele utente. Embora interessante para auxiliar a distribuição de utentes nos turnos, considera-se, no entanto, a escala redutora já que privilegia os procedimentos técnicos e não contempla a visão holística e contínua que os cuidados de enfermagem devem oferecer à pessoa e seus elementos significativos. Esta opinião vai ao encontro do referenciado por Ascensão (2010) que afirma que a TISS 28 reflete pouco os cuidados de enfermagem que são prestados para satisfazer as necessidades dos utentes já que as suas necessidades são inconstantes e a carga de trabalho não se relaciona apenas com o índice de gravidade do mesmo. Também Macedo (2017) confirma que a TISS 28 apenas reflete cerca de 43,3% da carga de trabalho do enfermeiro em UCI, em comparação, por exemplo, com a *Nurse Activities Score* que pontua cerca de 80% de intervenções terapêuticas.

Um dos aspetos positivos a salientar na equipa de enfermagem do SMI é que aumentou exponencialmente o número de EEEMCPSC nos últimos três anos, de seis para 21. Desta forma, pode dar cumprimento ao recomendado pela OE (2019b), pois contém mais de 50% de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica na equipa. No mesmo documento, aconselha-se a ter um enfermeiro especialista por turno, preferencialmente EEEMCPSC. No SMI esse seria um aspeto prático a otimizar porque nem sempre isso se verificou, apesar do número de EEEMCPSC na equipa é suficiente para realizar essa distribuição na escala. Foi verificado também que, consoante a taxa de ocupação do serviço (inferior a 70%) e dependendo da gravidade clínica dos utentes, pode ser alocado um enfermeiro a outro serviço da instituição que se encontre a necessitar de apoio nos cuidados de enfermagem. Esta é uma gestão feita pela direção de enfermagem da instituição e a gestora de enfermagem do SMI. Durante o EC, verificou-se esta realidade algumas vezes, mas também se confirmou que, durante o turno, em caso de admissões de utentes ao SMI,

instabilidade hemodinâmica de algum utente internado ou realização de procedimentos invasivos de alto risco e morosos, a coordenação/gestora do turno contactava o serviço recetor para enviarem novamente o colega ao serviço de origem com o intuito de manter a qualidade e segurança no cuidado à PSC no SMI.

No concernente ao módulo opcional de EC, nas Unidades de Diálise, o número de enfermeiros por posto de diálise deve ser ajustado à realidade de cada organização (OE, 2019b). Tanto a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (citada por Melo, Dias & Vilares, 2016) como a OE (2019b) referem que a realização da técnica de HD deve ser assegurada por uma dotação mínima de dois enfermeiros qualificados, recomendando-se a relação de quatro utentes para um enfermeiro (4:1), não devendo exceder a relação de cinco utentes para um enfermeiro (5:1). Efetivamente, na unidade de HD onde foi realizado o terceiro módulo de EC, verificou-se este cumprimento na razão de 4:1 ou no máximo de 5:1 se analisarmos a dotação por sala de tratamentos em separado. No entanto, nas salas com capacidade para cinco, quatro ou dois utentes, apenas fica um enfermeiro alocado, não cumprindo o mínimo de dois enfermeiros por turno, importante em situações imprevistas de instabilidade hemodinâmica do utente ou substituição do profissional em momentos de pausa. Estes aspetos conseguem ser salvaguardados pela entreatajuda e substituição ocasional entre as equipas das diferentes salas, tendo-se verificado a importância do trabalho colaborativo entre enfermeiros.

No âmbito da gestão dos cuidados na unidade de HD, existiu a preocupação em conhecer o circuito de entrada do utente desde o seu diagnóstico até à sua integração num centro de diálise. Um utente com DRC em estadio cinco ou terminal é referenciado para HD através das consultas de especialidade de nefrologia dos hospitais do serviço nacional de saúde onde são acompanhados. Esta informação é transmitida ao Agrupamento de Centros de Saúde onde o utente se encontra inscrito que, por sua vez, comunica à Administração Regional de Saúde (ARS) respetiva, de que o mesmo necessitará de HD. Por conseguinte, a ARS analisa as instituições que realizam terapêutica hemodialítica intermitente na área de residência do utente e envia pedido de admissão para o centro de diálise escolhido. . No fim de selecionada a clínica e realizada a admissão do utente, toda a gestão burocrática do seu processo (informações clínicas, tratamentos, ausências, pedidos de transporte, entre outros) é realizada através da plataforma informática de Gestão Integrada da Doença (GID). Esta plataforma possibilita a análise da atividade executada na área da hemodiálise quer pelos prestadores do setor privado quer pelos estabelecimentos e serviços integrados no SNS (Nolasco et al., 2017). Portugal foi o primeiro país do mundo a conceber e implementar um programa de gestão de utentes com DRC (Coelho, Diniz & Hartz, 2014).

No dia da admissão do utente na unidade, o enfermeiro gestor e a enfermeira de apoio à gestão, juntamente com o diretor clínico, se estiver presente, reúnem-se com o utente e respetivo cuidador/familiar para breve explicação do funcionamento da clínica, da DRC, da HD e questões associadas. No contexto de EC, foi possível, participar numa admissão de um utente de 82 anos, independente, no seu primeiro dia de tratamento hemodialítico. Por questões pessoais, o filho do utente não pôde comparecer, mas reuniu telefonicamente, momentos antes da consulta, com o enfermeiro gestor. Foi entregue ao utente um "Manual para Doentes em Diálise", criado pela unidade para o dia de admissão. Após este encontro de cerca de 30 minutos antes do tratamento iniciar, foi perceptível a diminuição da ansiedade do utente face ao desconhecido e de aceitação neste seu processo de transição saúde-doença, através do relaxamento muscular facial, o encosto na cadeira, sorriso e agradecimento verbal. Constatou-se que, este primeiro contacto do enfermeiro com o utente com DRC a iniciar HD, pode tornar-se um elemento facilitador da sua adesão ao tratamento e cumprimento do regime terapêutico.

Para além das atividades anteriores, o enfermeiro gestor e a enfermeira de apoio à gestão gerem a prestação de cuidados dos utentes através da GID, realizam os horários e escalas de trabalho, distribuem os utentes pelas salas de tratamento e respetivas unidades individualizadas, organizam alterações de turno pedidas pelos utentes, gerem o seu transporte, com apoio administrativo, monitorizam os acessos vasculares dos utentes e apoiam os enfermeiros das diferentes salas de tratamento com visitas regulares.

Findando a abordagem desta competência, foi interessante saber que a HD é financiada pela modalidade de preço compreensivo, em que a instituição recebe do sistema nacional de saúde 455,99 euros por utente semanalmente, independentemente dos gastos efetivos. Este valor assegura não só os tratamentos dialíticos do utente, mas também sessões extras de HD, fornecimento de medicação, transfusões de sangue e derivados, transporte do utente, exames complementares de diagnóstico, análises laboratoriais, despesas com os acessos vasculares e o lanche fornecido durante a sessão de HD (Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde, 2020). Aspeto importante a ter em conta na gestão de recursos materiais, que deve estar sempre presente na conduta profissional do enfermeiro especialista para a sustentabilidade do próprio Sistema Nacional de Saúde.

#### **2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Pessoais**

O enfermeiro especialista deve desenvolver o autoconhecimento, reconhecendo quais os fatores internos e externos que interferem no estabelecimento de relações terapêuticas e profissionais, em contexto singular, profissional e organizacional (OE, 2019a). A reflexão e a

introspeção dos acontecimentos de vida pessoal e profissional estão sempre presentes na conduta intrínseca. É importante recriar mentalmente episódios vividos para extrair conclusões acerca dos aspetos a melhorar e a manter na conduta pessoal e profissional.

A realização de EC em serviços tão diferenciados e desafiantes como os referenciados anteriormente, foram catalisadores de ansiedade, potenciadores de novas aprendizagens, e estimulantes, pela saída da zona de conforto. Ainda assim, todas as esferas da vida do profissional se interligam e modelam os seus comportamentos e o autoconhecimento pode transpor-se na relação terapêutica que o enfermeiro cria com a pessoa que cuida. Também Rasheed (2015) considera que o autoconhecimento do enfermeiro é uma importante ferramenta na criação da relação terapêutica, assim como na consecução do sucesso pessoal do profissional.

A consciência das fragilidades pessoais e a parca experiência, quer em ambiente de urgência, cuidados intensivos ou unidade de hemodiálise, aguçou a curiosidade sobre determinadas patologias, regimes de tratamentos e cuidados especializados ao utente. Desta forma, a procura de conhecimentos científicos em momentos de dúvidas e revisão de aspetos pouco trabalhados e necessários a um bom desempenho na prática clínica foi prática comum. Recorreu-se a conteúdos programáticos lecionados na unidade curricular de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, como aspetos farmacológicos, trauma, suporte avançado de vida e de Processos Complexos. No primeiro módulo, o foco principal foi o cuidado ao utente com patologia respiratória ou cardíaca. No SMI, intensificou-se o estudo na área da VMI e das TSR. No terceiro módulo, o Manual de Hemodiálise para Enfermeiros, da Fresenius Medical Care (2011) foi um grande suporte, alicerçado pelos protocolos internos da instituição, essencialmente relativos à fisiopatologia da DRC e acessos vasculares em HD. As pesquisas em bases de dados científicas e a execução de trabalhos realizados durante os módulos, com reflexão-crítica sobre as aprendizagens desenvolvidas foram atividades facilitadoras ao desenvolvimento desta competência, nomeadamente ao nível da unidade de competência relativa à identificação das lacunas do conhecimento e consequente oportunidade de investigação para suportar a prática clínica em evidência científica (OE, 2019a).

Ainda assim, existiu dificuldade no manuseio das máquinas das TSR, gerando alguns sentimentos de ansiedade sempre que existiam utentes a realizarem esta terapia. Outro momento gerador de ansiedade foi na receção de um utente positivo para a COVID-19 no SMI e posterior preparação para colocação de cateter venoso central (CVC) e intubação orotraqueal prévia à VMI. Talvez por não serem procedimentos usuais e por o utente em questão ser um colega de profissão e de curso. Esta situação foi geradora de emoções

muito intensas, o que exigiu a necessidade de mobilizar recursos internos de autogestão emocional que foram excelentes aliados naquele momento específico. Foi importante a consciencialização de que o colega/utente, apesar de ter uma relação próxima, necessitava dos melhores cuidados especializados naquele momento e, assim, todos os esforços foram nesse sentido. Foram-lhe explicados todos os procedimentos, enquanto ainda estava consciente e, talvez por esta situação em particular, o toque terapêutico, manteve-se durante a realização dos mesmos o que se avaliou como uma ferramenta ótima, para assistir e acalmar o utente naquele momento. Por todos os aspetos anteriormente descritos, esta foi uma das experiências mais marcantes, desafiantes e instrutivas destes EC.

As experiências de aprendizagem nos EC são entendidas como muito importante e este facto foi possível pela facilitação proporcionada na integração aos mesmos, principalmente no segundo e terceiro módulos. Ainda que os primeiros turnos sejam de descoberta e receios, a evolução positiva na prestação de cuidados especializados deveu-se em muito à postura de estudante recetiva a novas aprendizagens, proporcionadas pelos enfermeiros orientadores dos diferentes módulos que, notoriamente, depositaram a sua confiança, no trabalho da estudante ao longo das semanas. Todos eles tinham muito presente as orientações académicas e profissionais da especialidade de enfermagem à PSC, orientando sempre a prática nesse registo e dando relevo ao olhar do enfermeiro especialista sobre os cuidados prestados *in loco*: a observação da pessoa e previsibilidade de instabilidade hemodinâmica, recolha de dados qualitativos e quantitativos sobre o historial de saúde/doença e registos dos mesmos, priorização dos cuidados e encaminhamento de determinadas situações são alguns exemplos. Estas orientações são concordantes com o Decreto-Lei nº71/2019, de 27 de maio, da Presidência do Conselho de Ministros (2019), que designa que o enfermeiro especialista desenvolve competências próprias inerentes à sua área de especialização, competindo-lhe coordenar a supervisão clínica de estudantes de enfermagem e enfermeiros especialistas na sua área de especialidade e coordenar e supervisionar enfermeiros especialistas em contexto de integração profissional.

Na díade supervisorado-supervisor, definiram-se as diferentes fases do processo supervisorio: a *fase inicial* de conhecimento pessoal de todos os intervenientes deste processo, dos serviços e dinâmicas com alguma dependência relativamente aos cuidados; a fase de experimentação, onde foram executadas pela primeira vez determinadas técnicas, como o apoio na intubação orotraqueal, cateterismo venoso central, e a canulação da FAV, tudo com supervisão do enfermeiro especialista orientador; a *fase de autonomia*, onde foi visível a independência adquirida nas práticas, com desenvolvimento crescente de competências individuais especializadas e distanciamento crítico e analítico para, então, atingir a sensação

de dever cumprido na *fase final* do processo de supervisão, tal como menciona Soares (2008).

Na vertente teórico-prática, acrescenta-se a realização de uma análise crítica de caso clínico recorrendo à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem nos três módulos de EC. No primeiro módulo, abordou-se o tema do Transporte do Doente Crítico, incidindo na preparação da PSC para o transporte inter-hospitalar. No segundo módulo, analisaram-se os cuidados oculares à PSC na prevenção de lesão ocular (Apêndice I), motivado pelo cuidado a um utente com infeção respiratória por *Pseudomonas Aeruginosa*, e posterior contaminação ocular com o mesmo microrganismo. No terceiro módulo, a temática da prevenção e controlo de infeção relacionada com o acesso vascular em hemodiálise foi a escolhida, com uma vertente direcionada à equipa de enfermagem e outra ao próprio utente e o seu autocuidado.

No contexto do SMI, elaborou-se, juntamente com três colegas do curso, um poster informativo direcionado às visitas dos utentes internados no serviço, acerca dos cuidados que devem ter durante a visita hospitalar, proposto por nós e validado pela gestora de enfermagem (Apêndice II).

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

A PSC tem a sua vida ameaçada por falência ou eminência de falência de funções vitais e os cuidados de enfermagem associados devem ser altamente qualificados para permitir a manutenção dessas funções, prevenindo complicações e limitando incapacidades com o intuito da sua recuperação total. Por sua vez, os cuidados de enfermagem prestados à mesma, família e/ou cuidador exigem observação, colheita e procura sistematizada de dados que informem continuamente a situação clínica da pessoa, família/cuidador de forma a prever e detetar precocemente complicações e assegurar uma intervenção precisa e eficiente em tempo útil (OE, 2018).

Face ao exposto, foram definidas três competências específicas do EEEMCPSC no Regulamento nº429/2018, de 16 de junho: "Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção a ação; Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face a complexidade da situação e a necessidade de respostas em tempo útil e adequadas" (OE, 2018. p. 19359). Os próximos subcapítulos refletem acerca das práticas vivenciadas e a aquisição das referidas competências.

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

Dos três grupos de competências do EEEMCPSC, esta é, de facto, a mais específica da área, a que distingue a especialidade das outras existentes na profissão. Para suprir as necessidades complexas da condição de saúde da PSC e/ou falência orgânica e da sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista deve abarcar um conjunto de conhecimentos e habilidades, quer na vertente biológica e instabilidade hemodinâmica, quer na gestão de prioridades, antecipação de eventos adversos, gestão da dor e da comunicação com a pessoa e elos sociais (OE, 2018). Os cuidados à pessoa em situação crítica desenvolvem-se em contextos complexos, a um ritmo acelerado e em constante evolução. Prestar cuidados de enfermagem de alta qualidade e com ganhos em saúde para a pessoa, neste contexto, torna-se um desafio (Sutton & Jarden, 2016).

Embora tenham sido realizados turnos em todas as áreas do SUG, foi na SE o local onde o contacto com a PSC foi mais direto e ativo. Foram presenciadas e trabalhadas na SE situações diversas como: ativação de VVAVC, politraumatismos, intoxicações medicamentosas voluntárias, status pós-convulsão com comprometimento de via aérea, enfarte agudo do miocárdio com e sem supra elevação de ST, manutenção de dador de órgãos em morte cerebral até à transferência para o SMI, disritmias periparagem, procedimentos invasivos realizados na SE pela sua especificidade (paracentese, colocação de dreno torácico, punção lombar), preparação da PSC para transferência intra ou inter-hospitalar. Além disso, foi possível presenciar e apoiar juntamente com a enfermeira orientadora, a realização de uma cardioversão elétrica na SE. Procedimento interessante do ponto de vista de experiência de aprendizagem académica e profissional, mas também de reflexão. Naquela situação específica, percebeu-se que se tratava de uma situação programada, contradizendo a própria definição de SE, quando esta é uma área essencial para a correta abordagem ao atendimento do utente emergente, grave e crítico (ACSS, 2019).

Para analisar e refletir sobre a aquisição desta competência no SUG, optou-se por expor inicialmente um caso clínico vivenciado em EC na SE que abarcou praticamente todos os domínios de atuação do EEEMCPSC.

O utente A, de 36 anos, vítima de acidente de viação, politraumatizado, encontrava-se há pouco tempo na SE quando iniciei turno. A prestação de cuidados nesta situação foi realizada de forma individual, fundamentada por uma avaliação inicial rápida baseada essencialmente em evidências fisiológicas e queixas do utente. Smith & Bowden (2017) atestam que o reconhecimento e intervenção precoce em utentes que deterioram o seu

estado, diminui o risco de internamento em cuidados intensivos, assim como de mortalidade e morbidade. Para isso, a abordagem inicial através da mnemónica *Airways, Breathing, Circulation, Disability, Exposure* (ABCDE), tal como foi realizado a este utente, revela-se de extrema importância e aplicável a todas as vítimas com quadro crítico. Rodrigues, Santana & Galvão (2017) afirmam que, num cenário agudo, este procedimento ajuda a economizar tempo e melhora o desempenho da equipa já que auxilia os profissionais de saúde a focarem-se nos problemas clínicos com maior risco de vida, identificando lesões potencialmente fatais no indivíduo. Os mesmos autores concluem que, ao nível da vítima de politrauma, a causa de mortalidade mais rápida é a obstrução da via aérea, seguida de distúrbios na ventilação e hemorragia. No caso clínico descrito, a via aérea estava desobstruída (A), ventilação assegurada com aporte de oxigénio suplementar por cânula nasal a baixo fluxo para saturações na ordem dos 95-97% (B), encontrando-se a sua maior gravidade relacionada com a circulação (C). A vítima encontrava-se com sinais de choque hipovolémico, pálido, sudorético, hipotenso, taquicárdico. Da avaliação neurológica resultou um valor da Escala de Glasgow de 14 (D) e na exposição do utente (E) observaram-se sinais de múltiplas fraturas (abertas e fechadas) dos membros superiores e inferiores e, conseqüente hemorragia. Foi desenvolvida uma participação ativa na estabilização hemodinâmica do utente para prevenção de possíveis complicações aquando da transferência inter-hospitalar já decidida previamente pela equipa médica. A avaliação inicial da pessoa a transportar realizada de forma correta permite a antecipação de problemas como a preparação de terapêutica e equipamentos adequados ao transporte. A estabilização hemodinâmica da PSC é crucial para a redução da morbidade e mortalidade nestas situações (OM & SPCI, 2008). Foi-lhe administrada fluidoterapia com cristaloides, concentrado de eritrócitos e plasma para o tratamento da reposição volémica, procedimento corroborado também por Rodrigues et al (2017) e Will, Farias & Jesus (2020). O início do transporte foi moroso dada a não concordância das equipas médicas no que ao acompanhamento do utente dizia respeito. Aquando da realização de transportes secundários, a instituição contempla o preenchimento de uma *check-list* que consta no documento da OM e SPCI (2008). Após discussão das partes envolvidas, ficou decidido o acompanhamento do utente exclusivo pelo enfermeiro. Nesta experiência, emergiram alguns aspetos que mereceram reflexão e tomadas de decisão fundamentadas, uma vez que segundo a *check-list* mencionada e as recomendações de boas práticas, existindo sinais de hipovolemia, a necessidade de administração de hemoderivados, prévios ao transporte e administração de analgésicos opiáceos, recomendava um outro tipo de acompanhamento.

O utente manteve-se sempre orientado, colaborante, mas muito queixoso. A avaliação da dor na PSC e seu tratamento é fundamental: o controlo da dor pode levar à diminuição do

risco de complicações e aumento do conforto e bem-estar do utente (Teixeira & Durão, 2016). Dado o estado de consciência do utente, o instrumento de avaliação utilizado foi a escala qualitativa, solicitando-se ao mesmo que classificasse a intensidade da sua dor (DGS, 2003). A dor foi inúmeras vezes considerada pelo próprio como "dor máxima", sendo realizado o registo da avaliação e procedendo-se à gestão do protocolo terapêutico prescrito com analgésicos opióides. Além do apelo do utente por analgesia, era visualmente perceptível o seu desconforto através de alguns movimentos do corpo, expressão facial ou gemido. Houve, então, também necessidade de intervir através de medidas não-farmacológicas, porque não só a dor como o desconforto do utente eram necessidades não satisfeitas. A alteração do posicionamento (por mínimo que fosse, dado o trauma), a oferta de compressas embebidas em água para humidificar a boca, tão solicitado pelo próprio, conseguia não só distraí-lo da sua posição vulnerável, como dar-lhe uma sensação mais confortável num ambiente desconhecido. Desta forma, foi possível trabalhar o padrão de qualidade do bem-estar (CEEMC, 2017) e a unidade de competência da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC, otimizando as respostas com medidas farmacológicas e demonstrando conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor (OE, 2018). Transpondo-me à Teoria do Conforto de Kolcaba, o conforto é compreendido como uma experiência imediata e holística que é fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto - alívio, tranquilidade e transcendência, nos quatro contextos da experiência - físico, psicoespiritual, social e ambiental (Kolcaba, 1991, 2003). Nesta situação em particular, foi possível a intervenção na necessidade do alívio nos quatro contextos. No contexto físico, aquando dos cuidados de saúde imediatos prestados para estabilização hemodinâmica; no contexto sociocultural, quando a equipa multidisciplinar permitiu a presença momentânea da esposa e foi notória a pacificidade da comunicação entre ambos e o efeito tranquilizador no fâcies do utente, conjugando também, com a intervenção no contexto psicoespiritual, relevando sempre o utente e a sua consciência de si e da situação em que se encontrava; e no contexto ambiental, adequando o espaço da SE à situação já que foi possível criar um espaço individualizado numa das extremidades da sala, com adaptação da luminosidade e gestão de ruídos externos. O conforto do outro, verbalizado ou percebido, é um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem da PSC com dor. Ainda assim, Kolcaba (2003) enaltece o facto de os enfermeiros oferecerem cuidados reconfortantes de forma intuitiva, não havendo sempre registo documentado da sua intervenção como cuidado de conforto nem o reconhecimento de que os cuidados de enfermagem podem ser intervenções reconfortantes.

A utilização de um referencial teórico no delineamento de um plano de cuidados de enfermagem é preponderante. Também no módulo de cuidados intensivos um dos referenciais trabalhados foi a Teoria do Conforto de Kolcaba. A experiência de um internamento em cuidados intensivos é repleta de sentimentos de insegurança, dor, sofrimento e ansiedade que provocam desconforto à PSC (Faria, Pontífice-Sousa & Gomes, 2018). O processo de conforto junto da pessoa é feito a partir da interação entre o profissional, o contexto e a vontade de ele acontecer. A evidência científica revela que as medidas de conforto mais implementadas em cuidados intensivos visam o alívio e a tranquilidade no contexto físico e psicoespiritual e as estratégias para o atingir são a gestão da analgesia/sedação, a realização de exercícios passivos e a comunicação da informação para a humanização dos cuidados (Faria et al., 2018).

A dor está quase sempre presente na PSC e os motivos prendem-se com a gravidade do estado clínico e com os procedimentos invasivos e não invasivos a que se encontra sujeita na sua estabilização hemodinâmica e tratamento.

A dificuldade ou incapacidade de comunicação verbal do utente é outro obstáculo à avaliação da dor para os profissionais de saúde (Li, Puntillo & Miaskowski, 2008; Pudas-Tähkä, Axelin & Aantaa, 2009). Considerada como o quinto sinal vital (DGS, 2003), a dor foi adquirindo maior relevância e formalidade nos padrões de documentação de cuidados. O enfermeiro é o profissional privilegiado pela proximidade e tempo de contacto com o utente para promover e intervir no controlo da dor, sendo seu dever como profissional e um direito de qualquer pessoa nos serviços de saúde (OE, 2008). Face ao exposto, foi crucial a gestão da dor na PSC também durante o segundo módulo no SMI, com o intuito de promover o conforto da pessoa e a efetividade dos cuidados de enfermagem prestados.

O sucesso para a gestão da dor na PSC implica avaliar, intervir e reavaliar após cada intervenção implementada, tendo por base indicadores como o diâmetro pupilar, a expressão facial, a desadaptação ventilatória, agitação e movimentos corporais. A BPS é das escalas mais utilizadas e fiáveis para avaliação da dor nos utentes de cuidados intensivos (Teixeira & Durão, 2016), corroborando as recomendações da SPCI (2010). No Plano Nacional para Avaliação da Dor, da SPCI (2010), é aconselhado o uso da Escala Numérica (EN) para avaliar a dor em utentes que comunicam e o uso da BPS em utentes que não comunicam, que se encontram sedados e/ou ventilados, através da observação de comportamentos, de forma subjetiva. De facto, o serviço onde foi realizado o módulo na vertente de cuidados intensivos segue as orientações da SPCI, com avaliação da dor através da BPS ou EN a cada quatro horas ou sempre que necessário e registo próprio em B-ICU-CARE®. É notória a preocupação da equipa para a avaliação deste indicador e a

implementação de medidas para o seu controlo, desde a gestão da sedoanalgesia prescrita a medidas não farmacológicas, como o posicionamento, as mobilizações passivas ou a massagem terapêutica. Ainda assim, verifica-se que nem todos os utentes impossibilitados de comunicar estão ventilados ou incapacitados de se autoavaliarem, critérios de recomendação da utilização da BPS (Batalha, Figueiredo & Marques, 2013). Por isso, a escala *Critical Care Pain Observation Tool*, que também foi considerada uma das escalas mais adequadas para avaliação da dor na PSC, com aplicação em utentes ventilados e não ventilados (Pinheiro & Marques, 2019) pode ser uma opção interessante nos serviços, embora não fosse aplicada formalmente neste serviço.

Nas situações de utentes sob efeito de medicação curarizante, além de ser avaliada a dor através da BPS, também era realizada a avaliação dos parâmetros do índice bispectral (BIS). O BIS avalia a atividade cerebral e permite a monitorização dos efeitos dos anestésicos relacionados com a profundidade da anestesia (Queiroz, Arantes & Fonseca, 2011). Além disso, as agulhas de eletromiografia presentes no sensor que se coloca na região frontal, detetam movimentos da musculatura facial associados à dor, como o franzir das sobrancelhas (Kishner, 2018). Os valores ideais situam-se entre os 40-60 – hipnose profunda e hipnose intermédia. Foi possível assistir a uma situação de um utente com valores de BIS acima de 60, com reatividade do mesmo, o que levou os enfermeiros a alertarem à equipa médica, e assim poderem ser corrigidos os ritmos de administração de sedoanalgesia e curarização com efeitos na redução do valor do índice bispectral e observação de fácies relaxado.

Ainda nesta vertente, da gestão farmacológica sedativa e analgésica, foi utilizada para todos os utentes sedados, a *Richmond Agitation-Sedation Scale*. Mediante o valor atribuído, com a avaliação desta escala, era feita a gestão da medicação sedoanalgésica pelos médicos do serviço.

No período de EC, existiu a oportunidade de presenciar vários desmames ventilatórios com prévia redução da dosagem sedoanalgésica. A sedoanalgesia permite a adaptação à VMI ainda que seja associada a efeitos adversos que resultam em prolongamento do suporte ventilatório e consequente aumento do tempo de internamento (Bugedo, Tobar & Aguierre, 2013). Constatou-se que, neste processo de redução de sedação do utente, o SMI tinha adquirido recentemente o fármaco *Dexdor*<sup>®</sup>, substância ativa dexmedetomidina, do grupo dos ansiolíticos, sedativos e analgésicos. Em ambiente de cuidados intensivos, o *Dexdor*<sup>®</sup> é utilizado para atingir o nível desejado de sedação, ajudando a acalmar os utentes ou mantê-los sonolentos pela redução de atividade do sistema nervoso simpático (Agência Europeia do Medicamento, 2018). Vários estudos identificam o benefício deste na redução do stress

pós-traumático ao utente submetido a anestesia e a crises de delírio (Rao, Zeng & Yang, 2020; Manning, Bezzo & Hobson, 2020). Foi perceptível que toda a equipa, médica e de enfermagem, ainda apresentava pouca experiência na administração e titulação do *Dexdor*<sup>®</sup>, mas que, em pouco tempo, conseguiram resultados positivos na diminuição da agitação psicomotora e crises de delírio do utente em processo de desmame farmacológico e ventilatório. Nesta vertente, compreendeu-se a importância da existência de um protocolo interno para a gestão de sedativos, analgésicos e ajustes dos ritmos de perfusão, para promover a autonomia do enfermeiro e potenciar os cuidados à PSC, como também sugere Bugedo et al. (2013).

Na sequência da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC, dando relevo agora ao módulo opcional de prática clínica, foca-se a prevalência elevada da dor na pessoa com DRC submetida a HD. A causa mais frequente era a musculoesquelética e a relacionada ao procedimento de HD, com principais localizações nos membros e no local da punção (Sousa et al, 2019). Desde o primeiro dia de EC que o fáciis de dor que a maioria dos utentes apresentava no momento da punção vascular, se constituiu como uma preocupação a melhorar na prestação de cuidados desenvolvidos no contexto da prática clínica. A punção da FAV ou prótese arteriovenosa é um momento gerador de grande ansiedade para o utente com DRC em HD, uma vez que sabe que são usadas agulhas de grande calibre e que a técnica de punção é dolorosa, mas imprescindível à realização do tratamento (Ball, 2005). Nesses primeiros dias em que era realizada a observação do enfermeiro na técnica de canulação, foi utilizado o toque e a distração comunicativa como medidas não farmacológicas, como também indica Ball (2005). Por esta razão, o sentimento de responsabilidade no controlo da dor na técnica de punção aumentou, sempre, que esta foi executada. Alguns utentes já traziam previamente aplicado um anestésico local do domicílio, sugerido também por Anjos & Oselame (2013), para uma canulação mais confortável. Esta medida não é praticada pela instituição, mas apenas sugerida aos utentes caso queiram adquirir o anestésico local já que apresenta custos elevados e é aconselhada a sua aplicação cerca de 90 minutos antes da sessão de HD (Batalha & Correia, 2018). Aos restantes utentes, cumpriu-se com as orientações mais eficazes para controlo da dor no momento da punção: a tração da pele no sentido oposto à inserção da agulha, comprimindo as terminações nervosas momentaneamente e a punção com o bisel voltado para baixo, que tem um efeito positivo na redução da dor pois produz um corte transversal menor (Ball, 2005; Montero, Arellano & Abad, 2012).

No que diz respeito à componente técnica e prática dos cuidados de enfermagem à PSC em cuidados intensivos, houve ainda oportunidade de participar na admissão de utentes ao

serviço, com conseqüente gestão das prioridades interventivas na estabilização hemodinâmica e colocação de dispositivos de monitorização invasiva (ex. apoio clínico na intubação orotraqueal, na colocação da linha arterial e CVC); cuidar do utente em suporte ventilatório mecânico invasivo e não invasivo e administração de oxigenoterapia por alto fluxo; realizar aspiração de secreções no utente ventilado, através de circuito aberto e fechado; posicionar o utente em decúbito ventral por indicações específicas da condição clínica; cuidar do utente com necessidade de hemodiafiltração veno-venosa contínua, apoiar a equipa médica na realização de traqueostomia percutânea, preparar e administrar alimentação entérica; realizar, avaliar e corrigir desajustes, perante valores gasimétricos alterados, por exemplo, valor de caliémia ou glicemia no caso do utente com perfusão contínua de insulina endovenosa.

De todos os procedimentos técnicos executados, salientam-se dois deles, onde se considera que o enfermeiro tem uma intervenção de extrema importância como é o caso da aspiração de secreções e o posicionamento do utente. A aspiração traqueal é um procedimento muito frequente e necessário para manter a permeabilidades das vias aéreas em utentes submetidos a VMI. As boas práticas para a aspiração de vias aéreas estão relacionadas com a avaliação que o enfermeiro faz ao utente para identificar a necessidade de realizar o procedimento, monitorizar complicações durante e após o procedimento e garantir o melhor resultado clínico (Busanello, Härter & Bittencourt, 2021). Os sinais de presença de secreções são, entre outros, ver, ouvir ou sentir secreções no tubo orotraqueal, aumento da pressão de pico, diminuição de volume corrente, padrão serrilhado nas curvas de fluxo e volume mostradas no ventilador. Face ao descrito anteriormente, a boa prática menciona a aspiração de secreções apenas quando existe presença de secreções e não rotineiramente (American Association of Respiratory Care, 2010). No SMI, o circuito de aspiração fechado é colocado em utentes positivos à COVID-19 e em utentes com insuficiência respiratória grave com necessidade de grandes volumes pulmonares e níveis de pressão expiratória final positiva também altos (usualmente, acima de oito). Esta prática vai ao encontro do mencionado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2020) e pela OMS (2020). Pagotto, Oliveira & Araújo (2008) defendem que a aspiração de secreções em circuito fechado traz vantagens ao não diminuir os volumes pulmonares e não acarretar reduções de saturações de oxigénio. No entanto, os mesmos autores também constataram que este tipo de sistema parece aumentar o risco de colonização e o procedimento é realizado mais vezes pela facilidade de acesso e baixa eficácia. Na verdade, comparando com as situações vivenciadas em EC e os relatos dos enfermeiros da equipa, o circuito fechado, embora prático, nem sempre é eficaz na aspiração de secreções espessas, por exemplo, aumentando o número de aspirações ao

utente e os riscos de infeção e trauma associados ao procedimento. Ainda assim, e no que diz respeito a consequências para o utente, nomeadamente incidência de pneumonia associada à intubação e taxa de mortalidade, não há diferença significativa entre a utilização de sistemas de aspiração endotraqueal abertos ou fechados (Aryani & Tanner, 2018).

Relativamente ao posicionamento do utente, o decúbito ventral é uma técnica coadjuvante à ventilação mecânica protetora em utentes com síndrome de dificuldade respiratória aguda. Nos últimos anos, foi um tema muito abordado na área da saúde pelos benefícios apresentados em utentes com COVID-19 que, inclusivamente podem realizar este procedimento conscientemente. Enquanto que em decúbito dorsal os pulmões são comprimidos pelo coração e pelos órgãos abdominais, no decúbito ventral, as áreas pulmonares comprimidas são menores, o que facilita o processo de hematose pulmonar e consequente difusão de oxigénio nos tecidos, além de auxiliar na drenagem de secreções através da boca pela posição estratégica (Hadaya & Benharash, 2020). Um dos critérios mais importantes para a equipa médica decidir o posicionamento ventral é a relação  $PaO_2/FiO_2$  ser inferior a 150mmHg (Mitchell & Seckel, 2018) e o período mínimo do posicionamento não deve ser inferior a 12-16 horas. O procedimento deve ser feito por equipas treinadas, com número suficiente de profissionais para diminuir o risco de complicações, como a extubação acidental ou instabilidade hemodinâmica (Hadaya & Benharash, 2020; SPCI, 2020). Em âmbito de prática clínica no SMI, existiu oportunidade de realizar a alternância de decúbitos ventral-dorsal e dorsal-ventral por diversas vezes. Comprovou-se o que refere a evidência científica no que toca à decisão médica de pronar o utente em situações de hipoperfusão de oxigénio tecidual e a clara melhoria dos valores gasimétricos apenas umas horas após a alteração de posicionamento. Neste serviço, são cinco elementos presentes durante o procedimento, o quinto elemento, preferencialmente, médico à cabeceira do utente para proteção da via aérea. Embora sujeito a passos rigorosos, a equipa do SMI já está treinada para a complexidade do procedimento pelas diversas experiências dos últimos meses. Por isso, pessoalmente, foi um procedimento relativamente fácil e motivador de apreender e que, de certa forma, otimizou o aperfeiçoamento desta competência.

Outro aspeto importante neste domínio do cuidar da PSC é a comunicação com o utente e família ou cuidadores. Se, por um lado é uma área de interesse pessoal, por outro lado, tornou-se um desafio num serviço repleto de dispositivos, equipamentos e utentes que, dada a condição clínica, apresentam dificuldades no processo comunicacional. A comunicação verbal por parte da PSC num serviço de cuidados intensivos está condicionada, principalmente, pela presença do tubo orotraqueal (TOT) no utente ventilado e da

farmacologia sedoanalgésica. Inclusivamente, o próprio utente sente-se impotente, assustado e angustiado pela situação em que se encontra, podendo sentir-se incompreendido nesta dimensão (Martinho & Rodrigues, 2016). Independentemente da obtenção de resposta verbal por parte do utente, a atitude foi sempre a de explicar os procedimentos que realizava e tentar localizar a pessoa, quanto ao tempo e espaço naquele momento. Com o utente desperto, foram adotadas estratégias de comunicação não-verbal que potenciavam a relação de ajuda, como o toque, a mímica, o piscar de olhos ou o aperto de mão já que "a comunicação não-verbal é uma troca sem palavras e (...) de maneira intencional ou não intencional, portadora de sentido" (Phaneuf, 2005, p.68). Não existem cuidados de enfermagem sem interação, seja ela de que tipo for. Mas foi vivenciada alguma frustração pessoal quando não foi perceptível o que o utente queria verbalizar, principalmente, se ainda tinha presente o TOT. Em algumas situações, a perceção da intenção do utente foi lenta e, uma ou outra vez, foi necessário o apoio dos colegas. Abandonar sem dar resposta nunca fez sentido, daí esgotar sempre todas as hipóteses para atingir o sucesso comunicacional. Face ao exposto, foi possível trabalhar a unidade de competência relativa ao demonstrar conhecimentos em técnicas de comunicação, perante a PSC, inclusivamente com barreiras à comunicação, como descrito no Regulamento n.º 429 da OE, de 16 de junho de 2018 (OE, 2018).

A oportunidade de poder contactar com as visitas de forma presencial foram também experiências muito enriquecedoras. No SMI as visitas eram permitidas duas vezes por semana, 30 minutos ao final da tarde. Na semana do último turno de EC, a instituição decidiu alargar os dias de visita no SMI, passando a ser realizada diariamente pelo mesmo período de tempo. Neste seguimento, durante a tarde, foi estabelecido contacto com o marido de uma utente que tinha sido admitida nessa manhã. Era a primeira visita que este fazia à sua esposa. Assim que as visitas chegaram à entrada do serviço, cada enfermeiro da equipa dirigiu-se a elas, forneceu-lhe os equipamentos de proteção individual (EPI) protocolados pelo serviço e encaminhou-as ao seu familiar. Enquanto nos dirigíamos para a utente, a enfermeira orientadora explicou ao marido como a iria encontrar e questionou-lhe o que já sabia do seu historial clínico, procedimento muito importante.

A primeira visita ao utente crítico é um momento crucial para os familiares pelo que é fundamental prepará-los para o que irão observar e vivenciar (Oliveira, 2012). O marido manteve sempre uma postura calma e assertiva à informação que lhe era dada, respondeu várias vezes "eu já vi várias pessoas assim". Contudo, quando viu a sua esposa, instalou-se o silêncio, deu-lhe a mão, acariciou-lhe o rosto e não falou por vários minutos. Este silêncio foi respeitado, apesar de nos mantermos presentes dando apoio para o que estes

necessitassem. Depois, foi demonstrada recetividade para dar resposta às questões que eventualmente tivesse. E foi disponibilizado espaço para que pudessem os dois interagir com privacidade. Embora, ao longo dos anos de profissão, tenham sido adquiridas estratégias de controlo emocional, considero que o cuidar do outro desprovido de emoção não existe e a gestão da emoção e da comunicação efetiva entre os vários intervenientes no processo clínico da PSC é uma grande responsabilidade e um grande desafio do EEEMCPSC.

Igualmente no último módulo de prática clínica, o domínio da comunicação foi trabalhado e aperfeiçoado junto de uma população de utentes com as particularidades que a DRC no estadio cinco exige. De acordo com Garcia (2001), os enfermeiros descrevem os utentes com DRC, em estadio cinco, com atitudes muito distintas face à doença. Por um lado, existem utentes que criam relações estreitas de afetos com os profissionais de saúde, com reação positiva à doença, demonstrando gratidão e colaboração com a equipa de enfermagem. Por outro lado, existem utentes que demonstram estar numa situação de crise, insegurança e renitência aos cuidados, demonstrando sentimentos de revolta e agressividade perante a dependência do tratamento dialítico para sobreviver, tornando-se extremamente exigentes. A comunicação terapêutica contribui para a excelência da prática de enfermagem e cria oportunidades de aprendizagem para o utente, despertando sentimentos de confiança na díade enfermeiro-utente que permite experimentar a sensação de segurança e satisfação (Oliveira & Soares, 2014). Após este módulo de EC, compreende-se esta dualidade de sentimentos dos utentes e profissionais, porque foi perceptível a dificuldade de interagir com alguns utentes que esperam resposta imediata à sua necessidade fisiopatológica. Ainda assim, à semelhança de Garcia (2001), foi importante o estabelecimento de uma relação empática para entender com precisão as necessidades internas do utente. Na verdade, a adoção de uma postura disponível e utilização da escuta ativa para com o outro foram cruciais para o estabelecimento de relações terapêuticas eficazes. Não existiu a oportunidade de comunicar com familiares ou cuidadores porque a instituição restringiu a presença dos mesmos ao estritamente necessário, nesta época pandémica. Contudo, reteve-se claramente a perceção da relação próxima que a equipa multidisciplinar mantinha com a pessoa de referência, nomeadamente nos telefonemas que foi possível assistir do enfermeiro gestor a familiares, imbuídos de muita clareza, apoio, ensino e assertividade.

Relativamente ao contexto do terceiro módulo de EC na área da hemodiálise, ao nível europeu, Portugal tem a maior incidência de DRC mas continua a liderar a taxa de transplantação renal na Europa e no Mundo (Nolasco et al., 2017). O utente com DRC,

embora com uma doença crónica, é suscetível de criticidade. A não adesão ao regime terapêutico e as complicações intradialíticas que ocorrem durante as sessões de tratamento podem culminar em focos de instabilidade hemodinâmica graves, para os quais o enfermeiro deve estar preparado para intervir (Araújo & Espírito Santo, 2012). Este foi um fator que potenciou a decisão de realizar o EC opcional nesta área. As intercorrências durante a hemodiálise podem ocorrer tanto por questões relacionadas ao processo de filtração artificial do sangue, como por comorbilidades associadas à própria doença. A equipa de enfermagem é a principal responsável pela dinâmica assistencial do utente durante o tratamento por HD, motivo pelo qual se deve manter munida de conhecimento técnico e científico que lhe facilita o processo de atuação perante as complicações intradialíticas (Sousa et al. 2015). As principais intercorrências durante o tratamento de HD envolvem alterações hemodinâmicas decorrentes do processo de circulação extracorpórea e a remoção de um grande volume de líquidos num espaço de tempo muito curto. A intercorrência mais comum é a hipotensão arterial (20-30% dos tratamentos), as câibras, náuseas e vômitos, cefaleias, dor torácica e dor lombar, prurido, febre e calafrios (menos frequentes) (Gomes & Nascimento, 2018).

Das intercorrências descritas anteriormente, houve oportunidade de prestar cuidados ao utente com hipotensão arterial grave, muitas vezes já antecipada pela equipa de enfermagem pelo historial das sessões de HD anteriores ou pelos sinais que o próprio identificava, como câibras, cefaleias intensas, e prurido. Como intervenções de enfermagem associadas a estas complicações, foi realizada frequentemente a reposição volémica, com a solução dialisante através de bólus protocolados e programados na máquina de tratamento, posicionado o utente em posição de *Trendelenburg* e, em certos casos, reduzida a taxa de ultrafiltração momentaneamente para diminuir a velocidade de remoção de sangue para o circuito extracorporeal. Estas ações são concordantes com o descrito por *Fresenius Medical Care* (2011) e Gomes & Nascimento (2018). Na maioria das vezes, a hipotensão foi revertida através das ações anteriores que eram documentadas no processo informático do utente. Para atenuar a presença das câibras e dor resultante das mesmas, era aplicada uma massagem na região do músculo afetado, em colaboração com o utente, e analisadas as possíveis causas. Numa situação específica, um utente em tratamento de HD positivo à COVID-19, que nunca teve câibras durante os tratamentos anteriores, teve cerca de 30 minutos na fase intermédia do tratamento com presença de câibras nos membros inferiores que lhe causaram fortes dores e desconforto. Após análise do que poderia ter causado esta situação junto da enfermeira orientadora, concluiu-se que o utente tinha sido pesado no início do tratamento com casaco e sapatos calçados, inflacionando o peso a retirar no tratamento, inclusive num período de tempo mais curto (sessão de 3h em utentes positivos à

COVID-19). Foi de imediato corrigido o peso do utente e, conseqüentemente, a taxa de ultrafiltração do sangue com resultados positivos. As câibras são conseqüências do extravasamento acelerado de líquidos e eletrólitos para o espaço extracelular durante a sessão de HD que, habitualmente, cessam no fim da sessão quando é restabelecido o circuito extracorporal ao utente (*Fresenius Medical Care, 2011; Santos et al., 2021*).

Outra situação de cuidados emergentes experienciada foi a remoção acidental da agulha venosa do local da punção numa utente durante a HD. De ressaltar que neste tipo de acidentes, o risco de perda sanguínea é importante, especialmente quando se trata da remoção da agulha venosa, pois com débitos sanguíneos elevados, a pressão venosa é conseqüentemente elevada mesmo quando a agulha não se encontra inserida num vaso (*Fresenius Medical Care, 2011*). É um dos eventos adversos mais perigosos em unidades de HD, pois o utente pode sangrar até à morte em poucos minutos (Sousa et al., 2013). Inesperadamente, a própria máquina de tratamento não alarmou, porque não houve alteração das pressões e a utente acabou por estar um período de tempo desconhecido a retirar sangue para o circuito extracorporal sem retorno. A equipa de enfermagem rapidamente parou a bomba de sangue, interrompendo o tratamento e infundiu soluções salinas pela agulha arterial que a utente ainda tinha presente. Enquanto isso, um elemento fez hemostase no local de punção da agulha venosa e outro elemento canalizou outro acesso para colocação de nova agulha venosa. O objetivo foi voltar a reinfundir todo o sangue que se encontrava no circuito extracorporal o mais rapidamente possível antes de poder coagular no sistema e, desta forma, ainda repor volémia à utente, como descrito pela *Fresenius Medical Care (2011)*. Na Europa, a Associação de Enfermagem de Diálise e a Associação de Assistência Renal elaboraram 12 recomendações práticas para reduzir o risco de desconexão da linha venosa, detetar hemorragia o mais cedo possível, prevenir esse tipo de evento e reduzir os danos (Sousa et al., 2013). Constatou-se, ocasionalmente, não era cumprida a oitava recomendação na unidade de HD: manter sempre visíveis as agulhas e o acesso vascular durante todo o tratamento (Waelleghem, Chamney & Lindley, 2008). Isto porque, a maioria dos utentes, voluntariamente, cobre os membros, referindo ter frio. Após este episódio, foi notória a preocupação da equipa em manter o acesso vascular visível e acessível e a explicação ao utente do motivo. O frio fica atenuado com a manutenção da manta no membro, mas fora do local de punção (por exemplo, se a FAV se encontra no antebraço, tapa-se a mão e o braço).

Neste módulo de EC, um dos referenciais teóricos utilizado para planeamento dos cuidados de enfermagem foi o de Dorothea Orem. Este modelo parte do conceito de autocuidado que tem como finalidade manter, restabelecer ou melhorar a saúde e bem-estar do indivíduo e

engloba todos os cuidados pessoais que os seres humanos necessitam diariamente e que podem ser modificados pela situação de saúde da pessoa ou fatores ambientais, por exemplo (Orem, 2001; Pereira & Veiga, 2014). O modelo conceptual de Orem engloba a teoria do autocuidado, a teoria do défice do autocuidado e a teoria de sistemas de enfermagem, interligadas entre si. A teoria do défice de autocuidado constitui a essência da teoria geral de enfermagem, pois realça quando há necessidade de intervenções de enfermagem nas situações em que a pessoa necessita de incorporar medidas de autocuidado recentemente prescritas e complexas, impostas pelo binómio saúde-doença, cuja realização necessita de conhecimentos e habilidades especializadas, adquiridas pelo treino e experiência, ou quando a pessoa recupera da doença ou da lesão para enfrentar os seus efeitos (Orem, 2001). Nesse sentido, são criadas ações de promoção do autocuidado, tão necessário na doença crónica, como a DRC, devido aos longos períodos de tratamento, uso de tecnologias domiciliárias e mudanças nos hábitos de vida (Scaurich & Crossetti, 2010). Na prestação de cuidados ao utente com DRC durante a prática clínica, pautou-se sempre por avaliar o grau de dependência do utente nos cuidados prestados e avaliar os seus conhecimentos, principalmente no que toca ao tratamento, sintomatologia de alerta no domicílio e medidas de prevenção e controlo de infeção do acesso vascular.

Contactou-se com utentes nos dois polos da teoria de sistemas de enfermagem, no totalmente compensatório e no de apoio-educação, sendo que os principais métodos de ajuda utilizados foram agir ou fazer para o outro, nos utentes mais dependentes em cuidados como posicionamento adequado durante o tratamento e manipulação do acesso vascular; e ensinar o outro, nas diversas situações de educação para a saúde realizadas ou presenciadas em utentes independentes (Silva et al, 2021). Os temas mais abordados foram as técnicas corretas para a realização de hemostase autónoma no fim do tratamento, sinais físicos de alerta que devem ser comunicados ao enfermeiro, vigilância do acesso vascular no domicílio e regime dietético a preservar. A base desta abordagem foram os padrões de qualidade da prevenção de complicações, o bem estar e autocuidado e a satisfação do cliente (CEEMC, 2017). O objetivo foi estimular a autonomia e participação ativa do utente na promoção do seu autocuidado, para que o mesmo perceba a responsabilidade que divide com a equipa de profissionais de saúde no sucesso do regime de tratamento, tal como Silva et al. (2021) também mencionam.

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

O EEEMCPSC concebe, planeia e gere a resposta, perante situações de emergência, exceção e catástrofe, não descurando, também a preservação dos vestígios de indícios da prática de crime (OE, 2018).

Dadas as especificidades que esta competência inclui, nem sempre foi possível a sua abordagem em contexto de EC. Ainda assim, no SUG onde foi realizado o EC, o grupo foi informado, logo no primeiro dia, que teria a oportunidade de participar num simulacro de uma situação de catástrofe. A experiência simulada denominada "*Falcon 21*" teve como objetivo testar a resposta das autoridades de proteção civil municipal e várias corporações de bombeiros da região centro e verificar, igualmente, a aplicabilidade do Plano de Emergência Externo (PEE) do SUG.

O SUG cumpre, assim, com as indicações descritas pelo (MS, 2014, p.20677) de que "cada serviço de urgência deve ter um plano de catástrofe/contingência, que inclua a resposta a situações multivítimas" e a região atesta os seus planos conforme Godinho (2020) também identifica: os planos municipais de emergência são testados regularmente em situações que simulam a realidade e que pressupõem a participação ativa de todos os agentes de proteção civil. A mesma autora acrescenta ainda que, a utilização multidisciplinar dos simulacros refletem a sua importância na preparação dos atores em vários contextos, para os habilitar a desempenhar as competências adquiridas na vertente teórica num cenário real.

As experiências simuladas são de grande importância para a mobilização de conhecimento teórico em contexto prático e aperfeiçoamento de competências do profissional de saúde e deveriam ser implementadas nas instituições de forma rotineira e obrigatória. Os sistemas de saúde e a prestação de cuidados em situação de catástrofe são bem-sucedidos quando os enfermeiros têm competências e habilidades para responder de forma rápida e eficaz. Nos últimos anos, diversas organizações e grupos desenvolveram competências para descrever o papel dos enfermeiros, implementando programas especializados de educação e treino (International Council of Nurses, 2019). Face ao exposto, também a OMS recomenda que todas as nações, não importa a frequência dos acontecimentos, deverão preparar os seus profissionais de saúde para um desastre. Somente através da educação e treino é que os enfermeiros ficam munidos das competências e habilidades necessárias para uma atuação rápida e eficaz em situação de desastre (Kapur & Baéz, 2017).

Embora como observadora, foram perceptíveis vários aspetos de uma situação de multivítimas. A atenção focou-se, particularmente, na receção das vítimas à zona de contingência do SUG, local de realização da *Simple Triage and Rapid Treatment*, realizada por um médico e enfermeiro, segundo o PEE. Nesta triagem inicial, pretende-se triar de

forma rápida o maior número de vítimas. A vítima é identificada com um cartão ou pulseira e a cor, preta, vermelha, amarela ou verde, depende da prioridade de tratamento (Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), 2012). No SUG, existem processos individualizados para as multivítimas, identificados com um número e pulseira identificativa para colocar após a triagem. Um aspeto discutido a melhorar no fim do simulacro foi a questão da identificação das vítimas com essas pulseiras: pouco práticas e de demorada colocação, além de cor pouco perceptível, atrasando a observação da vítima seguinte.

Numa fase posterior, foi permitida a presença na simulação em esquema de *tabletop*, numa sala interna do SUG. O *tabletop* é um exercício de simulação realizado sobre o tampo de uma mesa, que permite aos intervenientes ter melhor perceção do cenário onde ocorre a situação. Na sala, o diretor clínico e o enfermeiro gestor do SUG juntaram-se ao elemento que se encontrava a representar o diretor clínico da instituição, e controlavam em tempo real as mobilizações internas com a chegada das vítimas. Identificavam pontos fortes e fracos a alterar, geriam recursos humanos e materiais nas diferentes áreas, aplicando competências, conhecimentos e recursos no que diz respeito à gestão de catástrofe e situações de exceção. Esta observação vai ao encontro do mencionado por Evans & Schwartz (2019) acerca da importância dos exercícios em *tabletop* na resposta a cenários de catástrofe. Constatou-se que, durante a simulação em *tabletop*, os intervenientes tiveram alguma dificuldade com a gestão da equipa médica por não conseguirem localizar elementos, por falta de contactos ou por falta de conhecimento da sua presença institucional naquele dia. Mas, mais importante, foi o reconhecimento por parte de todos os intervenientes dos aspetos a melhorar e, os de sucesso a manter, a discussão frutuosa e documentação de todos os pontos abordados a alterar no PEE da instituição. Tanto no grupo de receção das vítimas ao SUG como nos exercícios de *tabletop* se encontravam EEEMCPSC que forneceram contributos que enriqueceram a discussão e fluência das ideias dada a experiência que também já apresentavam de situações reais e/ou simuladas anteriormente.

No módulo de cuidados intensivos e no módulo opcional em unidade de diálise, não foi possível participar ativamente em situações de exceção/cenário multivítimas ou na vertente forense. No entanto, foi consultado o Plano de Emergência Interno contra Incêndios no SMI, onde constavam as instruções de evacuação de utentes. Numa unidade de cuidados intensivos, uma evacuação obriga ao envolvimento de um elevado número de meios humanos e materiais, visto existirem múltiplos riscos associados, essencialmente relacionados com a segurança dos utentes (Patoleia, 2017).

Também na unidade de HD do módulo opcional, foi abordado o Plano de Emergência e Catástrofe e mencionado que este deverá ser reformulado brevemente dadas as

remodelações na estrutura física da Instituição. Percebeu-se que, em caso de falência do fornecimento de água e energia à unidade, os geradores são acionados, contactados os bombeiros municipais (que enchem os tanques de água corrente, três vezes por dia, para posterior purificação absoluta da água) e a empresa de fornecimento de combustível (uma vez que o gerador é capaz de produzir eletricidade a partir de combustível). As máquinas de HD têm uma bateria que assegura o seu normal funcionamento por 24 horas.

Ainda que seja baixa a ocorrência nacional de catástrofes (INEM, 2012), é importante para o EEEMCPSC conhecer os planos de emergência em vigor nas instituições para atuar em conformidade aquando de intercorrências.

### **2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica**

A prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados é um dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados (CEEMC, 2017). A DGS (2007, p.4) define a IACS "como a infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade", abrangendo todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde e todos os profissionais envolvidos.

As IACS representam o evento adverso mais comum nos utentes hospitalizados. A aquisição de IACS acarreta um significativo aumento na mortalidade e nos custos económicos na área da saúde. A sua vigilância e prevenção pode representar uma diminuição de cerca de 70% da incidência de IACS, através da otimização de políticas de controlo de infeção (OMS, 2011). Nos três módulos de EC foi facilmente perceptível o alto risco de infeção em cada vertente, sustentado em bases científicas sólidas, que conduzem à importância de comportamentos preventivos de controlo de infeção.

Neste âmbito, salientam-se as vítimas de trauma cuidadas em ambiente de SE no SUG. A prevenção e controlo de infeção na vítima de trauma é crucial já que as lesões do trauma, associadas à quebra de mecanismos de defesa imunológica e colonização por microrganismos patogénicos, favorecem o risco para o desenvolvimento de infeções e consequente aumento da morbilidade e mortalidade, nesta tipologia de vítimas (Watanabe, Almeida & Ottunes, 2015). Como exemplo, o utente A. (descrito no subcapítulo 2.2.1.) apresentava alto risco de infeção pelas fraturas expostas nos membros inferiores e superior direito. As alterações infecciosas podem surgir no local do trauma, nas áreas ligadas ao seu tratamento cirúrgico ou relacionadas com as manobras realizadas durante o tratamento do utente (Júnior, 2007). Houve necessidade de recolocação do cúbito exteriorizado e sutura

das feridas traumáticas no momento prévio à transferência inter-hospitalar. Estes procedimentos foram todos realizados urgentemente com participação ativa em equipa multidisciplinar, mas cumprindo, da melhor forma possível, a assepsia que exigiam.

Também nas UCI existe um ambiente com características particulares que propiciam valores de incidência de IACS mais elevados, assim como as taxas de mortalidade associadas (European Center for Disease Prevention and Control, 2013). Vários estudos foram realizados em UCI de todo o mundo e este é um facto comprovado: um estudo numa UCI da Sérvia, apresentou uma incidência de IACS de 32,7% (Despotovic, Milosevic & Milosevic, 2020) e outro grande estudo que incluiu 155 UCI de 88 países apresentou uma incidência de 54% de suspeita ou confirmação de infeção (Vincent et al., 2020).

Como medida de prevenção e controlo de infeção, e para cumprir a norma 018/2014 (DGS, 2014) e procedimentos internos da instituição, era realizado o rastreio a todos os utentes admitidos no SMI com colheita de duas zaragoas (pesquisa de *Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina* e *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase*), urocultura, hemoculturas para aeróbios e anaérobios e secreções para análise. Além disso, os cuidados de higiene dos primeiros cinco dias de internamento eram realizados com gluconato de clorhexidina a 2%.

Igualmente no módulo opcional, o contacto com população de alto risco de infeção foi constante: os utentes com DRC possuem elevado risco de infeção devido à baixa imunidade, à severidade da condição clínica, à necessidade de acessos vasculares para a TSFR, ao risco presente da própria água do dialisante da HD não ser controlada devidamente, ao regime terapêutico, infeções hospitalares e adquiridas na comunidade e uso inadequado de antibióticos (Cais, Turrini & Strabelli, 2009; Lira, Fernandes & Silva, 2018). A infeção é a segunda causa de mortalidade em utentes com DRC, representando 14% dos óbitos (Fram, Taminato & Ferreira, 2009).

Para prevenção e controlo das IACS, a DGS (2012) emanou uma norma onde define as 10 precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) a serem cumpridas escrupulosamente nas instituições. São elas a avaliação individual do risco de infeção na admissão do utente (com adoção de medidas de isolamento, se necessário), higienização das mãos, etiqueta respiratória, utilização de EPI, descontaminação dos equipamentos clínicos, controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies, manuseamento seguro da roupa, gestão adequada de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e a prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho. Existiu especial atenção no cumprimento das PBCI durante a prática clínica e foi com entusiasmo que se

verificou que a grande maioria dos profissionais se esforçam por garantir a sua aplicabilidade.

Salienta-se a colocação dos utentes, com a realização de isolamento imediato e medidas de controlo de infeção, assim que o enfermeiro tinha conhecimento da contaminação e/ou colonização do utente ou, por exemplo, quando existia o alerta disponibilizado no sistema SClinico®, no SUG, no momento da triagem do utente que tenha estado colonizado/contaminado com *Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina* e/ou *Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae* no último ano. Além disso, a higienização das mãos nos cinco momentos definidos acompanhou todas os momentos de prática clínica. A utilização de EPI foi uma PBCI enaltecida nesta fase pandémica e crucial na ADR-SU e na prestação de cuidados a utentes diagnosticados com COVID-19. A descontaminação de material clínico, a triagem de resíduos hospitalares e a preparação de fármacos foram outras precauções muito presentes no controlo de infeção.

No terceiro módulo de EC, salienta-se o grupo do Programa de Intervenção na Prevenção e Controlo de Infeção, designação das unidades onde foi realizado o EC, com um enfermeiro como elo de ligação em cada unidade. Tem como um dos objetivos fazer cumprir as estratégias de prevenção e controlo de infeção mencionadas anteriormente, embora adaptadas à realidade da hemodiálise. Inclusivamente, foi possível conhecer a auditoria à higienização das mãos aos colegas da equipa, realizada pelo elemento deste programa interno, trimestralmente caso atinja valores de pontuação de tabela interna superiores a 92-95%, mensalmente para valor entre 91-85% ou semanalmente para valor inferior a 84%. Esta atividade da unidade cumpre com a norma 007/2019 da DGS (2019). O facto de ser um momento auditado com regularidade e com um histórico de avaliações positivas dentro da instituição aumenta o sentido de responsabilidade da equipa durante o procedimento em prol da continuidade de resultados positivos, não só para a instituição, mas, acima de tudo, na baixa incidência de infeção nos utentes hemodialisados nas unidades do grupo. Acresce à auditoria a realização de formações anuais realizadas pelo grupo e de carácter obrigatório na instituição de temas relacionados com a prevenção e controlo de infeção. Ainda na área da HD, também Lira et al. (2018), atesta a importância do papel fundamental do enfermeiro na prevenção e controlo de infeção. A lavagem eficaz das mãos, o uso correto e adequado do material de proteção, a higiene respiratória e a prática segura de administração de injetáveis, o cumprimento do plano de vacinação tanto dos profissionais como dos utentes e os ensinamentos de educação para saúde dos cuidados a ter com a FAV são medidas fundamentais no que diz respeito a enfermagem de HD e podem reduzir em muito o risco de infeção. É importante a existência de um espaço apropriado para o utente higienizar o

membro onde tem a sua FAV antes do tratamento dialítico (Lira et al., 2018), aspeto que o local onde foi realizado o módulo de opção não contempla na sua estrutura física. Ao invés disso, os enfermeiros aconselham os utentes a fazerem a higienização no domicílio antes do tratamento e fazem a dupla desinfeção com antisséptico ou álcool etílico a 70% antes da canulação do acesso, como descrito em procedimento interno.

Perante os tipos de IACS mais comuns, a DGS criou, em 2015, quatro feixes de intervenção com o objetivo de assegurar que todos os utentes recebem cuidados recomendados, com base na evidência de que intervenções específicas agrupadas promovem melhor resultado do que aplicadas individualmente.

Em contexto de cuidados intensivos, foram aplicados diariamente três dos quatro feixes de intervenção preconizados pela DGS. Em cada um dos três turnos diários, era mantida a cabeceira do utente intubado orotraquealmente num ângulo igual ou superior a 30°, evitada a posição supina, realizada higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, os circuitos ventilatórios só eram substituídos quando visivelmente sujos (ou disfuncionais) e a pressão do balão do tubo orotraqueal era monitorizada e mantida em pressões entre 20 a 30cmH<sub>2</sub>O, tal como a Norma 021/2015 preconiza (DGS, 2015b). Além disso, a todos os utentes com cateter vesical, era realizada higiene diária do meato uretral e colocado o saco coletor abaixo do nível da bexiga, sem ultrapassar os 2/3 de capacidade. O manuseamento do sistema de drenagem urinária e conexões era realizado sob técnica asséptica, cumprindo as recomendações da norma 019/2015 (DGS, 2015a). Um aspeto interessante a salientar foi a adoção do procedimento de correta fixação do cateter urinário no utente algaliado, como anteriormente mencionado, para evitar mobilizações nas vias urinárias inferiores e tração uretral. A alteração de procedimento surgiu na sequência de uma formação ministrada por dois EEEMCPSC da equipa acerca da manutenção e cuidados com o cateter vesical e facilmente foi enquadrado nos cuidados de enfermagem do SMI, evidenciando o papel dinamizador nos programas de melhoria contínua que o EEEMCPSC tem nas equipas.

As recomendações da norma 022/2015 (DGS, 2015c) também são seguidas nos procedimentos internos do serviço quer no momento da colocação do CVC, ato realizado pelo médico com apoio do enfermeiro, quer pela manutenção do CVC realizada pelo enfermeiro diariamente. A manipulação do CVC e respetivas conexões são realizadas sob técnica asséptica, descontaminados os pontos de acesso dos sistemas e prolongadores com solução de cloro-hexidina a 2% sempre que são utilizados, observadas as condições do local de inserção do cateter e realizada a mudança de penso conforme o tipo de penso - com compressa a cada 48 horas ou transparente a cada sete dias (DGS, 2015c). O cumprimento das normas da DGS referentes aos feixes de intervenção mencionados era

sempre registado no plano de cuidados do utente, no sistema B-ICU-CARE<sup>®</sup>, evidenciando a importância do registo e documentação dos cuidados de enfermagem realizados para a continuidade dos mesmos no seio de uma equipa de diversos profissionais.

Um último ponto a refletir no âmbito desta competência e uma das PBCI é o cumprimento rigoroso da correta utilização de EPI na prestação de cuidados. Dada a pandemia por COVID-19, os três módulos de prática clínica foram muito enriquecedores nesta área porque foram diversos os utentes cuidados com diagnóstico de COVID-19 quer no SUG, SMI ou unidade de HD. A DGS (2020b) emitiu a norma 007/2020 para orientar as instituições e profissionais acerca do uso racional e correto dos EPI. Percebeu-se claramente a preocupação dos profissionais de saúde no cumprimento rigoroso da utilização dos EPI durante este período temporal, motivada pela doença recentemente difundida. No entanto, não deve ser apenas a descoberta de novas doenças ou microrganismos multirresistentes o mote para as boas práticas. Por isso, é crucial a existência de procedimentos direcionados a uma educação permanente das equipas multidisciplinares sobre o tema. O profissional sensibilizado adere de forma mais acessível e espontânea às boas práticas pois sente-se responsável pelas consequências dos seus atos no ambiente hospitalar (Mello et al., 2018).

Aquando da prestação direta de cuidados ao utente confirmado de COVID-19 ou com indicação de isolamento, eram utilizados os EPI de contacto e de gotícula, tal como referido nessa norma: bata descartável, impermeável de manga comprida e com abertura atrás, proteção ocular, luvas, cobre-botas e touca. Quanto ao equipamento de proteção respiratório, era utilizado corretamente o respirador de nível FFP2 sempre que eram realizados procedimentos geradores de aerossóis e no interior de quartos de isolamento do SMI (DGS, 2020b). No período de realização do EC, o SMI admitiu no máximo cinco utentes confirmados de COVID-19, tendo sempre o seu internamento sido realizado nos quartos de isolamento em que era ativada a pressão negativa do mesmo. O quarto de isolamento com pressão negativa significa que a pressão do ar dentro do quarto é mais baixa que a pressão do ar fora do quarto e que as partículas contaminantes não sairão do quarto. O fluxo do ar ocorre das zonas não contaminadas para as zonas contaminadas e todo o ar contaminado é extraído e encaminhado para o exterior, após passar por um sistema de filtragem (International Health Facilities Guidelines, 2017), diminuindo riscos de contaminação para os profissionais.

Também na unidade de HD, houve a oportunidade de realizar quatro turnos na sala disponibilizada para os tratamentos hemodialíticos de utentes positivos à COVID-19, com quatro unidades individualizadas. A instituição onde se desenvolveu a prática clínica estabeleceu circuitos distintos para realização de tratamentos a utentes positivos à COVID-

19. Face à pandemia, muitas instituições de saúde tiveram de adaptar rapidamente a sua estrutura física, readaptando espaços e circuitos de trabalho, de modo a responder às necessidades dos utentes do foro respiratório e assegurar a separação de utentes e profissionais de risco (Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, 2020). O piso onde se encontrava a sala de tratamentos para situações de isolamento, ficava encerrado apenas para os utentes em tratamento, para o enfermeiro e para o auxiliar de ação médica alocados à área. A duração da sessão de tratamento era encurtada para três horas, em vez das quatro horas de tratamento habitual, definido e validado pelo diretor clínico da instituição. A diminuição do tempo de sessão foi a solução encontrada para não haver cruzamento de utentes infetados e não infetados, atrasando a entrada e antecipando a saída dos primeiros.

## **PARTE II - PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: ESTUDO INTEGRADO NUM PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE**

### **1. FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO**

Segundo informação obtida pelo Departamento de Controlo de Gestão de um grupo de saúde privado em Portugal, com autorização do Conselho de Administração, no período de 1 de junho de 2020 a 31 de maio de 2021, deram entrada 431 utentes com feridas traumáticas com necessidade de abordagem cirúrgica no Centro de Sinistralidade (CS) da unidade de saúde onde foi desenvolvido o estudo que se apresenta. Estes dados foram interpretados pelos enfermeiros da Instituição, como importantes sinalizadores que exigem análise e intervenção. As feridas traumáticas são um dos problemas mais comuns que surgem nos serviços de urgência, e a rotura dos mecanismos de proteção num organismo acometido por trauma, pode favorecer a proliferação de microrganismos e potenciar a infeção (Watanabe et al., 2015).

Embora algumas das feridas traumáticas cicatrizem sem tratamento, os cuidados adequados a estas lesões podem reduzir o risco de infeção da ferida, melhorar a sua cicatrização, aumentando a satisfação do utente relativa aos cuidados prestados e evitando custos adicionais (Watanabe et al., 2015; Prevaldi, Paolillo & Locatelli, 2016). O tratamento da ferida pode ser otimizado através da abordagem cirúrgica, promovendo a cicatrização por primeira intenção com a aproximação dos bordos da ferida através de material de sutura (Parreira & Marques, 2017). Este tipo de tratamento é realizado com frequência no CS, num período de tempo médio de 30 a 45 minutos, em regime de ambulatório com recurso a anestesia local.

A equipa de enfermagem do serviço constatou que, em várias situações, no contacto subsequente, o utente com ferida traumática submetido a tratamento cirúrgico, apresentava dúvidas sobre os cuidados a ter no domicílio. Também o local da ferida nem sempre se encontrava em condições ideais para uma cicatrização eficaz (penso repassado, bordos da sutura macerados, edema). Nos episódios de abordagens cirúrgicas em ambulatório, como os que o presente estudo envolveu, a Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP, 2012), recomenda que o enfermeiro deverá proceder a uma avaliação pós-cirúrgica nas 24h seguintes à alta das unidades de cirurgia de ambulatório, podendo recorrer a uma teleconsulta. Kleinpell (1997) e a Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA, 2014) defendem a mesma ideia, mas recomendam um alargamento desse período para as 24h a 48h, após o ato cirúrgico, para monitorização da situação clínica do utente.

Perante estes factos, e após pesquisa da evidência recente, verificou-se que a implementação de uma teleconsulta de enfermagem, para seguimento desta tipologia de utentes, é considerada uma estratégia de melhoria contínua dos cuidados com grandes potencialidades, uma vez que se prevê capaz de minimizar complicações e aumentar o grau de satisfação dos utentes aos cuidados de enfermagem prestados, melhorando o acesso, equidade e qualidade dos cuidados de saúde e garantindo a sustentabilidade do sistema nacional de saúde face ao inevitável aumento da procura e respetivos custos associados (Friães, 2021). Procedeu-se, então, à consecução do projeto "Implementação da Teleconsulta de Enfermagem em Sinistrados com Ferida Traumática: Estudo Comparativo".

### 1.1. A TELECONSULTA COMO ESTRATÉGIA DE MELHORIA CONTINUA

Estudos recentes (Shuen et al., 2018; Wright, Grady & Galante, 2018; Carvalho, 2021) confirmam que existem diversos benefícios da teleconsulta após a alta, incluindo o aumento da satisfação dos utentes, a adesão do mesmo ao tratamento, a diminuição da negligência pessoal no autocuidado e do número de reclamações dos utentes nos serviços de saúde, contribuindo com menos episódios hospitalares e conseqüente diminuição dos custos associados.

A teleconsulta é uma consulta remota que possibilita a partilha de informações entre profissionais de saúde ou profissional de saúde e utente (DGS, 2022). Desta forma, pretende minimizar os efeitos da distância e do tempo na prestação de cuidados de saúde, contribuindo para o aumento da qualidade de vida da pessoa visada, assim como a racionalização dos recursos humanos e materiais, formando e atualizando os profissionais que realizam o procedimento (OMS, 2010). A teleconsulta de *follow-up* tem como objetivos principais diminuir as idas dos utentes aos serviços de saúde, motivadas pela procura de ajuda para problemas imprevistos, complicações do pós-operatório, pedidos de relatórios ou atestados médicos que comprovem a incapacidade para trabalhar (Sousa, 2014). É considerada um momento ideal de proximidade entre o enfermeiro e o utente para esclarecimento de dúvidas concretas que, muitas vezes, levam a um aumento da procura aos serviços de saúde (AESOP, 2012). Durante esse contacto remoto, o utente pode sentir-se mais confortável para esclarecimento de dúvidas já que se encontra num ambiente mais controlado e, possivelmente, mais relaxado ao invés do ambiente hospitalar (Fagan, 2021).

Nesta sequência, também o Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde (PENTS) 2019-2022, criado pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), E.P.E. e o Centro Nacional de TeleSaúde (CNT) foca como uma das principais vantagens da telessaúde o aumento "da comodidade do cidadão, evitando deslocações por parte de doentes e

cuidadores e conseqüente poupança de tempo, dinheiro e diminuição do absentismo" (SPMS & CNT, 2019, p.28). Personalizando na prática de enfermagem, a OE definiu a teleconsulta de enfermagem ou telenfermagem como sendo o uso das TIC "na prestação de cuidados de enfermagem, nos quais o enfermeiro interage com o cidadão de forma remota, com o intuito de prevenir, avaliar, diagnosticar e intervir" (OE, 2020, p.1). No Parecer nº. 53/2021, o Conselho de Enfermagem da OE, descreveu a teleconsulta de enfermagem como um recurso de proximidade ao cidadão a otimizar para responder às necessidades em cuidados de enfermagem, permitindo planejar e intervir à distância, assegurando a continuidade dos cuidados (Conselho de Enfermagem, 2021). A teleconsulta de enfermagem é, assim, uma estratégia que distingue as intervenções de enfermagem, permitindo aos profissionais monitorizar a pessoa e/ou a população de acordo com as suas necessidades. Não obstante, o enfermeiro que desenvolve a teleconsulta de enfermagem deve ter consciência das limitações que a interação digital pode trazer, comparativamente à presença física do utente, pelo que deve tomar as medidas apropriadas para as mitigar. Além disso, deve respeitar os princípios fundamentais da prática da teleconsulta, respeitando a relação profissional-utente, mantendo a confiança mútua, a independência de opinião do profissional e a autonomia do utente, assegurando a confidencialidade (OE, 2020).

## 1.2. ABORDAGEM PRÁTICA DA TELECONSULTA DE *FOLLOW-UP* NA ÁREA DA SAÚDE

Ao nível internacional, Hodgins, Ouellet & Pond (2008) estudaram o efeito do *follow-up* telefónico numa amostra de 438 utentes submetidos a cirurgia ortopédica, divididos por dois grupos, o de controlo (n=222) e o de intervenção (n=216). Aquando da avaliação da perceção do valor da consulta telefónica de *follow-up* dos utentes do grupo de intervenção, mais de 80% dos inquiridos classificou-a como útil ou extremamente útil.

Também Miller, Barton & Hassn (2012) realizaram um estudo com o intuito de apresentar as experiências com a teleconsulta de enfermagem de *follow-up* realizadas a utentes submetidos a cirurgia de ambatório. Dos 97 utentes que participaram no estudo, 71,5% preferiu o *follow-up* telefónico em vez de consultas presenciais. Ainda assim, nenhum dos 97 utentes afirmou, que não deveriam ter a consulta telefónica de *follow-up*, mesmo os que recorreram aos serviços de saúde.

Relativamente à recorrência de episódios hospitalares, Record et al. (2015) concluíram que a teleconsulta de *follow-up* diminuiu o número de idas ao serviço de urgência num espaço de 30 dias após a alta no Centro Médico *Johns Hopkins Bayview*, e após implementação de

um programa de cuidados centrados no utente (*PCC curriculum*) que incluiu a teleconsulta de *follow-up*.

Igualmente Shuen et al. (2018), num estudo piloto que envolveu 251 utentes divididos por três grupos (grupo controlo, grupo com teleconsulta após a alta e grupo com informações da alta em disponibilização de texto escrito), sugerem que os utentes do grupo que recebeu teleconsulta, após a alta, tendem a recorrer novamente aos serviços de urgência ou a contactar o médico assistente, menos vezes que o grupo que recebeu as instruções da alta apenas em papel.

No que diz respeito ao nível da satisfação com os cuidados de saúde, de acordo com uma revisão sistemática de três estudos transversais descritivos, Tan & Lang (2015) revelam um aumento do grau de satisfação nos utentes, depois da implementação das teleconsultas de enfermagem de *follow-up*. Também Woods et al. (2019), na revisão sistemática de 10 estudos (ensaios clínicos, estudos de controlo e qualitativos) revelaram efeitos positivos após, implementação de teleconsulta de *follow-up* e aumento do grau de satisfação dos utentes que receberam a chamada telefónica, após a alta. A corroborar estes resultados, o estudo de Blanco et al. (2020) que avaliou o impacto do acompanhamento telefónico na satisfação dos utentes de ambulatório numa clínica de neurocirurgia pediátrica, antes da implementação da teleconsulta no ano de 2017 e após a intervenção no ano de 2018, encontrou um aumento estatisticamente significativo nos rácios de satisfação do utente, após a aplicação da consulta de acompanhamento telefónico. A satisfação do utente é considerada um importante indicador de saúde e de qualidade para a melhoria dos cuidados prestados, enquanto medida de resultado (Chaves, Duarte & Amaral, 2016). A sua avaliação nos serviços é crucial para a melhoria contínua das organizações já que são recorrentes as diferenças na convicção de boas práticas por parte dos prestadores e a perceção das mesmas por parte dos seus utentes (Entidade Reguladora da Saúde, s/d). A satisfação do utente é, também, um dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica e a sua avaliação é um dos elementos cruciais na prática do enfermeiro especialista (CEEMC, 2017).

No estudo de Schulz, Santana & Santos (2020) foi avaliada a efetividade da teleconsulta de enfermagem na redução da recuperação cirúrgica tardia, em 43 utentes divididos em dois grupos (22 utentes no grupo experimental sujeitos a teleconsulta, após intervenção cirúrgica e 21 utentes no grupo de controlo sem teleconsulta, após intervenção cirúrgica). Os resultados encontrados sugerem que a consulta telefónica permitiu identificar fatores que aumentam o risco de complicações pós-operatórias, reconhecendo utentes com risco de

recuperação tardia e ajudando a equipa de enfermagem a providenciar intervenções para prevenir a recuperação tardia destes utentes.

Em Portugal, Martins & Lopes (2010) quiseram compreender o processo de cuidados implícito na consulta telefónica ao utente/família com dor crónica na Unidade da Dor do Hospital Garcia de Orta. Concluíram que a consulta telefónica é referida como um recurso importante para o utente/família. No entanto, também salientam o nível de exigência intrínseco ao processo de cuidados num tipo de interação não presencial, essencialmente na transferência de informação virtual entre o utente, o enfermeiro e o médico e o retorno da nova informação ao utente.

Por outro lado, também a nível nacional, Sousa (2014) realizou um estudo com o objetivo de compreender se o *follow-up* em cirurgia de ambulatório, através da chamada telefónica era suficiente para a pessoa vivenciar o processo de transição saúde-doença ou se era mais vantajoso o acompanhamento com consulta domiciliária e apoio por telemedicina. Foram analisados dois grupos (de controlo e experimental), num total de 120 utentes submetidos a cirurgia de ambulatório no Centro de Saúde Militar de Coimbra. Os utentes que integraram o grupo que recebeu o *follow-up* de enfermagem, com consulta no domicílio e com apoio multidisciplinar por telemedicina, apresentaram menor risco de adquirir complicações pós-operatórias do que as pessoas que tiveram acesso ao *follow-up* pós-operatório de enfermagem, apenas por telefone. O *follow-up* de enfermagem com consulta no domicílio e com apoio multidisciplinar, por telemedicina, facilita o controlo das complicações pós-operatórias em cirurgia de ambulatório, limitando o seu número e diminuindo, por conseguinte, o recurso aos serviços de saúde da comunidade, um dos problemas apontados à cirurgia de ambulatório.

No entanto, os estudos não são consensuais, e contrariamente aos resultados dos estudos anteriores, Jensen, Kristensen & Christensen (2011), investigaram de que forma a teleconsulta de enfermagem pode otimizar os recursos, a reabilitação e a satisfação do utente no período de pós-operatório de prostatectomia radical, concluíram que o programa convencional já implementado de educação para a reabilitação, no domicílio após a alta era suficiente e adequado, considerando a consulta telefónica apenas uma intervenção adicional ao padrão.

Apesar disso, existem várias referências que apontam como benéfica a implementação de estratégias que integrem inovação e tecnologia na melhoria e qualidade dos cuidados prestados. De ressaltar que a utilização das TIC na área da saúde foi globalmente valorizada e vantajosa aos contactos entre utentes e profissionais de saúde nos últimos dois anos, perante as contingências motivadas pelo panorama epidemiológico mundial da

COVID-19 e o desafio do isolamento social imposto para prevenção e controlo da doença (Rodrigues et al., 2022).

Os resultados da evidência científica, anteriormente descritos, estimularam a prossecução deste estudo, para melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, por se verificar a necessidade de melhorar o acompanhamento sintomático dos utentes sinistrados com ferida traumática, submetidos a tratamento cirúrgico.

## 2. ASPETOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo é apresentada a metodologia utilizada no estudo, nomeadamente, o desenho do estudo, os objetivos, questão de investigação e hipóteses, a população e amostra, os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos formais e éticos e o tratamento dos dados colhidos.

### 2.1. TIPO DE ESTUDO

Este estudo integrou-se num projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço em que a mestranda desenvolve funções de enfermagem.

Trata-se de um estudo comparativo, com abordagem quantitativa, que pretende comparar as diferenças existentes entre dois grupos independentes relativamente à satisfação com os cuidados de enfermagem e ao consumo de cuidados de saúde em utentes sinistrados com ferida traumática, submetidos a tratamento cirúrgico. Como estudo comparativo, este possibilitou analisar dados concretos, através de métodos quantitativos, investigar factos/fenómenos de diferentes grupos e explicá-los segundo as suas semelhanças e divergências (Coccia & Benati, 2018). Estabeleceram-se dois grupos independentes: um que recebeu os cuidados de enfermagem convencionais (grupo controlo) e o outro grupo que, para além dos cuidados convencionais, usufruiu de um acompanhamento por teleconsulta de enfermagem de *follow-up* (grupo experimental).

Para a implementação da teleconsulta de enfermagem, realizada ao grupo experimental, foi desenvolvido um fluxograma de aplicabilidade da teleconsulta de enfermagem (Apêndice III), no sentido de facilitar o processo de treino da equipa de enfermagem, e assim uniformizar e sistematizar o procedimento. Foi construído também, um questionário que foi aplicado durante o desenvolvimento da teleconsulta pelos enfermeiros do serviço como estratégia de sistematização da informação a colher e registar (Apêndice IV). Elaborou-se, ainda, uma folha de registo inicial do utente a preencher pelo enfermeiro no dia de admissão do utente, com ferida traumática submetido a abordagem cirúrgica (Apêndice V) para facilitar a continuidade dos cuidados pela compilação da informação considerada importante pela evidência recente e pelo consenso da equipa. Salvaguardou-se que a folha de registo inicial do utente e o questionário da teleconsulta de enfermagem seriam mantidos no serviço em local apropriado, onde apenas tivessem acesso os enfermeiros da equipa de enfermagem do CS, sujeitos a sigilo profissional, garantindo assim a continuidade dos cuidados. Toda a equipa foi submetida a formação e treino prévio (Apêndice VI) acerca da implementação da teleconsulta de enfermagem e documentos de registos associados. As informações constantes nestes documentos de registo não serviram para colheita de dados

e tratamento no estudo de investigação que se descreve, mas sim como estratégia para sinalizar complicações e suportar as tomadas de decisão dos enfermeiros, durante a teleconsulta de enfermagem. A avaliação, das diferenças entre os grupos estudados, foi realizada através de um questionário de autopreenchimento, oferecido no dia agendado para a remoção do material de sutura (Apêndice VII).

## 2.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO, OBJETIVOS E HIPÓTESES

A escolha de uma questão bem definida é o primeiro passo no processo de investigação e que orienta o investigador no procedimento subsequente (Néné & Sequeira, 2017). Desta forma, e com o foco na melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, surgiu a questão de investigação: "A Teleconsulta de Enfermagem poderá melhorar a satisfação e a diminuição do consumo de cuidados de saúde dos utentes com ferida traumática, submetidos a tratamento cirúrgico?"

Após a formulação da questão de investigação, e com o intuito de orientar a metodologia da investigação, foram elaborados os objetivos gerais e, posteriormente, os objetivos específicos.

### Objetivo Geral:

- Comparar as diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo relativamente ao grau de satisfação e ao consumo de cuidados de saúde.

### Objetivos Específicos:

- Descrever as características sociodemográficas dos dois grupos envolvidos no estudo;
- Comparar o grau de satisfação dos utentes do grupo de controlo e grupo experimental, relativamente aos cuidados de enfermagem prestados;
- Verificar qual o grupo de utentes que apresentou menor número de atendimentos presenciais na Instituição.

Perante os objetivos de investigação e de acordo com a revisão da literatura realizada, foram definidas duas hipóteses de investigação:

- H1: Há diferença na satisfação dos cuidados de enfermagem oferecidos entre os sinistrados que receberam teleconsulta de enfermagem comparativamente aos que não receberam;
- H2: Há diferença no consumo de cuidados de saúde entre sinistrados que receberam teleconsulta de enfermagem comparativamente aos que não receberam.

### 2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população de um estudo de investigação é um conjunto de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. Os elementos que satisfazem os critérios de seleção para inclusão num estudo, designam a população-alvo (Fortin, 1996). Neste trabalho de investigação, a população-alvo foram os utentes vítimas de sinistro do qual resultou ferida traumática com necessidade de tratamento cirúrgico.

A amostra incluí os indivíduos que participarão no estudo (Néné & Sequeira, 2017) e que cumprem os critérios de inclusão definidos pelo investigador. A amostra deste estudo foram os utentes vítimas de sinistro do qual resultou ferida traumática com necessidade de tratamento cirúrgico no período compreendido entre 19 de maio de 2022 e 19 de julho de 2022.

Foi aplicada a técnica de amostragem não probabilística por cotas para a distribuição da amostra por dois grupos: grupo experimental, submetido a teleconsulta de enfermagem de *follow-up*, e grupo de controlo, sem aplicabilidade de consulta de enfermagem telefónica.

Para a divisão da amostra, estabeleceu-se que os indivíduos do grupo experimental seriam todos os sinistrados com ferida traumática com necessidade de tratamento cirúrgico que fossem admitidos no CS nos dias ímpares dos meses de maio a julho até perfazerem um total mínimo de 30 elementos. Já os indivíduos do grupo de controlo seriam todos os sinistrados com a mesma condição anterior, mas com admissão em dias pares até perfazerem um total mínimo de 30 elementos.

Como critérios de inclusão da amostra:

- Uteses vítimas de sinistro do qual resulte ferida traumática submetida a tratamento cirúrgico no Centro de Sinistralidade;
- Uteses com idade superior ou igual a 18 anos;
- Serem capazes de comunicar verbalmente;
- Que confirmem saber utilizar o telemóvel ou telefone fixo adequadamente;
- Deverão consentir participar no estudo.

Como critérios de exclusão:

- Uteses com incapacidades auditivas e verbais que os incapacitem de uma comunicação por telefone;
- Uteses com alterações cognitivas que os impeçam de descrever e responder às questões realizadas pelos enfermeiros por telefone;

- Utentes que não assinem o consentimento informado.

Para a atestar a componente cognitiva do utente, todos os sinistrados que dão entrada no serviço são submetidos a um questionário da instituição durante uma triagem inicial da situação junto do enfermeiro, em gabinete próprio. O questionário inclui questões acerca do sinistro (descrição, localização, período temporal), principais queixas, antecedentes pessoais de saúde e acidentes prévios. Todos os utentes que necessitem de assistência na resposta às perguntas foram excluídos do estudo.

#### 2.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Os dados foram colhidos através de um questionário dirigido aos utentes da amostra relativamente aos Cuidados de Enfermagem recebidos, no Centro de Sinistralidade. Tratou-se de um questionário de autopreenchimento, oferecido no dia agendado para a remoção do material de sutura (Apêndice VII), constituído por duas partes: a primeira com 11 questões sociodemográficas e clínicas e a segunda com oito questões de satisfação.

Das 11 questões sociodemográficas e clínicas, duas são de resposta aberta, três de resposta semifechada, três de resposta fechada e três de resposta dicotómica. Foram analisadas as variáveis da idade, sexo, tipo de acidente, localização anatómica da ferida, existência de teleconsulta, importância da teleconsulta de *follow-up*, número de atendimentos presenciais desde o dia de acidente à data de remoção do material de sutura e existência de atendimentos não programados.

O questionário de satisfação engloba oito questões com resposta em escala de avaliação tipo *likert* de 5 pontos, sendo que o 1 refere-se a "não se aplica/sem opinião", o 2 a "insatisfeito", o 3 a "nem satisfeito nem insatisfeito", o 4 a "satisfeito" e o 5 define o grau "muito satisfeito". O questionário de satisfação foi adaptado, após autorização institucional, do questionário de satisfação vigente na Instituição. Resumidamente, este questionário foi personalizado de forma a avaliar a satisfação do utente quanto:

- à disponibilidade da equipa de enfermagem (questão 1);
- à resposta do enfermeiro às suas necessidades (questão 2);
- à forma como enfermeiro procedeu às explicações (questão 3) e demonstrou conhecimentos sobre os cuidados (questão 6);
- ao número de presenças junto da equipa de enfermagem (questão 4)
- à forma como foi tratado e recebido pelos enfermeiros (questão 5);
- à relação que o utente estabeleceu com a equipa de enfermagem (questão 7);

- à satisfação global dos cuidados de enfermagem oferecidos (questão 8).

## 2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A investigação em saúde com seres humanos apresenta particular relevância com questões éticas. A proteção do indivíduo é essencial na investigação em geral, adquirindo maior preocupação na área da saúde, uma vez que as pessoas que serão participantes nos estudos encontram-se quase sempre a vivenciar um momento de vulnerabilidade (Néné & Sequeira, 2017).

Para a realização deste estudo, foram assegurados os Princípios Éticos para as Pesquisa Médicas em Seres Humanos da Declaração de Helsínquia (1964), desenvolvida pela Associação Médica Mundial (2022), e tomadas em consideração as diretrizes do Regulamento Geral de Proteção de Dados, no que diz respeito à não solicitação de dados considerados sensíveis.

Os dados colhidos serão guardados, até ao período de discussão do trabalho, tendo este como intervalo de tempo, a duração prevista de 6 meses.

Foram solicitados pedidos prévios de autorização para realização do estudo à Gestora e ao Diretor Clínico da unidade de saúde onde foi realizado o estudo. A grupo de saúde a que esta unidade pertence não detém uma Comissão de Ética na sua organização interna e, por essa razão, foi solicitado um parecer ético à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Leiria (Anexo I) que aprovou o estudo.

No que diz respeito ao preenchimento do consentimento informado livre e esclarecido, este foi um pré-requisito para a aplicação do questionário, pelo que foi um fator de exclusão o seu não preenchimento. Foram garantidos aos participantes o anonimato e a confidencialidade, podendo estes desistir em qualquer momento do estudo, pressupondo o direito à autodeterminação. Não existiu nenhuma penalização caso os participantes optassem por interromper a sua participação voluntária. Para isso, o participante deveria apenas manifestar o interesse da sua desistência à investigadora, através dos contactos fornecidos no consentimento informado e esclarecido ou aos enfermeiros da equipa envolvidos na investigação. Se a decisão da desistência coincidissem com o pós-preenchimento do questionário, o participante teria que facultar à investigadora principal um código alfanumérico que lhe tinha sido oferecido, na entrega do consentimento informado num envelope fechado, garantindo que ninguém tinha acesso a esse código. Este era inserido pelo participante no questionário.

O consentimento informado e esclarecido dos participantes foi fornecido em formato papel, após uma breve explicação oral do mesmo, no dia da admissão do utente na instituição, contendo a informação detalhada sobre o estudo, sobre o investigador e sobre a confidencialidade dos dados (Apêndice VIII).

O instrumento de colheita de dados foi construído de forma a garantir o anonimato e a confidencialidade. Os dados foram tratados e analisados, através do *Software Statistical Package for the Social Science* (SPSS), de uma forma conjunta e não individual, impossibilitando a identificação dos participantes. Todas as informações obtidas serão apenas utilizadas para fins da investigação e publicação, estando em todos os momentos assegurada a privacidade e anonimato dos intervenientes. Para a introdução dos questionários na base de dados, foi utilizado o código alfanumérico descrito acima.

Foi requerida a participação e colaboração dos enfermeiros do serviço na implementação da teleconsulta e no recrutamento dos utentes. Para esse efeito foram promovidas sessões de treino com a equipa de forma a uniformizar intervenções, estando estes profissionais sujeitos a sigilo profissional relativamente aos dados colhidos, utilizados e registados.

No sentido de minimizar possíveis constrangimentos, inerentes às diferenças de cuidados oferecidos ao grupo de controlo e grupo experimental, salvaguardou-se que, no momento da admissão, foi oferecido aos elementos de ambos os grupos um cartão de agendamentos futuros onde constavam também os contactos diretos com a instituição, através de telefone e endereço de email.

Este estudo não aferiu nenhum apoio financeiro e validou-se a não existência de conflito de interesses durante a realização do mesmo.

## 2.6. TRATAMENTO DE DADOS

O tratamento dos dados foi realizado através de estatística descritiva e inferencial. A análise estatística (codificação e informatização) foi realizada através do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 28.

Para organizar e descrever os resultados, recorreu-se a técnicas de estatística descritiva: frequências, medidas de tendência central (médias aritméticas e medianas) e medidas de dispersão (desvio padrão).

Para comparar as diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo relativamente à satisfação com os cuidados de enfermagem e o número de atendimentos presenciais de cada um, foi aplicada estatística inferencial, através do teste paramétrico t-Student. A opção para utilizar testes paramétricos recaiu no defendido pelo Teorema do Limite Central, que

defende que amostras com tamanhos superiores a 30 tendem para distribuições normais (Meyer, 1983; Cancho, 2004). No caso do estudo realizado este pressuposto está garantido pelo que se optou pelo recurso a testes paramétricos, para o estudo de diferenças entre dois grupos independentes.

### 3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste ponto são apresentados e analisados os resultados que emergiram da aplicação do questionário aos participantes. Os resultados foram analisados após terem sido submetidos a análise estatística. Assim, este capítulo será dividido em estudo descritivo e em estudo inferencial com a respetiva análise e discussão. Na apresentação dos resultados seguiu-se a ordem adotada no instrumento de colheita de dados. Inicia-se com a caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes do estudo de ambos os grupos, experimental e controlo, seguido da análise ao questionário de satisfação.

#### 3.1. ESTUDO DESCRITIVO

##### 3.1.1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

No período compreendido entre 19 de maio e 19 de julho de 2022, e cumprindo os critérios de inclusão da amostra, foram atendidos 68 sinistrados com ferida traumática com necessidade de tratamento cirúrgico. Destes, 33 deram entrada nos dias ímpares do mês, perfazendo o total do grupo experimental (n=33), e 35 foram admitidos nos dias pares do mês, constituindo o grupo de controlo (n=35).

Dos dados que constam na Tabela 1, relativamente ao sexo da amostra, destaca-se o predomínio do sexo masculino (84,8% no grupo experimental e 85,7% no grupo de controlo). A tipologia do acidente foi maioritariamente do foro laboral em ambos os grupos (97% no grupo experimental e 94,3% no grupo de controlo) e a localização da ferida traumática prevaleceu na mão tanto no grupo experimental (48,5%) como no grupo de controlo (62,9%), seguida da coxa/perna no grupo experimental (21,2%) e na cabeça/face/pescoço no grupo de controlo (14,3%). Estes resultados são similares com o estudo realizado por Watanabe et al. (2015) em que, os participantes com lesões de trauma eram, na sua maioria, do sexo masculino (mais de 80%), assim como os dados da Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT, 2022) nomeadamente, acerca das estatísticas de acidentes laborais graves em Portugal dos quais, 76,9% ocorreram em pessoas do sexo masculino. Ainda segundo a ACT (2022), a parte do corpo lesada em acidente com maior destaque foram as extremidades superiores (26%), seguido das extremidades inferiores (22%). Ainda que com valor estatístico inferior ao estudo realizado, mantém-se a consonância da prevalência das lesões das extremidades superiores.

**Tabela 1 – Descrição da amostra por sexo, tipo de sinistro e localização da ferida**

		Grupo Experimental (n=33)		Grupo Controlo (n=35)	
		n	%	n	%
<b>Sexo</b>	Feminino	5	15,2	5	14,3

		Grupo Experimental (n=33)		Grupo Controlo (n=35)	
		n	%	n	%
Tipo de Sinistro	Masculino	28	84,8	30	85,7
	Pessoal	1	3,0	2	5,7
	Laboral	32	97,0	33	94,3
Localização da Ferida	Cabeça/Face/Pescoço	4	12,1	5	14,3
	Braço/Antebraco	5	15,2	4	11,4
	Mão	16	48,5	22	62,9
	Coxa/Perna	7	21,2	4	11,4
	Pé	1	3,0	0	0,0

**Legenda:** n-tamanho amostra; %-percentagem

No que diz respeito, à idade da amostra, verificou-se que a média de idades dos participantes do grupo experimental foi de 41,21±10,02 anos, sendo que o sinistrado mais novo tinha 23 anos e o sinistrado com mais idade, 62 anos. No grupo de controlo, a média de idades foi de 40,69±13,65 anos, idade mínima de 22 anos e máxima de 64 anos (Tabela 2). Os resultados obtidos são semelhantes aos de Watanabe et al. (2015), com foco na idade jovem adulta na faixa etária entre os 18 e os 40 anos (47,5%) e média de idades de 47 anos e aos dos dados estatísticos da ACT (2022) já que, dos 173 sinistros graves ocorridos nos primeiros 8 meses do ano, 42 envolveram pessoas na faixa etária dos 55-64 anos e 40 pessoas entre os 35-44 anos.

Podemos relacionar os dados do sexo e da idade dos participantes com o facto dos homens na faixa etária, economicamente ativa, estarem mais expostos a acidentes de trabalho decorrentes de causas externas (Watanabe et al., 2015). Os riscos para os trabalhadores do sexo masculino sempre foram mais estudados dado que, anteriormente, as preocupações acerca da segurança e saúde no trabalho se concentravam nos trabalhos que oferecem perigo, em setores dominados por trabalhadores do sexo masculino. Os homens estão mais presentes em setores como a indústria e construção e minas ao invés da maioria das mulheres que predomina no setor da agricultura e serviços (Organização Internacional do Trabalho, 2009).

**Tabela 2 - Distribuição da amostra por idade**

	Grupo Experimental					Grupo Controlo				
	$\bar{X}$	Md	DP	Mín	Máx	$\bar{X}$	Md	DP	Mín	Máx
<b>Idade</b>	41,21	41,00	10,02	23,00	62,00	40,69	39,00	13,65	22,00	64,00

**Legenda:**  $\bar{X}$ - média; Md- mediana; DP-desvio padrão; Min-valor mínimo; Máx- valor máximo.

Quando questionados acerca da importância de um acompanhamento telefónico por parte da equipa de enfermagem (Tabela 3), os dados obtidos mostram que 90,9% dos participantes do grupo experimental, referiu que considera importante este contacto telefónico. No grupo de controlo, 54,3% dos sinistrados responderam afirmativamente à

questão e 45,7% negaram a importância do telefonema. Estes resultados podem ser justificados pelo facto, do grupo de controlo não ter tido acesso teleconsulta de *follow-up* e, portanto, não terem uma percepção clara da necessidade da mesma.

Os resultados encontrados, estão alinhados com os resultados obtidos por Hodgins et al. (2008), em que mais de 80% dos participantes do grupo de intervenção referiu a teleconsulta de *follow-up* como útil ou extremamente útil. Também Miller et al. (2012) afirma que 71,5% dos participantes (n=97) do seu estudo preferiu o acompanhamento telefónico ao presencial.

Relativamente à existência de tratamentos não agendados obteve-se para o grupo de controlo (11,4%) um valor superior do que no grupo experimental (6,1%) (Tabela 3), revelando que quem recebeu teleconsulta apresentou menos consumo de cuidados de saúde inesperados que os que não receberam. Este facto pode dever-se ao maior acompanhamento e proximidade que é possível estabelecer na relação utente-enfermeiro com o contacto remoto já que, segundo a AESOP (2012) e Fagan (2021), a teleconsulta promove a proximidade entre profissionais e utentes.

**Tabela 3 - Frequência por importância do acompanhamento telefónico e tratamentos não agendados**

		Grupo Experimental (n=33)		Grupo Controlo (n=35)	
		n	%	n	%
<b>Considera Importante Acompanhamento Telefónico pela Equipa de Enfermagem</b>	Sim	30	90,9	19	54,3
	Não	3	9,1	16	45,7
<b>Recorreu ao serviço para tratamentos não agendados</b>	Sim	2	6,1	4	11,4
	Não	31	93,9	31	88,6

**Legenda:** n-tamanho amostra; %-percentagem

No que diz respeito ao número de tratamentos presenciais desde o dia do acidente ao dia de remoção do material de sutura, os resultados obtidos evidenciaram que os indivíduos do grupo experimental realizaram uma média de  $1,79 \pm 0,78$  tratamentos e o grupo de controlo uma média de  $2,26 \pm 0,98$  tratamentos (Tabela 4) para um período de tempo semelhante (média de  $10,85 \pm 3,00$  dias para o grupo experimental e média de  $11,14 \pm 4,56$  dias para o grupo de controlo). O grupo experimental teve menos atendimentos que o grupo de controlo. Com estes dados é possível perceber que os indivíduos do grupo de controlo para além de procurarem mais os cuidados de saúde em momentos não agendados (Tabela 3) também necessitaram de mais tratamentos até ao momento da remoção do material de sutura. A conveniência, proximidade, confiança e transparência dos serviços de saúde são características comuns ao consumidor de saúde moderno (Deloitte, 2012) e a teleconsulta pode ser um serviço à população que lhes dá resposta.

Tabela 4 - Distribuição da amostra por número de tratamentos por grupo

	Grupo Experimental					Grupo Controlo				
	$\bar{X}$	Md	DP	Mín	Máx	$\bar{X}$	Md	DP	Mín	Máx
Nº Tratamentos desde o sinistro à remoção do material de sutura	1,79	2,00	0,78	0,00	3,00	2,26	2,00	0,98	1,00	6,00
Nº Dias desde o sinistro à remoção do material de sutura	10,85	10,00	3,00	6,00	17,00	11,14	11,00	4,56	5,00	30,00

Legenda:  $\bar{X}$ - média; Md- mediana; DP-desvio padrão; Min-valor mínimo; Máx- valor máximo; Nº- número

### 3.1.2. Questionário de satisfação sobre os cuidados de enfermagem

Analisando a segunda parte do questionário, a Tabela 5 revela que o grupo experimental nunca pontuou nenhuma das questões abaixo de 4 pontos, ou seja, todos os elementos do grupo experimental responderam "satisfeito" ou "muito satisfeito" a todas as questões. Pelo contrário, o grupo de controlo variou a sua pontuação de 1 a 5, sendo a questão número 4 a que apresenta a média de pontuação mais baixa ( $\bar{X}=4,40$ ). Esta mesma questão referia-se ao grau de satisfação relativamente ao número de presenças que o sinistrado, tinha realizado, desde o dia do acidente ao dia de remoção do material de sutura, no qual preenchia o questionário. No entanto, perante os dados anteriores, foi o grupo de controlo quem teve maior número de presenças no CS. Esta insatisfação pode dever-se ao facto, do sinistrado, sentir necessidade de maior acompanhamento e, mesmo fazendo-o, sente que é insuficiente, dada a segunda questão com média de pontuação mais baixa ser efetivamente o grau de satisfação quanto à resposta do enfermeiro às suas necessidades ( $\bar{X}=4,54$ ).

Tabela 5 - Distribuição da amostra quanto ao grau de satisfação por grupo

	Grupo Experimental					Grupo Controlo				
	$\bar{X}$	Md	DP	Mín	Máx	$\bar{X}$	Md	DP	Mín	Máx
Q1: Grau de satisfação relativamente à disponibilidade da equipa de enfermagem	4,91	5,00	0,29	4,00	5,00	4,74	5,00	0,44	4,00	5,00
Q2: Grau de satisfação quanto à resposta do enfermeiro(a) às suas necessidades	4,91	5,00	0,29	4,00	5,00	4,54	5,00	0,61	3,00	5,00
Q3: Grau de satisfação no que diz respeito à forma como o enfermeiro(a) explica as coisas (linguagem utilizada, preocupação em repetir caso não compreendesse, preocupação em validar a informação consigo novamente)	4,85	5,00	0,36	4,00	5,00	4,60	5,00	0,60	3,00	5,00
Q4: Grau de satisfação relativamente ao número de	4,94	5,00	0,24	4,00	5,00	4,40	5,00	0,88	1,00	5,00

	Grupo Experimental					Grupo Controlo				
	$\bar{X}$	Md	DP	Mín	Máx	$\bar{X}$	Md	DP	Mín	Máx
presenças que fez junto da equipa de enfermagem desde o dia do acidente à presente data										
<b>Q5: Grau de satisfação com a forma como foi tratado e recebido pelo(s) enfermeiro(as) que cuidou de si</b>	4,85	5,00	0,36	4,00	5,00	4,77	5,00	0,43	4,00	5,00
<b>Q6: Grau de satisfação no que toca ao conhecimento que o enfermeiro(as) demonstrou ter sobre os cuidados que necessitava</b>	4,82	5,00	0,39	4,00	5,00	4,66	5,00	0,54	3,00	5,00
<b>Q7: Grau de satisfação com a relação estabelecida com o(s) enfermeiro(as)</b>	4,91	5,00	0,29	4,00	5,00	4,77	5,00	0,43	4,00	5,00
<b>Q8: Grau de satisfação global dos cuidados de enfermagem prestados</b>	4,91	5,00	0,29	4,00	5,00	4,71	5,00	0,46	4,00	5,00

**Legenda:**  $\bar{X}$ - média; Md- mediana; DP-desvio padrão; Min-valor mínimo; Máx- valor máximo

### 3.2. ESTUDO INFERENCIAL

O valor da satisfação no grupo experimental ( $\bar{X}=39,09\pm 2,71$ ) e no grupo de controlo ( $\bar{X}=37,20\pm 3,48$ ) evidencia que o grupo experimental apresentou maior grau de satisfação do que o grupo de controlo. Para testar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre grupo de controlo e grupo experimental, no que diz respeito à satisfação dos cuidados de enfermagem, oferecidos (Tabela 6), foi utilizado o teste t de Student.

Foi verificada a homogeneidade das variâncias pelo teste de Levene, tendo-se apurado que existia homogeneidade das variâncias ( $Z=12,41$ ;  $p=0,001$ ). Assim, com a aplicação do teste de t-Student, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ( $t=2,71$  (df57,46) e valor de  $p=0,009$ ). Resultado que permite aceitar a hipótese de investigação:

**H1 - Há diferença na satisfação dos cuidados de enfermagem oferecidos entre os sinistrados que receberam teleconsulta de enfermagem comparativamente aos que não receberam.**

Os resultados obtidos são concordantes com os estudos apresentados por Tan e Lang (2015), Shuen et al. (2018), Wright et al. (2018), Woods et al. (2019) e Blanco et al. (2020). Segundo os mesmos, a implementação da teleconsulta após a alta provou trazer vários benefícios aos utentes que dela usufruíram, entre os quais o aumento do grau de satisfação com os cuidados de saúde, tal como evidenciou este estudo. Por outro lado, Fagan (2021) não obteve resultados estatisticamente significativos ao nível da satisfação com a implementação da teleconsulta, após alta de um serviço de urgência. Ainda assim, concluiu

que clinicamente os resultados foram significativos. Um desses resultados foi o grau de satisfação aumentado, após a implementação da consulta telefónica de seguimento quando comparado com o período temporal antes da sua aplicabilidade.

Ainda acerca dos resultados obtidos, é de salientar que os valores de somatório da pontuação da satisfação, poderiam oscilar entre 8 pontos a 40 pontos, dependendo se estivermos, perante o valor mínimo de satisfação e o valor máximo de satisfação possível. Assim, podemos inferir que, em ambos os grupos, se verificou um valor de satisfação elevado, evidenciando que independentemente, do grupo ter recebido a teleconsulta ou não, os utentes que participaram no estudo, apresentaram um grau de satisfação elevado com os cuidados de enfermagem.

**Tabela 6 - Diferenças do somatório da satisfação entre grupo experimental e grupo de controlo, pelo teste t-Student**

	Grupo Experimental		Grupo Controlo	
	$\bar{X}$	DP	$\bar{X}$	DP
<b>Grau de Satisfação (8-40)</b>	39,09	2,17	37,20	3,48
<b>Teste de Levene</b>			Z = 12,41 p = 0,001	
<b>Teste t-Student</b>			t=2,71 df=57,46 p=0,009	

**Legenda:**  $\bar{X}$ - média; DP- desvio padrão; t-valor de teste t-Student; Z-valor de teste de Levene; p=valor de significância; df- *degrees of freedom* "grau de liberdade"

Para testar a existência de diferenças estatísticas entre grupo de controlo e grupo experimental no que diz respeito ao consumo de cuidados de saúde (Tabela 7), foi verificada a homogeneidade das variâncias pelo teste de Levene, tendo-se constatado que existia homogeneidade das variâncias (Z=0,19; p=0,66). Assim, com a aplicação do teste de t-Student, confere-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (t=-2,18 (df66) e valor de p=0,033). O grupo de controlo consumiu mais cuidados de saúde presenciais do que o grupo experimental. Resultado que permite validar a hipótese de investigação:

**H2 - Há diferença no consumo de cuidados de saúde entre sinistrados que receberam teleconsulta de enfermagem comparativamente aos que não receberam.**

Estes resultados vão ao encontro dos estudos de Record et al. (2015), no qual a teleconsulta de *follow-up* diminuiu o número de episódios nos serviços de saúde no mês após a alta, e de Shuen et al. (2018), do qual se concluiu que o grupo experimental, que recebeu a teleconsulta, após a alta tende a recorrer menos vezes aos serviços de urgência

ou a contactar o médico assistente do que o grupo que recebeu as instruções de alta de forma convencional.

**Tabela 7 - Diferenças do número de tratamentos entre grupo experimental e grupo de controlo, pelo teste t-Student**

	Grupo Experimental		Grupo Controlo	
	$\bar{X}$	DP	$\bar{X}$	DP
<b>Nº Tratamentos desde o sinistro à remoção do material de sutura</b>	1,79	0,78	2,26	0,98
<b>Teste de Levene</b>	Z = 0,19 p = 0,66;			
<b>Teste t-Student</b>	t=-2,18 df=66 p=0,03			

**Legenda:**  $\bar{X}$ - média; DP- desvio padrão; t-valor de teste t-Student; Z-valor de teste de Levene; p=valor de significância; df- *degrees of freedom* "grau de liberdade"

É importante refletir, que embora o grupo de controlo apresente uma percentagem significativa de participantes que não consideram importante o acompanhamento telefónico por parte da equipa de enfermagem (tabela 3), foram estes que mais estiveram presencialmente nos serviços, com média de tratamentos superior ao grupo experimental, mas, ainda assim, com valores de satisfação mais baixos. A recorrência aos serviços pode dever-se, por exemplo, a não se sentirem totalmente esclarecidos e seguros com a sua condição de saúde, pelo tempo entre o primeiro atendimento e o segundo decorrer sem contacto institucional e sentirem necessidade de contacto direto com a equipa de saúde.

#### 4. CONCLUSÃO DO ESTUDO

Nos últimos anos, o acompanhamento de utentes, por via remota têm vindo a adquirir maior importância na área da saúde pelas inúmeras vantagens que traz para o utente e para a sustentabilidade do Sistema de Saúde. Foca-se a acessibilidade do utente aos cuidados de saúde, a comodidade e confiança do utente nos profissionais e consequentes efeitos positivos na promoção do autocuidado, adesão ao regime terapêutico e satisfação global do utente nos cuidados de saúde recebidos. Por outro lado, a teleconsulta também se revelou uma estratégia de gestão das organizações, exigindo a racionalização de recursos humanos e materiais para melhor gestão dos serviços de saúde. A época pandémica vivenciada nos últimos anos enalteceu o papel das teleconsultas, mas este já era um tema abordado a nível mundial e foco de investigação em diversas vertentes da saúde.

O estudo descrito neste relatório cumpriu com os objetivos iniciais formulados. Foram analisados 68 participantes, divididos em dois grupos: um experimental (n=33), onde foi implementada a teleconsulta de enfermagem, após alta do CS, e o grupo de controlo (n=35) que usufruiu do acompanhamento convencional. Em ambos os grupos, verificou-se predominância de acidentes do foro laboral, sinistrados do sexo masculino, com média de idades de cerca de 41 anos. Igualmente em ambos os grupos, se concluiu que a localização anatómica mais frequente da ferida traumática foi nas extremidades dos membros superiores – mão – seguindo o padrão mais regular elencado na literatura.

Quando questionados se considerariam importante o contacto telefónico de acompanhamento pela equipa de enfermagem, mais de 90% dos participantes do grupo experimental validaram a importância do telefonema. Pelo contrário, no grupo de controlo, as respostas não seguiram um trajeto tão similar, havendo ainda 45,7% dos utentes desse grupo que não consideram importante o acompanhamento à distância.

Foi possível confirmar as duas hipóteses elaboradas inicialmente. Comprovou-se haver diferenças estatisticamente significativas na satisfação dos cuidados de enfermagem oferecidos entre o grupo experimental e o grupo de controlo. O grupo experimental apresentou valores de satisfação final mais elevados que o grupo de controlo. E atestou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas no consumo de cuidados de saúde entre os grupos. O grupo experimental, que usufruiu de teleconsulta de enfermagem, após a alta do serviço, apresentou um número de atendimentos presenciais menor que o grupo de controlo desde o dia do acidente até ao dia de remoção do material de sutura.

Perante os dados obtidos, pode-se concluir que a implementação da teleconsulta de enfermagem para acompanhamento dos sinistrados com ferida traumática submetidos a

tratamento cirúrgico conduziu a efeitos positivos para o sinistrado que dela usufruiu, já que para situações clínicas semelhantes, apresentou diminuição do número de episódios na instituição para tratamentos e grau de satisfação global final próximo do valor máximo ( $\bar{X}=39,09$  em 40). O facto de o número de deslocações à instituição ter sido menor no grupo experimental que no grupo de controlo, pode trazer vantagens a nível pessoal e económico para o utente e para a própria instituição, pelos gastos que um transporte e um tratamento podem trazer a ambos os intervenientes.

Por isso, em futuros estudos sobre o tema, sugere-se a análise mais aprofundada dos motivos que levam à recorrência dos serviços de saúde a fim de se poder incrementar melhorias nos cuidados prestados em resposta às necessidades dos utentes.

Ressalva-se como aspeto positivo e facilitador para a consecução deste estudo o envolvimento dos elementos da equipa de enfermagem do CS. Desde o momento da formação prévia acerca do estudo, até ao término da colheita de dados, sempre se mostraram interessados e participaram ativamente na recolha de todos os dados necessários para os resultados alcançados.

Uma limitação que o estudo apresentou é o número de participantes em ambos os grupos que, embora tenha sido ultrapassado o limite mínimo imposto pela mestranda ( $n=30$ ), considera-se, que teria sido mais relevante um tamanho de amostra superior. O alargamento do período de colheita de dados poderia ter sido benéfico mas o período pré-definido para entrega do presente relatório condicionou este aspeto. Além disso, a colheita de dados em épocas do ano que não envolvam épocas festivas ou férias laborais pode ser mais proveitosa, dado que nos meses de verão, estação também abrangida neste período de colheita de dados, existe menor tendência à ocorrência de sinistros de uma maneira geral já que diversas entidades patronais encerram por períodos.

## CONCLUSÃO

O relatório englobou a reflexão pessoal acerca das experiências vivenciadas e aprendizagens desenvolvidas, durante os três módulos de EC, e apresentou uma segunda parte de componente de investigação onde foi apresentado o projeto de melhoria contínua aplicado e os resultados obtidos. Desta forma, foram atingidos os objetivos estipulados para este documento.

Durante a reflexão realizada com base nas competências especializadas foi notório que nem sempre existiu um trajeto constante ao longo deste percurso. Ainda que todas as competências se considerem atingidas, houve momentos de maior dificuldade para a transposição na prática clínica dos conhecimentos adquiridos. Os fatores facilitadores para o sucesso deste percurso foram sempre a motivação pessoal, os colegas de profissão envolvidos em EC que apoiaram e suportaram o desenvolvimento das competências, os docentes que acompanharam diversas fases do percurso e a pesquisa contínua de evidência científica atual e adequada à área de especialização.

Neste momento, é possível reconhecer a importância das diferentes estratégias de gestão em vários contextos, cruciais na gestão de equipas e cuidados de saúde. O processo de tomada de decisão foi outro aspeto otimizado ao longo deste período, pautado pelos princípios éticos adjacentes, em consonância com a colaboração e comunicação efetiva entre todos os elementos da equipa de cuidados. O centro dos cuidados, dependendo do problema, foi o utente, cuidadores ou organização dos cuidados de saúde, com o intuito de encontrar a melhor resposta para as necessidades diagnosticadas.

Na vertente específica da PSC, atestou-se em como é determinante antecipar e/ou reconhecer rapidamente focos de instabilidade hemodinâmica e atuar perante os mesmos com uma prática baseada na evidência mais recente. Os documentos normativos da profissão orientaram o trabalho nesse sentido, dando relevo aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem na vertente da PSC.

Os referenciais teóricos acompanharam este percurso desde o seu início até findar, uma vez que a enfermagem especializada exige estreita interação entre a teoria e o desenvolvimento da prática, com o objetivo de se manter uma prestação de cuidados de enfermagem segura e regida por elevados padrões de qualidade. O poder e universalidade do conceito de "transição" originou a abordagem da teoria de Meleis de uma forma global, não descurando elementos do cuidar que, na ótica da mestranda, são imprescindíveis para o sucesso dos cuidados, como o conforto e o autocuidado. Neste sentido, foram também abordados os enquadramentos teóricos de Kolcaba e Orem.

O curso de mestrado demonstrou ser um processo enriquecedor, não só a nível profissional como a nível pessoal. Porque, não basta apenas enunciar as conquistas mas manter presente todos os obstáculos encontrados no percurso e que exigiram à estudante promover estratégias de desenvolvimento pessoal e profissional para os debelar.

A situação epidemiológica mundial vivida desde 2020 abrangeu não só a componente letiva teórica do plano curricular, mas também os períodos de EC. Por vezes, tornou-se um fator dificultador pelas exigências que a própria epidemia impôs na prestação de cuidados de saúde, mas também com a acumulação dos EC com a vida profissional e familiar mantida. A carga horária de EC é elevada e todo o processo da sua realização tornou-se árduo e desafiante.

Com o trabalho de investigação desenvolvido, atestou-se a importância do contacto entre profissional de saúde-utente, mesmo que de forma remota, para o aumento da satisfação global do utente nos cuidados de enfermagem que lhe foram prestados. A utilização das TIC para o acompanhamento do utente provou, mais uma vez, estar no centro dos cuidados de saúde modernos e uma alternativa às presenças nas instituições de saúde, desde que bem avaliada e diagnosticada cada situação.

Este percurso veio contribuir para a adoção de uma prática clínica reflexiva mais fundamentada, proporcionando cuidados de enfermagem seguros e de qualidade a quem deles precisa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos. [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes\\_Tecnicas\\_Cuidados\\_Intensivos\\_09\\_2013.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes_Tecnicas_Cuidados_Intensivos_09_2013.pdf)
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência. <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>
- Agência Europeia do Medicamento. (2018). Dexdor (Dexmedetomidina). [https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/dexdor-epar-medicine-overview\\_pt.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/dexdor-epar-medicine-overview_pt.pdf)
- Aleixo, T. (2010). Contributo de enfermagem para a gestão. Centro Português em História e Trabalho Social, p. 1-6. <http://www.cpihts.com/PDF04/artigo%20gest%C3%A3o.pdf>
- Almeida, O. (2007). O Consentimento Informado na Prática do Cuidar em Enfermagem. Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22448/4/O%20Consentimento%20Informado%20na%20Prtica%20do%20Cuidar%20em%20Enfermagem.pdf>
- American Association of Respiratory Care. (2010). AARC Clinical Practice Guidelines. Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways 2010. *Respiratory care*, 55(6), 758-764. <http://rc.rcjournal.com/content/55/6/758>
- Anjos, M. & Oselame, G. (2013). Cuidados de enfermagem para pacientes idosos com fístula arteriovenosa em terapia de hemodiálise. *Revista UNIANDRADE*, 14(3), 251-262. [https://www.researchgate.net/publication/277613669\\_Cuidados\\_de\\_Enfermagem\\_para\\_Pacientes\\_Idosos\\_com\\_Fistula\\_Arteriovenosa\\_em\\_Terapia\\_de\\_Hemodialise](https://www.researchgate.net/publication/277613669_Cuidados_de_Enfermagem_para_Pacientes_Idosos_com_Fistula_Arteriovenosa_em_Terapia_de_Hemodialise)
- Arantes, R., Carreiro, M. & Silva, T. (2021). Métodos aplicados em Unidades Hospitalares para diminuir a contaminação/densidade microbiana de cortinas de privacidade. *Revista Pró-UniverSUS*, 12(2), suplemento: 21-26. <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/2700>
- Araújo, A. & Espírito Santo, E. (2012). A importância das intervenções do enfermeiro nas intercorrências durante a sessão de hemodiálise. *Caderno Saúde e Desenvolvimento*, 1(1), 44-58. <https://cadernosuninter.com/index.php/saude-e-desenvolvimento/article/view/263>
- Aryani, D. & Tanner, J. (2018). Does open or closed endotracheal suction affect the incidence of ventilator associated pneumonia in the intensive care unit? A systematic review. *Enfermería Clínica*, 28, 325-331. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862118301797?via%3Dihub>
- Ascensão, H. (2010). Da qualidade dos cuidados de enfermagem à satisfação das necessidades do utente. Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26626/2/Helena%20Asceno%202010%20Dissertao%20de%20Mestrado%20em%20Cincias%20de%20Enfermagem%20Da%20qualidade%20dos%20cuidados%20satisfao%20das%20neces1.pdf?links=false>
- Assembleia da República. (2012). Lei nº25/2012, de 16 de julho. Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). <https://files.dre.pt/1s/2012/07/13600/0372803730.pdf>
- Assembleia da República. (2019). Lei nº95/2019, de 4 de setembro. Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*, 1ª Série, N°169, p. 5688-5724. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem perioperatória - da filosofia à prática dos cuidados*. Lisboa.: Lusodidacta.
- Associação Médica Mundial. (2022). Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares. (2020). Aprender com a COVID-19: a visão dos gestores de saúde em Portugal. <https://apah.pt/noticia/aprendendo-com-a-covid-19-a-visao-dos-gestores-de-saude-em-portugal/>
- Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória. (2014). Recomendações para anestesia regional em cirurgia ambulatória. Porto, 1-58. <https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoesAnestesiaRegional2.pdf>

- Autoridade para as Condições do Trabalho. (2022). Estatísticas de Acidentes de Trabalho - Acidentes de Trabalho Graves. [https://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/CentroInformacao/Estatistica/Paginas/AcidentesdeTrabalhoGraves.aspx](https://www.act.gov.pt/(pt-PT)/CentroInformacao/Estatistica/Paginas/AcidentesdeTrabalhoGraves.aspx)
- Baggio, M. Pomatti, D. & Bettinelli, L. (2011). Privacidade em Unidade de Terapia Intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 25-30. <https://www.scielo.br/j/reben/a/jskVrQ4XHjVGhZqjnxMs4h/?format=pdf&lang=pt>
- Ball, L. (2005). Improving Arteriovenous Fistula Cannulation Skills. *Nephrology Nursing Journal*, 32 (6), 1-8. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.526.2632&rep=rep1&type=pdf>
- Batalha, L. & Correia, M. (2018). Prevenção da dor na punção venosa em crianças : estudo comparativo entre anestésicos tópicos. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(18), 93–102. <https://doi.org/10.12707/RIV18021>
- Batalha, L., Figueiredo, A. & Marques, M. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Beahvioural Pain Scale - Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*, III série nº9, 7-16. <https://scielo.pt/pdf/ref/vserIIIIn9/serIIIIn9a01.pdf>
- Beauchamp, T. & Childress, J. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed. Nova Iorque: Oxford University Press.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Blanco, E., Samuels, S. & Kimball, R. (2020). Impact of Telephone Follow-Up on Patient Satisfaction in a Pediatric Neurosurgery Clinic. *Journal of Patient Experience*, 7 (6), 1255-1259. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33457573/>
- Bugedo, G. Tobar, E. Aguirre, M. Gonzalez, H. Godoy, J. Lira, M. ... Ugarte, H. (2013). Implantação de protocolo de redução de sedação profunda baseado em analgesia comprovadamente seguro e factível em pacientes submetidos a ventilação mecânica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25(3), 188-196. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25(3), 188-196. <https://www.scielo.br/j/rbti/a/tc7sZcF96fGDNXX5QGHXq6k/?lang=pt>
- Busanello, J., Härter, J., Bittencourt, C., Cabral, T. & Pinto, S. (2021). Boas Práticas para Aspiração de Vias Aéreas de Pacientes em Terapia Intensiva. *Journal of Nursing and Health*, 11(1), 1-13. <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19127/12524>
- Cais, D., Turrini, R. & Strabelli, T. (2009). Infecções em pacientes submetidos a tratamento hemodialítico: revisão sistemática. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 21 (3), 269-275. <https://www.scielo.br/j/rbti/a/4W93GTDh9mBnbRTcHn9gt6S/?format=pdf&lang=pt>
- Cancho, V. (2004). *Noções de Estatística e Probabilidade*. Universidade Federal de Ouro Preto. <https://document.onl/documents/vicente-garibay-cancho-nocoos-de-estatistica-e-probabilidade.html?page=1>
- Carvalho, S. (2021). Satisfação de médicos e doentes com a Teleconsulta. Universidade do Porto. [https://sigarra.up.pt/faup/en/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_doc\\_id=299430](https://sigarra.up.pt/faup/en/pub_geral.show_file?pi_doc_id=299430)
- Chaves, C; Duarte, J. & Amaral, O. (2016). Satisfação dos utentes dos cuidados de saúde primários com os cuidados de enfermagem - amostra da região centro de Portugal. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, vol. 1, núm. 2, pp. 339-346. <https://www.redalyc.org/journal/3498/349851778037/html/>
- Chick, N. & Meleis, A. (1986). Transitions: a nursing concern. In P. L. Chinn. *Nursing research methodology: issues and implementation*, 237-257. Maryland: Aspen.
- Coccia, M. & Benati, I. (2018). Comparative Studies. *Global Encyclopedia of Public Administration, Public Policy, and Governance*. 1-7. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-31816-5\\_1197-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-31816-5_1197-1)
- Coelho, A., Diniz, A. & Hartz, Z. (2014). Gestão integrada da doença renal crónica: análise de uma política inovadora em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 69-79. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902514000108>
- Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017). Padrões de 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 e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)
- Conselho de Enfermagem. (2021). Parecer nº53/2021 - Consulta de enfermagem e teleconsulta de enfermagem. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA-53\\_ce\\_13012021\\_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf)

- Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017). Parecer Conjunto nº01/2017: Atribuição de responsável de turno. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8246/parecerconjuntoce\\_mceemc\\_01-2017\\_atribuicaoresponsavelturno\\_.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8246/parecerconjuntoce_mceemc_01-2017_atribuicaoresponsavelturno_.pdf)
- Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. (2001). Parecer CJ/20-2001 - Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ\\_Documentos/Parecer\\_CJ\\_20-2001.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf)
- Deloitte. (2012). Survey of U.S. Health Care Consumers: The performance of the health care system and health care reform. <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/life-sciences-health-care/us-lshc-2012-survey-of-us-consumers-health-care.pdf>
- Despotovic, A., Milosevic, B. & Milosevic, I. (2020). Hospital-acquired infections in the adult intensive care unit - Epidemiology, antimicrobial resistance patterns, and risk factors for acquisition and mortality. *American Journal of Infection Control*, 48, 1211-1215. <https://www.ajicjournal.org/action/showPdf?pii=S0196-6553%2820%2930036-5>
- Diniz, D., Sousa, F. & Hannes, I. (2018). Bioética e diálise: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Bioética*, 14, 97-98. <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/26275/23026>
- Direção-Geral da Saúde. (2001). Rede de Referência Hospitalar Urgência/Emergência. [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia\\_Emergencia\\_2001.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa nº09/DGCG: A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2007). Programa nacional de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Norma nº029/2012. Precauções Básicas do Controlo de Infeção. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infeccao1.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma 015/2013 - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido Dado por Escrito. <http://www.aenfermagemeasleis.pt/wp/wp-content/uploads/2015/11/Norma-015-DGS-Consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito-04-11-20151.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). Norma 018/2014 (atualizada a 24/04/2015) - Prevenção e Controlo de Colonização por *Staphylococcus aureus* resistentes à meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados. [https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Maio/Norma\\_018\\_2014.pdf](https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Maio/Norma_018_2014.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2015a). Norma 019/2015 (atualizada a 30/05/2017) - "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023711.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2015b). Norma 021/2015 (atualizada a 30/04/2017) - "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia associada à Intubação. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023710.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2015c). Norma 022/2015 (atualizada a 30/05/2017) - "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção relacionada com Cateter Venoso Central. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/i022018.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Norma 007/2019 - Higiene das mãos nas unidades de saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2020a). Norma nº004/2020 [19/04/2021]. Abordagem do doente com suspeita ou confirmação de COVID-19. [https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/04/Norma\\_004\\_2020\\_act\\_19\\_04\\_2021.pdf](https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/04/Norma_004_2020_act_19_04_2021.pdf)

- Direção-Geral da Saúde. (2020b). Norma 007/2020 - Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Guias da Saúde - Teleconsulta. <https://www.sns24.gov.pt/guia/teleconsulta/>
- Direção-Geral da Saúde. (s/d). Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA. <https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/notific-sistema-nacional-de-notificacoes-de-incidentes-e-de-eventos-adversos.aspx>
- Dray, G. (1999). O Princípio da Igualdade no Direito da Saúde. Coimbra: Edições Almedina.
- Elliott, M. & Liu, Y. (2010). The nine rights of medication administration: an overview. *British Journal of Nursing*, 19 (5), 300-305. <https://publicationslist.org/data/m.elliott/ref-2/Nine%20medication%20rights.pdf>
- Entidade Reguladora da Saúde. (s/d). Satisfação do Utente. <https://apch2.ers.pt/pages/219>
- European Center for Disease Prevention and Control. (2013). Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf>
- Evans, C. & Schwartz, R. (2019). Using Tabletop Exercises as an Innovative and Practical Teaching Strategy in Response to External Disaster Scenarios. *Nursing Education Perspectives*, 40(1), 62-64. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29629933/>
- Fagan, S. (2021). Post-discharge Phone Calls in the Emergency Department: Do Follow-Up Calls Increase Patient Satisfaction and Reduce Post-Discharge Complications? University of South Carolina. <https://scholarcommons.sc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1000&context=dnproj>
- Faria, J., Pontífice-Sousa, P. & Gomes, M. (2018). O conforto do doente em cuidados intensivos - revisão integrativa. *Enfermería Global*, nº50, 490-502. [https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n50/pt\\_1695-6141-eg-17-50-477.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n50/pt_1695-6141-eg-17-50-477.pdf)
- Fortin, M. (1996). O Processo de Investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência.
- Fram, D., Taminato, M. & Ferreira, D. (2009). Prevenção de infeções de corrente sanguínea relacionadas a cateter em pacientes em hemodiálise. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 564-568. <https://www.scielo.br/j/ape/a/YpdNQs9HKWs7jq64BjRPTDp/?format=pdf&lang=pt>
- Fresenius Medical Care. (2011). Manual de Hemodiálise para Enfermeiros. Lisboa: Edições Almedina.
- Friães, B. (2021). Telemedicina: o acompanhamento de doentes por teleconsulta - uma revisão sistemática sem metanálise. Faculdade de Medicina de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/51622/1/BrunaFFriaes.pdf>
- Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde. (2020). Despacho nº12-A/2020, de 2 de janeiro. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 1, p. 165-(2)-165-(3). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/12-a-2020-127728187>
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Despacho nº9390/2021, de 24 de setembro. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 187, p. 96-103. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Garcia, L. . (2001). Adaptação do Insuficiente Renal Crónico à Hemodiálise – Contributos do Enfermeiro. Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9765>
- Godinho, C. (2020). A aprendizagem em simulacros e a aquisição de competências na gestão de catástrofes. Universidade Europeia. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36677/1/Disserta%3%a7%3%a3o%20de%20Doutorament%20em%20Gest%3%a3o%20-%20C%3%a1tia%20Godinho.pdf>
- Goldim, J. (2003). Aspectos Éticos da Assistência em Situações de Emergência e Urgência. <https://www.ufrgs.br/bioetica/emergen.htm>
- Gomes, E. & Nascimento, M. (2018). Assistência de enfermagem nas complicações durante as sessões de hemodiálise. *Enfermagem Brasil*, 17 (1), 10-17. <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1127>
- Hadaya, J. & Benharash, P. (2020). Prone Positioning for Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS). *JAMA*, 324(13), 1361. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2769872>
- Hodgins, M., Ouellet, L. & Pond, S. (2008). Effect of telephone follow-up on surgical orthopedic recovery. *Applied Nursing Research*, 21(4), 218-226. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18995164/>

- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). Situação de Exceção - Manual TAS. 1ª Ed. Versão 3.0. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Instituto Politécnico de Leiria. (2014). Aviso Nº 9191/2014, de 11 de agosto. Diário da República, Nº153, 2ª Série, p.20719. <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2071920719.pdf>
- Instituto Politécnico de Leiria. (2016). Regulamento nº877/2016, de 21 de setembro. Diário da República Nº182, 2ª série, p.28748-28754. <https://files.dre.pt/2s/2016/09/182000000/2874828754.pdf>
- Instituto Politécnico de Leiria. (2020). Despacho nº8925/2020, de 17 de setembro. Diário da República N.º182, 2ª Série, p.256-259. <https://files.dre.pt/2s/2020/09/182000000/0025600259.pdf>
- International Council of Nurses. (2019). Core Competencies in Disaster Nursing Version 2.0. [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN\\_Disaster-Comp-Report\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf)
- International Health Facilities Guidelines. (2017). Isolation Rooms. Part B, Versão 5, 19-28. [https://healthfacilityguidelines.com/ViewPDF/ViewIndexPDF/iHFG\\_part\\_d\\_isolation\\_rooms](https://healthfacilityguidelines.com/ViewPDF/ViewIndexPDF/iHFG_part_d_isolation_rooms)
- Jensen, B., Kristensen, S. & Christensen, S. (2011). Efficacy of tele-nursing consultations in rehabilitation after radical prostatectomy: a randomised controlled trial study. *International Journal of Urological Nursing*, 5 (3), 123-130. [https://www.researchgate.net/publication/230236479\\_Efficacy\\_of\\_tele-nursing\\_consultations\\_in\\_rehabilitation\\_after\\_radical\\_prostatectomy\\_A\\_randomised\\_controlled\\_trial\\_study](https://www.researchgate.net/publication/230236479_Efficacy_of_tele-nursing_consultations_in_rehabilitation_after_radical_prostatectomy_A_randomised_controlled_trial_study)
- Júnior, A. (2007). Infecção em Cirurgia de Emergências e Trauma: Prevenção, Diagnóstico e Tratamento. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 40 (3), 329–334. <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/330>
- Kane-Gill, S., Dasta, J., Buckley, M., Devabhakthuni, S., Liu, M., Cohen, H., ... & Smith, B. (2017). Clinical Practice Guideline: Safe Medication Use in the ICU. *Critical Care Medicine*, 45(9), e877-e915. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28816851/>
- Kapur, G. & Baéz, A. (2017). *International disaster health care: Preparedness, Response, Resource Management, and Education. Designing Resilience.* University of Pittsburgh Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctt5hj0c.16>
- Kérouac, S., Pepin, J. & Ducharme, F. (1994). *La Pensée Infirmière – Conceptions et Stratégies.* Québec: Éditions Vivantes.
- Kishner, S. (2018). Electromyography and nerve conduction studies. <https://emedicine.medscape.com/article/2094544-overview>
- Kleinpell, R. (1997). Improving telephone follow-up after ambulatory surgery. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses / American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 12 (5), 336-340. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9370579/>
- Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237-240. [https://www.researchgate.net/publication/21217515\\_A\\_Taxonomic\\_Structure\\_for\\_the\\_Concept\\_Comfort](https://www.researchgate.net/publication/21217515_A_Taxonomic_Structure_for_the_Concept_Comfort)
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research.* New York.: Springer Publishing Company.
- Li, D., Puntillo, K. & Miaskowski, C. (2008). A review of objective pain measures for use with critical care adult patients unable to self-report. *The Journal of Pain*, 9(1), 2-10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17981512/>
- Lira, A., Fernandes, M. & Silva, F. (2018). Cuidados de enfermagem para a prevenção de infecção em pacientes submetidos a hemodiálise. *Revista Cubana de Enfermería*, 34 (1), 182-196. <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v34n1/1561-2961-enf-34-01-e1239.pdf>
- Macedo, R. (2017). Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a população portuguesa. Instituto Politécnico de Viseu. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4540>
- Manning, A., Bezzo, L., Hobson, J., Zoeller, J., Brown, C. & Henderson, K. (2020). Dexmedetomidine Dosing to Prevent Pediatric Emergency Delirium. *AANA Journal*, 88(5), 359-364. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32990204/>
- Martinho, C. & Rodrigues, I. (2016). Communication of mechanically ventilated patients in intensive care units. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(2), 132–140. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4943050/pdf/rbti-28-02-0132.pdf>

- Martini, S.& Sturza, J. (2017). A dignidade humano enquanto princípio de proteção e garantia dos direitos fundamentais sociais: o direito à saúde. *Cadernos Ibero-Americanos do Direito Sanitário*, 6(2), 25-41. <https://doi.org/10.17566/ciads.v6i2.367>
- Martins, M. & Lopes, M. (2010). Consulta telefónica como intervenção de enfermagem ao doente e família com dor crónica, numa unidade de dor. *Pensar Enfermagem*, 14 (1), 39-57. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23961/1/2010\\_14\\_1\\_39-57%284%29.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23961/1/2010_14_1_39-57%284%29.pdf)
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (2010). *Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission*. In A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Mello, J., Rocha, P., & Oliveski, C. (2018). A importância da utilização de EPIS na realização do cuidado com os pacientes submetidos ao isolamento de contato na terapia intensiva: relato de experiência. *UNIJUI. XIX Jornada de Extensão*. <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/9759>
- Melo, J., Dias, A. & Vilares, F. (2016). Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise. *Cadernos da Ordem dos Enfermeiros*, série 1 (9), 3-98. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise\\_vf\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise_vf_site.pdf)
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2020). *Orientações COVID-19 - Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para Pessoas com COVID-19*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17940/mesa-do-col%C3%A9gio-da-especialidade-de-enfermagem-de-reabilita%C3%A7%C3%A3o-orienta%C3%A7%C3%B5es-covid-19.pdf>
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2015). *Parecer nº20/2015: Competências do Enfermeiro Chefe de Equipa do Serviço de Urgência*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEEMC\\_Parecer\\_20\\_EnfermeiroChefeServicosUrgencia.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEEMC_Parecer_20_EnfermeiroChefeServicosUrgencia.pdf)
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2016). *Parecer nº06/2016: Especificidade da área de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8251/parecer\\_06\\_13\\_12\\_2016\\_mceemc\\_valorizacao-cuidadosenfesppessoaosituaacaocritica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8251/parecer_06_13_12_2016_mceemc_valorizacao-cuidadosenfesppessoaosituaacaocritica.pdf)
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017). *Parecer nº09/2017 - Transporte da Pessoa em Situação Crítica*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer\\_09\\_2017\\_MCEEMC\\_TransportePessoaSituacaCritica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_09_2017_MCEEMC_TransportePessoaSituacaCritica.pdf)
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2018a). *Parecer nº15/2018 - Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15\\_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf)
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2018b). *Parecer nº14/2018 (retificado): Alocação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na sala de reanimação - Posto de Trabalho nos serviços de urgência/emergência*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n%C2%BA-14\\_2018\\_rectificado.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n%C2%BA-14_2018_rectificado.pdf)
- Mesquita, E. (2016). *Formação e ação docente: Desenvolvendo competências profissionais. Professores e Escolas: conhecimento, formação e ação*. [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13437/3/E-BOOK\\_Professores%20e%20Escolas\\_2016.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13437/3/E-BOOK_Professores%20e%20Escolas_2016.pdf)
- Meyer, P. (1983). *Probabilidade - Aplicações à Estatística*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, S.A.
- Miller, A., Barton, K. & Hassn, A. (2012). Nurse-Led Telephone Follow-Up After Day Case Surgery. *The Journal for Nurse Practitioners*, 8 (5), e7-e8. [https://www.npjournals.org/article/S1555-4155\(11\)00470-3/pdf](https://www.npjournals.org/article/S1555-4155(11)00470-3/pdf)
- Ministério da Saúde. (2014). *Despacho nº10319/2014, de 11 de agosto. Diário da República, 2ª Série, N.º 153, p. 20673-20678*. <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Ministério da Saúde. (2015a). *Despacho nº5613/2015, de 27 de maio. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário da República, 2º Série, N.º 102, p.13550-13553*. <https://dre.pt/application/conteudo/67324029>
- Ministério da Saúde. (2015b). *Despacho nº1400-A/2015, de 10 de fevereiro. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República, 2.ª série, N.º 28, p. 3882-(2)-3882-(10)*. <https://files.dre.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>

- Ministério da Saúde e Direção-Geral da Saúde. (s/d). Carta dos Direitos do Doente Internado. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
- Mitchell, D. & Seckel, M. (2018). Acute Respiratory Distress Syndrome and Prone Positioning. *AACN Advanced Critical Care*, 29(4), 415-425. <https://aacnjournals.org/aacnacconline/article/29/4/415/2281/Acute-Respiratory-Distress-Syndrome-and-Prone>
- Montero, R., Arellano, F. & Abad, M. (2012). Pain degree and skin damage during arterio-venous fistula puncture. *EDTNA-ERCA Journal*, 30 (4), 208-212. [https://www.researchgate.net/publication/7902611\\_Pain\\_degree\\_and\\_skin\\_damage\\_during\\_arteriovenous\\_fistula\\_puncture](https://www.researchgate.net/publication/7902611_Pain_degree_and_skin_damage_during_arteriovenous_fistula_puncture)
- Motta, O. & Paulo, A. (2020). Revisão de Literatura: Aspetos Bioéticos da Tomada de Decisão do Enfermeiro em Terapia Intensiva. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(2), 2456-2474. <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/8149/10399>
- Moura, C., Martins, M. & Lobo, A. (2015). Preservação da privacidade em hemodiálise: percepção dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, série IV* (6), 97-104. [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2536&id\\_revista=24&id\\_edicao=85](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2536&id_revista=24&id_edicao=85)
- Néné, M. & Sequeira, C. (2017). *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Nolasco, F., Loureiro, A., Ferreira, A., Macário, F., Barata, J., Sá, H. ..., Matias, A. (2017). Rede nacional de especialidade hospitalar e de referência - Nefrologia. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/06/RNEHR-Nefrologia-Aprovada-19-06-2017.pdf>
- Nora, C., Deodato, S. & Vieira, M. (2016). Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. *Contexto Enfermagem*, 25(2), 1-9. <https://www.scielo.br/j/tce/a/cVF3gxmVvNBfVvfn6gbBgtF/?format=pdf&lang=pt>
- Oliveira, A. & Soares, E. (2014). A comunicação como importante ferramenta nas orientações em uma unidade de hemodiálise: um estudo reflexivo. *Saúde e Transformação Social*, 5 (3), 118-123. <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/2279>
- Oliveira, E. (2012). O primeiro contacto da família com a UCI. *Escola Superior de Saúde de Viseu*. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1804>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008a). Parecer nº08/2008 do Conselho Jurisdicional: Informações telefónicas a familiares de utentes. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ\\_Documentos/Parecer8\\_2008\\_%20informacoes\\_telefonicas.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer8_2008_%20informacoes_telefonicas.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2008b). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº429/2018, de 16 de julho. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista 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 e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2ª Série, Nº135, 19359-19370. <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento nº140/2019, de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª Série, Nº26, 4744-4750. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento nº743/2019, de 25 de setembro. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 2ª Série, Nº184, 128-184. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). Guia de recomendações para as consultas de enfermagem à distancia/telenfermagem. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20833/recomendac-o-es-telenfermagem-src-oe\\_emcp.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20833/recomendac-o-es-telenfermagem-src-oe_emcp.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). Regulamento nº613/2022, de 8 de julho. Regulamento que define o ato do enfermeiro. *Diário da República*, 2ª Série, Nº131, 179-182. <https://files.dre.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>

- Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de doentes críticos - Recomendações. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis, MO: Mosby.
- Organização Internacional do Trabalho. (2009). Segurança e saúde no trabalho para homens e mulheres. [https://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/ltens/Noticias/Documents/Brochura\\_SeguranA7a2020Saude1.pdf](https://www.act.gov.pt/(pt-PT)/ltens/Noticias/Documents/Brochura_SeguranA7a2020Saude1.pdf)
- Organização Mundial de Saúde. (2010). Telemedicine: opportunities and developments in member states. [https://www.who.int/goe/publications/goe\\_telemedicine\\_2010.pdf](https://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf)
- Organização Mundial de Saúde. (2011). Report on the Burden of Endemic Health Care Associated Infection Worldwide. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf)
- Organização Mundial de Saúde. (2020). Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected - Interim Guidance. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331446>
- Padilha, K., Sousa, R., Miyadahira, A., Cruz, D., Vattimo, M., Kimura, M, ... & Ducci, A. (2005). Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/tBrxzB56MHnkqDjX4TrXrrx/?format=pdf&lang=pt>
- Pagotto, I., Oliveira, R. & Araújo. (2008). Comparação entre os sistemas aberto e fechado de aspiração. *Revisão Sistemática. Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(4), 331-338. <https://www.scielo.br/j/rbti/a/wdMprHjFWB3Cr9cbPWK8wjt/?format=pdf&lang=pt>
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., ... Coutinho, P. (2017). Rede Nacional De Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Parreira, A. & Marques, R. (2017). *Feridas - Manual de Boas Práticas*. Lisboa: Lidel - edições técnicas, lda.
- Patoleia, F. (2017). Atuação em caso de emergência/catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos do CH. Instituto Politécnico de Setúbal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17629/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20Final%20-%20Vers%C3%A3o%20digital.pdf>
- Pereira, C. & Veiga, N. (2014). Educação Para a Saúde Baseada em Evidências. *Millenium*, 46, 107-136. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8144>
- Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica. Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Educare*, 20(1), 1-23. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/ree/v20n1/1409-4258-ree-20-01-00189.pdf>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinheiro, A. & Marques, R. (2019). Behavioural Pain Scale e Critical Care Pain Observation Tool para avaliação da dor em pacientes graves intubados orotraquealmente. *Revisão Sistemática da Literatura. Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31 (4), 571-581. <https://www.scielo.br/j/rbti/a/Nj8dWkNZz4gNRyLCLYcMbxh/?lang=pt&format=pdf>
- Potra, T. (2015). Gestão de cuidados de enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade dos cuidados de enfermagem. Universidade de Lisboa. [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20608/1/uIsd071644\\_td\\_Teresa\\_Potra.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20608/1/uIsd071644_td_Teresa_Potra.pdf)
- Presidência do Conselho de Ministros. (2019). Decreto-Lei nº71/2019, de 27 de maio. *Diário da República, I Série*, Nº 101, 2626-2642. <https://files.dre.pt/1s/2019/05/10100/0262602642.pdf>
- Prevaldi, C., Paolillo, C. & Locatelli, C. (2016). Management of traumatic wounds in the emergency department: position paper from the Academy of Emergency Medicine and Care (AcEMC) and the World Society of Emergency Surgery (WSES). *World Journal of Emergency Surgery*, 11 (30), 1-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27330546/>
- Provost, S., Lanham, H. & Leykum, L. (2015). Health care huddles: managing complexity to achieve high reliability. *Health Care Manage*, 40 (1), 2-12. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24589926/>
- Pudas-Tähkä, S., Axelin, A. & Aantaa, R. (2009). Pain Assessment Tools for Uncouncscious or sedated intensive care patients: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 946-956. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04947.x>
- Queiroz, L., Arantes, L. & Fonseca, N. (2011). Uso correto do monitor de consciência. *Revista Médica de Minas Gerais*, 21(2 Supl 3), 50-58. <http://rmmg.org/artigo/detalhes/878>
- Rao, Y., Zeng, R. & Yang, X. (2020). The Effect of Dexmedetomidine on Emergence Agitation or Delirium in Children After Anesthesia - A Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Studies. *Frontiers in*

- Pediatrics, 8, article 329, 1-19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7381209/pdf/fped-08-00329.pdf>
- Rasheed, S. (2015). Self-Awareness as a Therapeutic Tool for Nurse/Client Relationship. *International Journal of Caring Sciences*, 8(1), 211-16. <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/24-%20Review-Parveen.pdf>
- Record, J., Niranjani-Azadi, A. & Christmas, C. (2015). Telephone calls to patients after discharge from the hospital: an important part of transitions of care. *Medical Education Online*, 20 (1), 26701. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4417079/>
- Relvas, R. (2018). Implementação e organização da formação em serviço na USF Salus. Instituto Politécnico de Portalegre. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23528/1/ESSTFC620.pdf>
- Rodrigues, M., Santana, L. & Galvão, I. (2017). Utilização do ABCDE no atendimento do traumatizado. *Medicina*, 96(4), 278-280. <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/123390>
- Rodrigues, M., Hercules, A. & Gnatta, J. (2022). Teleconsulta como prática avançada de enfermagem na pandemia de COVID-19 à luz de Roy e Chick-Meleis. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 56(spe):e20210438. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/xVLtxNqr67DmzFYjkmVpw9f/?format=pdf&lang=pt>
- Roqué-Sánchez, M. & Macpherson, I. (2018). Análise da Ética de Princípios, 40 anos depois. *Revista Bioética*, 26 (2), 189-197. <https://www.scielo.br/j/bioet/a/vDv3ByFcxmgyrhjxZLpv3wt/?format=pdf&lang=pt>
- Rosa, I., Pais, D., & Consciência, J. (2016). Os princípios da bioética aplicados em urgência hospitalar. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23(1), 18-23. [https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23\\_n1\\_2016\\_18\\_23.pdf](https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n1_2016_18_23.pdf)
- Santos, E., Marcelino, L. & Abrantes, L. (2015). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE. *Millenium*, 49 (jun-dez), 153-171. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083>
- Santos, K., Souza, W., Silva, C., Alves, A., Fortes, G., Fortes, M., ... Valente, A. (2021). Principais intercorrências durante sessões de hemodiálise em pacientes com comorbidades. *Brazilian Journal of Development*, 7 (2), 14066-14079. <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/24441>
- Scaurich, D. & Crossetti, M. (2010). Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. *Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery*, 14 (1), 182-188. <https://www.scielo.br/j/ean/a/gSHfvM6GK5FGzYyRzMnyknc/?format=pdf&lang=pt>
- Schulz, R., Santana, R. & Santos, C. (2020). Telephonic nursing intervention for laparoscopic cholecystectomy and hernia repair: A randomized controlled study. *BMC Nursing*, 19 (38), 1-9. <https://bmcnurs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12912-020-00432-y.pdf>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde & Centro Nacional de TeleSaúde. (2019). PENTS – Plano estratégico nacional para a telessaúde 2019-2022. [https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/PENTS\\_portugu%C3%AAs.pdf](https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/PENTS_portugu%C3%AAs.pdf)
- Shuen, J., Wilson, M., Kreshak, A., Mullinax, S., Brennan, J., Castillo, E. ... Vilke, G. (2018). Telephone, texted, or typed out: A randomized trial of physician-patient communication after emergency department discharge. *The Journal of Emergency Medicine*, 55(4), 573-581. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0736467918307418>
- Silva, G., Peixoto, A., Morais, K, Souza, L. Gonçalves, L., Santana, P., ... Lima, A. (2021). Aplicabilidade da teoria do autocuidado na sistematização da assistência de enfermagem à pessoa com doença renal crónica. *Brazilian Journal of Development*, 7 (6), 56446-56461. <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/31022/pdf>
- Silva, R., Luz, M. & Fernandes, J. (2018). Becoming a specialist: Portuguese nurses' expectations after completing the specialization program. *Revista De Enfermagem Referência*, IV Série (16), 147–154. <https://doi.org/10.12707/RIV17076>
- Smith, D., & Bowden, T. (2017). Using the ABCDE approach to assess the deteriorating patient. *Nursing Standard*, 32(14), 51-63. <https://journals.rcni.com/nursing-standard/using-the-abcde-approach-to-assess-the-deteriorating-patient-ns.2017.e11030>
- Soares, C. (2008). O Processo Supervisivo. Universidade de Aveiro. <http://supervisaoclinicanaenfermagem.wdfiles.com/local--files/contributos-do-enf-sergio-soares/O%20PROCESSO%20SUPERVISIVO.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2010). Plano Nacional de Avaliação da Dor. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>

- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2020). Recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos para a Abordagem do COVID-19 em Medicina Intensiva. <http://spdinc.org/wp/wp-content/uploads/2020/03/recomenda%C3%A7%C3%B5es-SPCI-COVID-19.pdf>
- Sousa, B. (2014). O follow-up e as complicações pós-operatórias em cirurgia de ambulatório. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=33671&code=644>
- Sousa, L., Vieira, C. & Marques, M. (2019). Avaliação e efetividade da analgesia em pessoas submetidas a hemodiálise. Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento, 5 (2), 1832-1844. <http://www.rdpc.uevora.pt/handle/10174/27294>
- Sousa, M., Medeiro, R. & Costa, T. (2015). Comorbidades de pacientes renais crónicos e complicações associadas ao tratamento hemodialítico. Revista Científica da Federação Internacional de Educação Física, 85 (1). <http://www.fiebulletin.net/index.php/fiebulletin/article/view/85.a1.130/10547>
- Sousa, M., Silva, A. & Bezerra, A. (2013). Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem. Revista Esc Enf USP, 47 (1), 76-83. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/RV5Qfwh9Xy3DZmSmd56ShmC/?lang=pt>
- Sutton, L., & Jarden, R. (2016). Improving the quality of nurse-influenced patient care in the intensive care unit. Nursing in Critical Care, 22(6), 339-347. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27976489/>
- Tan, M. & Lang, D. (2015). Effectiveness of nurse leader rounding and post-discharge telephone calls in patient satisfaction: A systematic review. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 13(7), 154-176. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26455854/>
- Teixeira, J. & Durão, M. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. Referência, série IV (10), 135-142. [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2616&id\\_revista=24&id\\_edicao=97](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2616&id_revista=24&id_edicao=97)
- The Joint Commission. (2017). Inadequate hand-off communication. Sentinel Alert Event, 58, 1-6. [https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea\\_58\\_hand\\_off\\_comms\\_9\\_6\\_17\\_final\\_\(1\).pdf](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_58_hand_off_comms_9_6_17_final_(1).pdf)
- Ventura-Silva, J., Martins, M. & Trindade, L. (2021). Métodos de trabalhos dos enfermeiros em hospitais: scoping review. Journal Health NPEPS, 6(2), 278-295. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/12/1349325/document-7.pdf>
- Vincent, J., Sakr, Y., Singer, M., Martin-Loeches, I., Machado, F., Marshall, J., ... & Angus, D. (2020). Prevalence and Outcomes of Infection Among Patients in Intensive Care Units in 2017. JAMA, 323(15), 1478-1487. [https://www.researchgate.net/publication/347472802\\_Prevalence\\_and\\_Outcomes\\_of\\_Infection\\_Among\\_Patients\\_in\\_Intensive\\_Care\\_Units\\_in\\_2017](https://www.researchgate.net/publication/347472802_Prevalence_and_Outcomes_of_Infection_Among_Patients_in_Intensive_Care_Units_in_2017)
- Waelleghem, J., Chamney, M. & Lindley, E. (2008). Venous needle dislodgement: how to minimize the risks. Journal of Renal Care, 34 (4), 163-168. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19090893/>
- Watanabe, E., Almeida, V. & Ottunes, A. (2015). Impacto das infecções relacionadas à assistência à saúde em pacientes acometidos por trauma. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, 36 (1), 89-98. [https://www.researchgate.net/publication/283430367\\_Impacto\\_das\\_infeccoes\\_relacionadas\\_a\\_assistencia\\_a\\_saude\\_em\\_pacientes\\_acometidos\\_por\\_trauma](https://www.researchgate.net/publication/283430367_Impacto_das_infeccoes_relacionadas_a_assistencia_a_saude_em_pacientes_acometidos_por_trauma)
- Will, R., Farias, R. & Jesus, H. (2020). Cuidados de enfermagem aos pacientes politraumatizados atendidos na emergência. Revista Nursing, 23(263), 3766-3777. <http://www.revistanursing.com.br/revistas/263/pg109.pdf>
- Woods, C. Jones, R. & O'Shea, E. (2019). Nurse-led postdischarge telephone follow-up calls: A mixed study systematic review. Journal of Clinical Nursing, 28(19-20), 3386-3399. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31162748/>
- Wright, A., Grady, K. & Galante, J. (2018). Automated postdischarge trauma patient call program. Journal of Trauma Nursing, 25(5), 298-300. <http://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000391>

## APÊNDICES

## **APÊNDICE I**

Análise crítica de situação clínica através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

## Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

### Documento de trabalho

**Estudante:** Cátia de Sousa Rosa

**Ensino Clínico:** II - Módulo de Cuidados Intensivos

**Local:** Serviço de Medicina Intensiva do [REDACTED]

**Data:** de 07/09/2021 a 12/11/2021

**Professor Responsável:** Carla Damásio

1. Identifique e descreva uma situação e/ou condição de assistência que no local de ensino clínico constitua para si motivação adicional para agir no quadro de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC) - Regulamento n.º 124/2011 (máximo 500 palavras).

Durante a realização do ensino clínico II no serviço de Medicina Intensiva, atestei a importância dos cuidados de enfermagem oculares à pessoa em situação crítica (PSC) internada na unidade de cuidados intensivos (UCI), quer pelo protocolo instituído na unidade, quer pelo contacto com um utente portador de infeção ocular por *Pseudomonas Aeruginosa*.

A prioridade dos cuidados imediatos prestados ao utente numa UCI prende-se com a estabilização hemodinâmica do mesmo em detrimento de outros cuidados não vitais, porém essenciais, como os cuidados preventivos às alterações oculares (Oliveira et al., 2016). O enfermeiro é o profissional de excelência para intervir autonomamente na prevenção das lesões oculares já que a sua ocorrência pode trazer um impacto negativo na reabilitação do utente após a alta ou inviabilizar, inclusivamente, o processo de doação de córnea, se esta apresentar danos (Werli-Alvarenga, Ercole & Botoni, 2011).

Os mecanismos responsáveis pela lubrificação e proteção ocular, como a conjuntiva, o epitélio da córnea ou o filme lacrimal, encontram-se comprometidos nesta tipologia

de utentes (Güler, Eşer & Fashafsheh, 2017). Numa UCI, os fatores de risco para o desenvolvimento de lesão ocular envolvem o ambiente, a terapêutica e o perfil do utente (Santos, Paes & Góes, 2021). Mais concretamente, a exposição ao ambiente da UCI quanto à baixa temperatura e humidade, o elevado risco de contacto com microrganismos multirresistentes e o excessivo tempo de internamento potenciam a secura da mucosa ocular e a infeção. Já os agentes farmacológicos, como os sedativos e relaxantes musculares, associados às alterações do estado de consciência, limitam o movimento da musculatura periorbital e, conseqüentemente, diminuem o reflexo de piscar o olho, a lubrificação do globo ocular e o encerramento palpebral. Além disso, também o suporte ventilatório, as pressões expiratórias finais altas, próteses ventilatórias, o posicionamento ventral e conseqüente edema ocular e possível lagofthalmia - encerramento palpebral incompleto - propiciam a presença de lesões oculares. Foca-se ainda o risco de infeção respiratória por *Pseudomonas Aeruginosa* elevado numa UCI que, frequentemente, contamina a superfície ocular através dos procedimentos diários de sucção da via aérea (Queiroz et al., 2018; Hearne, Hearne & Montgomery, 2018; Santos et al., 2021).

Face ao exposto, considero que a prevenção de lesão ocular à PSC exige a participação ativa do enfermeiro especialista à PSC na mobilização de conhecimentos científicos na prestação de cuidados e na colaboração à criação de procedimentos internos rigorosos de boas práticas de enfermagem nos cuidados oftalmológicos numa UCI. Assim, atende, essencialmente, à unidade de competência "1.2. Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos" (Regulamento nº429/2018, de 16 de julho, p.19363), diagnosticando as complicações oculares inerentes à complexidade das terapias e terapêuticas instituídas e implementando respostas de enfermagem adequadas às mesmas. Ainda no mesmo ponto, e prevenindo lesões oculares, o enfermeiro especialista atua na manutenção e proteção de um possível órgão para doação. Ao prevenir a lesão e infeção ocular, o enfermeiro especialista à PSC "estabelece os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica" (Regulamento nº429/2018, de 16 de julho, p.19364)

2. Para a situação e/ou condição descrita no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 o(s) Foco(s) - áreas de atenção relevantes para a enfermagem (máximo 250 palavras).

**Foco 1 - Conhecimento Sobre Medidas de Segurança (10021973)**

Foco direcionado para a equipa de enfermagem. O *International Council of Nurses* (ICN, 2019) define conhecimento como "conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação aprendida (...) e reconhecimento da informação". Já o conceito de segurança relaciona-se com "estar seguro, livre de perigo, risco ou lesão". A prevenção de complicações é um dos padrões de qualidade do enfermeiro especialista em enfermagem à PSC, tendo o dever de identificar os problemas potenciais da PSC e intervir para evitar esses problemas ou minimizar os seus efeitos indesejáveis (Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017).

**Foco 2 - Regime de Cuidados Oculares (10031281)**

Foco direcionado à equipa para a sua implementação e à PSC para a prevenção de lesões.

Os cuidados oftálmicos são reconhecidos como um procedimento fundamental de enfermagem para eliminar complicações oculares, ainda que estejam em falta protocolos universais sobre o tema (Güler et al., 2018). É essencial que o enfermeiro incorpore no seu plano de cuidados ao utente o cuidado ocular, motivando a restante equipa nesta dinâmica de cuidados (Freitas, Ferreira & Filho, 2018). Santos et al. (2021), constataram a necessidade de adoção de medidas preventivas de lesões oculares nas UCI através da implementação de protocolos e controlo do ambiente da terapia intensiva.

3. Para o (s) Foco (s) descritos no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 os Diagnósticos Enfermagem emergentes (máximo 250 palavras).

Foco - Conhecimento Sobre Medidas de Segurança:

Diagnóstico "**Adesão a Precauções de Segurança**" (10030214)

A prevenção de lesões oculares no utente numa UCI expressa uma medida de segurança a ser cumprida pelos profissionais nos seus cuidados diários e a ausência dos cuidados preventivos pode evidenciar um problema ético-assistencial (Freitas et al., 2018).

Diagnóstico "**Conhecimento sobre Medidas de Segurança** (10028643) **Baixo** (10011438)"

O conhecimento dos enfermeiros sobre lesão ocular mostra-se incompleto e superficial, descurando os fatores de risco para estas ocorrências bem como os riscos inerentes aos procedimentos invasivos da medicina intensiva (Freitas et al., 2018).

Foco - Regime de Cuidados Oculares:

Diagnósticos: "**Risco de Lesão** (10015146) **do Olho** (10007452)"

A condição clínica de um utente internado numa UCI e os condicionantes ambientais limitam os mecanismos naturais de proteção ocular, levando a maior suscetibilidade de aquisição de alterações no olho e estruturas envolventes (Güler et al., 2018). Esta carência de defesas internas pode originar afeções como úlcera da córnea, ceratopatia exposta, edema conjuntival, além de conjuntivite microbiana ou queratite, por exemplo (Hearne et al., 2018).

Diagnóstico "**Risco de Infecção Ocular** (10032372)"

O utente internado numa UCI tem alto risco de colonização microbiana: 77% dos utentes ventilados são colonizados por uma espécie bacteriana em tempos de internamento entre os 7 e os 42 dias e 40% destes sofrem colonizações múltiplas se mantiverem terapias ventilatórias e sedação prolongada. As secreções respiratórias são o principal veículo de transmissão da infecção para a superfície ocular (Hearne et al., 2018).

4. Para os Diagnósticos Enfermagem descritos no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 as Intervenções de Enfermagem emergentes (máximo 750 palavras).

Intervenções de Enfermagem para "Adesão a Precauções de Segurança"

- **Avaliar barreiras à adesão** (10024214);
- **Promover adesão ao regime** (10032449) **de cuidados oculares**;

Das várias responsabilidades que o enfermeiro de cuidados intensivos tem, é notória

a priorização dos cuidados imediatos à PSC em detrimento de outros cuidados de rápido e fácil acesso, como os cuidados oculares (Werli-Alvarenga et al., 2011). As córneas são, simbolicamente, invisíveis aos olhos dos profissionais, passando despercebidas durante a avaliação clínica, não recebendo os cuidados necessários para a manutenção da sua integridade e funcionalidade (Freitas et al., 2018). É importante que os profissionais percebam que o diagnóstico precoce de alterações oculares e a identificação de fatores de risco para a doença ocular é uma medida necessária e de fácil aplicabilidade para evitar danos desnecessários (Santos et al., 2021).

#### Intervenções de Enfermagem para "Conhecimento sobre Medidas de Segurança Baixo"

- **Promover autoconhecimento** (10036097)
- **Ensinar sobre cuidados ao olho** (10045051)

A negligência dos cuidados oculares nas UCI pode dever-se a fatores como a deficiência de conhecimentos dos enfermeiros e da equipa multiprofissional sobre anatomia e fisiologia do olho, avaliação ocular, cuidados a ser implementados e consequências da sua inexistência (Werli-Alvarenga et al., 2011). O compromisso ocular no doente crítico e possíveis lesões podem prejudicar gravemente a sua acuidade visual e qualidade de vida. Torna-se essencial a clarificação destes conceitos para o desenvolvimento de um suporte teórico que fundamente a prática de enfermagem nos utentes internados nas UCI e a aplicação de políticas direcionadas à prevenção da lesão ocular e educação profissional sobre o tema (Fernandes et al., 2018).

#### Intervenções de Enfermagem para "Risco de Lesão do Olho"

- **Avaliar os olhos** (10037059) **do utente**
- **Implementar** (10009840) **cuidados ao olho** (10031275)
- **Aplicar** (10002464) **dispositivo de proteção** (10005306)
- **Monitorizar resposta ao tratamento** (10032109)

O enfermeiro de cuidados intensivos deve atuar de forma a prevenir e identificar precocemente alterações nos olhos através de avaliação contínua e realização de cuidados oculares (Rosenberg & Eisen, 2008). A frequência diária destes cuidados

depende da situação clínica de cada utente (Güler et al., 2017).

Relativamente à prevenção de lesões, os cuidados de enfermagem oculares que se destacam relacionam-se com a higiene ocular, com a formação artificial de filme lacrimal, ou seja lubrificação, e com a oclusão do olho (Fernandes et al., 2018, Freitas et al., 2018). Neste sentido, recomenda-se, inicialmente, a lavagem ocular com água morna ou soro fisiológico (para retirar sujidade, secreções, ou pomadas prévias), utilizando uma gaze esterilizada para cada olho (Güler et al., 2017; Hearne et al., 2018). Depois, aplicar pomada ou colírio, se o utente tiver prescrito. Em caso de prescrição de ambas as formas farmacêuticas, aplicar primeiramente o colírio porque as pomadas repelem a forma aquosa do colírio (Hearne et al., 2018).

Se o utente se encontrar em decúbito ventral, para reduzir o edema conjuntival, pode ser usado um apoio de cabeça em três pontos (Panchabhai, Bandyopadhyay & Kapoor, 2016) e a lubrificação ocular deve ser feita a cada 4h (Hearne et al., 2018).

Para manter a lubrificação do olho e encerramento palpebral, a aplicação de filme de polietileno tem-se mostrado a opção mais vantajosa pela formação de uma câmara húmida que evita a evaporação das lágrimas (Araújo, Ribeiro & Chianca, 2017). É, portanto, uma forma de proteção ocular, rápida e prática de aplicar e com baixo custo (Güler et al., 2017).

#### Intervenções de Enfermagem para "Risco de Infecção Ocular"

- **Implementar técnica asséptica** (10041784) durante os cuidados oculares
- **Proteger** (10015864) **Olho** (10007452) do utente ao **aspirar a via aérea** (10044890)

Os aerossóis produzidos através da sucção traqueal e o contacto direto do material clínico de aspiração da via aérea com a mucosa ocular promovem a contaminação patogénica do epitélio da córnea. A infeção ocular por *Pseudomonas Aeruginosa*, por exemplo, pode ser reduzida se a aspiração endotraqueal for realizada na lateral do utente (ao invés da cabeceira) e se o utente tiver os olhos cobertos (Rosenberg & Eisen, 2008; Güler et al., 2017; Hearne et al., 2018). Na realidade vivida em ensino clínico, nos cuidados a um utente com infeção respiratória por *Pseudomonas Aeruginosa*, estes foram aspetos cumpridos através técnica asséptica e da proteção dos olhos compressa de gaze sempre que houve necessidade de aspiração da via aérea.

## 5. Referências Bibliográficas

- Araújo, D., Ribeiro, N. & Chianca, T. (2017). Efetividade do filme de polietileno na prevenção de olho seco em pacientes críticos: Revisão Sistemática. *Enfermagem Foco*, 8(1), 77-81. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/790/357>
- Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017). Padrões de 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 e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crônica. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)
- Fernandes, A., Araújo, J. & Botarelli, F. (2018). Olho Seco em Unidade de Terapia Intensiva: uma análise de conceito. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1229-1237. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/DqYH7fmSzwY3bMyQh9bsN6g/?format=pdf&lang=pt>
- Freitas, L., Ferreira, M. & Filho, A. (2018). Lesões na Córnea em Usuários sob os Cuidados Intensivos: Contribuições à Sistematização da Assistência de Enfermagem e Segurança do Paciente. *Texto Contexto Enfermagem*, 27(4), 1-10. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cTxM6Gjxv345gqvw8YvX96Q/?format=pdf&lang=pt>
- Güler, E., Eşer, I. & Fashafsheh, I. (2017). Intensive Care Nurses's View and Practice for Eye Care: Na International Comparison. *Clinical Nursing Research*, 26(4), 504-524. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26893447/>
- Hearne, B., Hearne, E. & Montgomery, H. (2018). Eye Care in the Intensive Care Unit. *Journal of the Intensive Care Society*, 19(4), 345-350. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6259085/pdf/10.1177\\_1751143718764529.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6259085/pdf/10.1177_1751143718764529.pdf)
- Internacional Council of Nurses. (2019). The International Classification for Nursing Practice. ICNP Browser. Disponível em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Oliveira R., Fernandes A. & Botarelli F. (2016). Fatores de risco para lesão de córnea em pacientes críticos na terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 8(2), 4423-4434. Disponível em: [http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4592/pdf\\_1894](http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4592/pdf_1894)
- Panchabhai, T., Bandyopadhyay D. & Kapoor A. (2016). Acute ischemic optic neuropathy with extended prone position ventilation in a lung transplant recipient. *International Journal of Critical Illness & Injury Science*, 6, 45–47. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4795362/>
- Queiroz, A., Souza, L. & Martelli, B. (2018). O saber do enfermeiro no processo de diagnóstico e intervenção de enfermagem para risco de lesão na córnea. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 14, 1755-1762. Disponível em: <https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS325.pdf>
- Regulamento nº429/2018, de 16 de julho. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista 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 e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crônica. *Diário da República*, 2ª Série, Nº135, p.19359-19370. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>
- Rosenberg, J., & Eisen, L. (2008). Eye care in the intensive care unit: narrative review and meta-analysis. *Critical Care Medicine*, 36(12), 3151-3155. Disponível em: <http://lnx.mednemo.it/?p=832>
- Santos, Q., Paes, G. & Góes, F. (2021). Alterações Oculares em Unidade de Terapia Intensiva: a Scoping Review. *Revista Científica de Enfermagem*, 11(34), 168-180. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/524/pdf>
- Werli-Alvarenga, A., Ercole F. & Botoni, F. (2011). Lesões na córnea: incidência e fatores de risco em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(5). Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4418/5796>

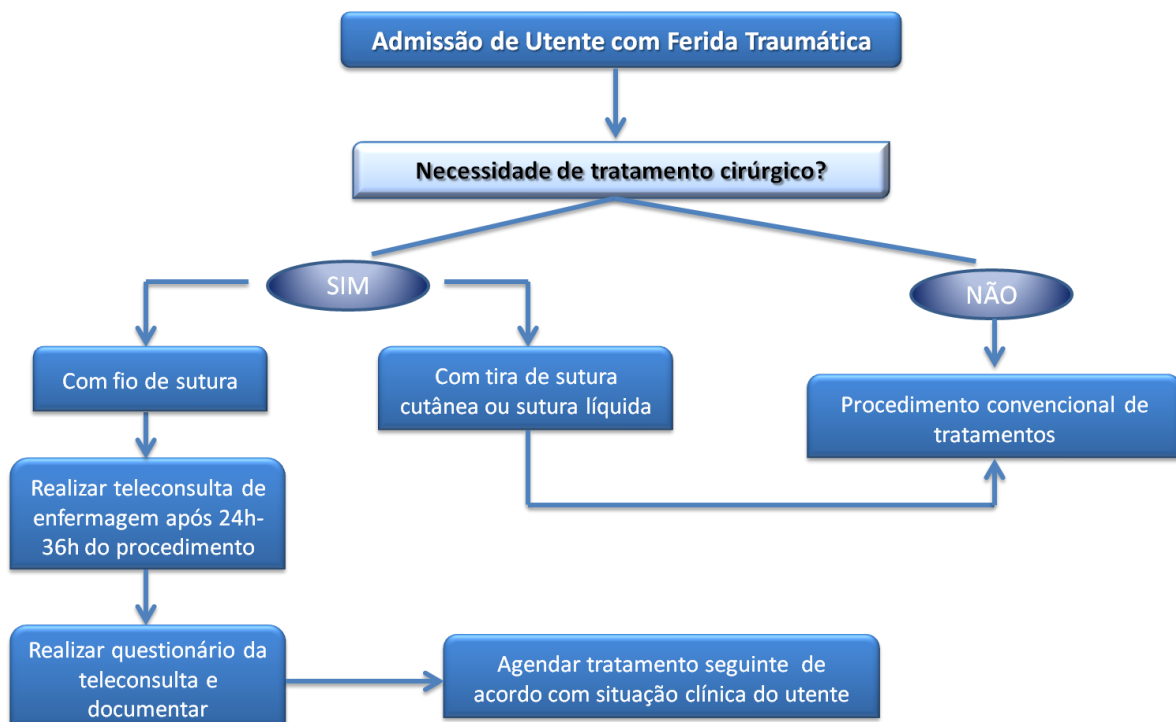
## **APÊNDICE II**

Poster "Visitas"



### **APÊNDICE III**

Fluxograma de aplicabilidade da Teleconsulta de Enfermagem



## **APÊNDICE IV**

### Questionário da Teleconsulta de Enfermagem

## QUESTIONÁRIO TELECONSULTA DE ENFERMAGEM

ÁREAS	QUESTÕES	SIM										NÃO	N/A
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
<b>CONTROLO DA DOR</b>	Utente refere dor no local intervencionado?	Caraterísticas da dor:											
<b>REGIME MEDICAMENTOSO</b>	Cumpe analgesia prescrita?												
	Cumpe antibioterapia prescrita?												
<b>VIGILÂNCIA EXTERNA DO PENSO</b>	O penso encontra-repassado?	Hemático <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sero-hemático <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Outro: _____											
	Sente cheiro proveniente do penso?												
<b>ALTERAÇÕES SENSITIVAS E MOTORAS</b>	O utente refere parestesias ou diminuição da sensibilidade local ou periférica?												
	O utente refere limitação funcional ?												
<b>VIGILÂNCIA DA REGIÃO LOCAL E CIRCUNDANTE DA FERIDA</b>	Diga como observa a região operada?	Edema <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Aumento da temperatura local <input type="checkbox"/> Odor fétido <input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/>											
<b>OUTROS ASPETOS RELEVANTES</b>	O utente apresentou episódios de febre desde a intervenção?												
Dúvidas colocadas pelo utente:													
Ensinos e informações transmitidas:													
Utente mantém data prevista de tratamento? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se não, antecipado para: ____/____/____													
										Código Sinistrado: _____ Nº Mec. Enfº: _____ Data de registo: ____/____/____			

## **APÊNDICE V**

Registo inicial do utente com ferida traumática, submetido a tratamento cirúrgico

## REGISTO INICIAL DO UTENTE COM FERIDA TRAUMÁTICA SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO

<b>DADOS GERAIS DO SINISTRADO</b>			
<b>CÓDIGO SINISTRADO</b>		<b>CONTACTO TELEFÓNICO</b>	
<b>DATA SINISTRO</b>			
<b>TIPO DE SINISTRO</b>	Pessoal <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Desportivo <input type="checkbox"/> Viação <input type="checkbox"/> Outro _____		
<b>IDADE</b>			
<b>SEXO</b>	Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		
<b>ANTECEDENTES PESSOAIS E DE SAÚDE</b>	Doença vascular <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Imunocomprometido(a) <sup>1</sup> <input type="checkbox"/>		
	Vacinação antitetânica atualizada: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
	Medicação anticoagulante no domicílio: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

<sup>1</sup>Corticoterapia contínua ou tratamentos com agentes imunossupressores, esplenectomia, Vírus da Imunodeficiência Humana, entre outros. Fonte: Prevaldi et al., 2016.

<b>CARACTERÍSTICAS DA FERIDA TRAUMÁTICA</b>			
<b>ESTRUTURAS ENVOLVIDAS</b>	Superficial <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Complexa <sup>2</sup> <input type="checkbox"/>		
<b>LOCALIZAÇÃO ANATÓMICA DA FERIDA</b>	Cabeça/Face/Pescoço <input type="checkbox"/> Braço/Antebraço <input type="checkbox"/> Mão <input type="checkbox"/> Região Torácica <input type="checkbox"/> Região Abdominal <input type="checkbox"/> Região Lombar <input type="checkbox"/> Coxa/Perna <input type="checkbox"/> Pé <input type="checkbox"/> Outro _____		
<b>ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO DE INFEÇÃO DA FERIDA<sup>3</sup></b>	Baixo Risco <input type="checkbox"/> Alto Risco <input type="checkbox"/>	<b>PRESCRIÇÃO DE ANTIBIOTERAPIA</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>ENSINO AO UTENTE</b>	<p><b>Cuidados no domicílio</b></p> Necessidade de crioterapia <input type="checkbox"/> Elevação do membro <input type="checkbox"/> Controlo da dor <input type="checkbox"/> <p><b>Vigilância de Sinais e Sintomas de Complicações</b></p> Parestesias locais ou periféricas <input type="checkbox"/> Exsudado/odor/eritema/edema <input type="checkbox"/> Aumento da temperatura local <input type="checkbox"/> Vigilância temperatura corporal <input type="checkbox"/>		

<sup>2</sup>Superficiais: envolvem a pele, o tecido subcutâneo, a fáscia muscular e parcialmente o tecido muscular. Complexas: envolvem cartilagem, tendões, nervos, vasos sanguíneos de grande calibre e ossos. Fonte: Tazima et al, 2012.

<sup>3</sup>Segundo tabela anexa de Prevaldi et al., 2016 (abaixo).

<b>INDICAÇÕES FUTURAS</b>	
<b>PRÓXIMO TRATAMENTO DENTRO DE:</b>	4 dias <input type="checkbox"/> 5 dias <input type="checkbox"/> 6 dias <input type="checkbox"/> 7 dias <input type="checkbox"/> Data: ____/____/____
<b>DATA PREVISTA DE REMOÇÃO DO MATERIAL DE SUTURA</b>	____/____/____ <b>Nº Mec. Enfº:</b> _____

### **3ª TABELA DE ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO DE INFEÇÃO**

(SEGUNDO PREVALDI ET AL (2016))

**Table 2** Infection risk assessment based on type of wound

Straight stab wounds	low risk
Tears/bruises/contusion wounds	high risk
Puncture wounds	high risk
Wound with crush injuries	high risk
Bite wounds	high risk
Wounds contaminated with feces	high risk
Wounds contaminated with soil and dirt, or mineral oil	high risk
Wounds with the presence of foreign bodies	high risk
Wounds with edge diastasis	high risk
Engagement of deep tissues, exposed fracture	high risk

**Table 3** Infection risk assessment based on the location of the wound

Well vascularized tissue (head, neck, scalp)	low risk
High concentration of commensal flora (oral mucosa, genitals, armpits)	high risk
Poorly vascularised (hand, foot, lower and upper limb)	high risk

**Table 4** Infection risk assessment based on the characteristics of the patient

Child	low risk
Young	low risk
Adult	low risk
Elderly (>65 years)	high risk
Immunocompromised (treated with steroids, immunosuppressive agents, splenectomised, HIV ...)	high risk
Vascular disease	high risk
Diabetic	high risk

## **APÊNDICE VI**

Formação à equipa de enfermagem - "Implementação da Teleconsulta de Enfermagem em Sinistrados com Ferida Traumática: Estudo Comparativo"

---

## “IMPLEMENTAÇÃO DA TELECONSULTA DE ENFERMAGEM EM SINISTRADOS COM FERIDA TRAUMÁTICA: ESTUDO COMPARATIVO”


PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS NO ÂMBITO DE MESTRADO EM  
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM À PESSOA EM  
SITUAÇÃO CRÍTICA

MESTRANDA: CÁTIA DE SOUSA ROSA



---

### FUNDAMENTAÇÃO RESUMIDA DO ESTUDO

- De 1 de junho de 2020 a 31 de maio de 2021 > 431 utentes admitidos no  com ferida traumática com consequente abordagem cirúrgica
- Necessidades de intervenção: dúvidas do utente no contacto posterior sobre cuidados a ter no domicílio e possível comprometimento do processo de cicatrização da ferida

## FUNDAMENTAÇÃO RESUMIDA DO ESTUDO

- Existência de estudos que referem a teleconsulta de enfermagem como uma ferramenta útil e potenciadora de satisfação nos utentes

[Hodgins, Oullet & Pond (2008); Miller, Barton & Hassn (2012); Blanco et al. (2020); Schulz, Santana & Santos, (2020)]

- Mas também existem os que não encontraram diferenças quando comparados com tratamentos convencionais

(Kristensen & Christensen, 2011)

## FUNDAMENTAÇÃO RESUMIDA DO ESTUDO

### ▪ **Teleconsulta de Enfermagem**

- "uso das tecnologias de informação e comunicação na prestação de cuidados de enfermagem, nos quais o enfermeiro interage com o cidadão de forma remota, com o intuito de prevenir, avaliar, diagnosticar e intervir"

(Ordem dos Enfermeiros, 2020, p.1)

- recurso de proximidade ao cidadão, permite planear e intervir à distância, assegurando a continuidade dos cuidados

(Parecer n.º 53/2021 do Conselho de Enfermagem, 2021)

## FUNDAMENTAÇÃO RESUMIDA DO ESTUDO

### ■ Teleconsulta de Enfermagem

- momento de proximidade entre o enfermeiro e o utente para esclarecimento de dúvidas que levam a um aumento da procura aos serviços de saúde e para perceção da satisfação do utente em relação aos cuidados prestados

(Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, 2012)

- Objetivos: diminuir as idas dos utentes aos serviços de saúde, motivadas pela procura de ajuda para problemas imprevistos, complicações do pós-operatório, pedidos de relatórios ou atestados médicos que comprovem a incapacidade para trabalhar

(Sousa, 2014)

## FUNDAMENTAÇÃO RESUMIDA DO ESTUDO

### ■ Teleconsulta de Enfermagem

**RECOMENDADA 24H A 48H APÓS ATO CIRÚRGICO AMBULATÓRIO**

[Kleinpell (1997); AESOP (2012); Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (2014)]

## FUNDAMENTAÇÃO RESUMIDA DO ESTUDO

### ■ **Telessaúde** – principais vantagens

- aumento da comodidade do cidadão, evitando deslocações e consequente poupança de tempo, dinheiro e diminuição do absentismo
- melhoria da qualidade, segurança e eficiência dos cuidados de saúde, aumentando a equidade no acesso, a literacia em saúde e promoção do autocuidado
- garantia da sustentabilidade do sistema nacional de saúde face ao inevitável aumento da procura e respetivos custos associados

(Serviços Partilhados do Ministério da Saúde e Centro Nacional de TeleSaúde, 2019)

## OBJETIVOS GERAIS DO ESTUDO

- Comparar as diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo relativamente ao grau de satisfação e ao comportamento de procura de saúde

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO ESTUDO

- Descrever as características sociodemográficas dos dois grupos envolvidos no estudo;
- Comparar o grau de satisfação dos utentes do grupo de controlo e grupo experimental, relativamente aos cuidados de enfermagem prestados;
- Verificar qual o grupo de utentes que apresentou menor número de recorrências à Instituição por situações imprevistas;
- Identificar as causas das recorrências presenciais inesperadas.

## POPULAÇÃO E AMOSTRA

- **P** - Uteses vítimas de sinistro do qual resulte ferida traumática com necessidade de tratamento cirúrgico
- **A** - Uteses vítimas de sinistro do qual resulte ferida traumática com necessidade de tratamento cirúrgico no período compreendido entre 19 de maio e 19 de julho de 2022

## DIVISÃO DA AMOSTRA

- Técnica de amostragem probabilística por quotas em dois grupos independentes – experimental e de controlo
- Grupo **Experimental** – admitidos nos **dias ímpares** do mês
- Grupo **Controlo** - admitidos nos **dias pares** do mês

## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NA AMOSTRA

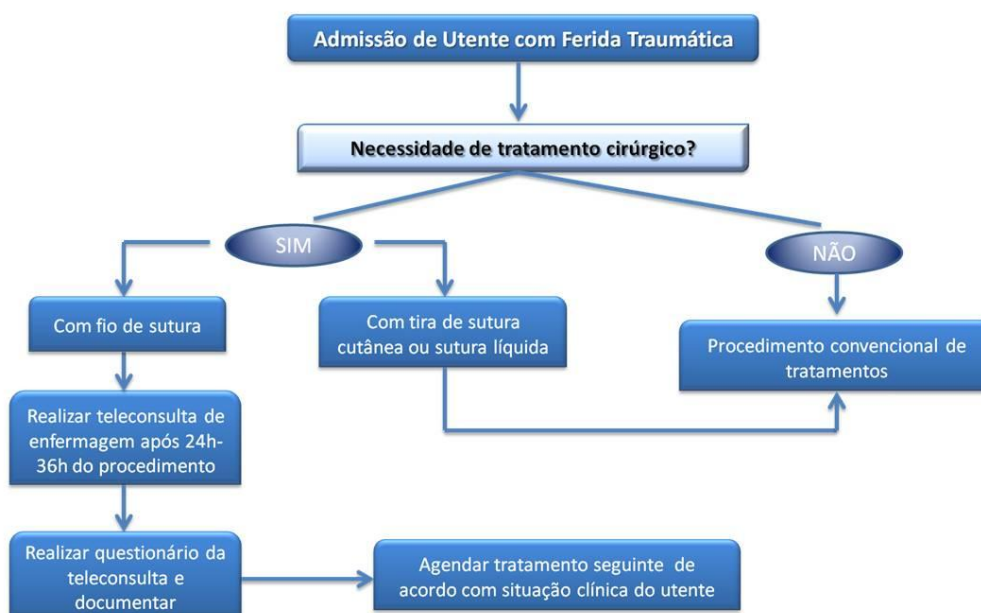
- Utentes vítimas de sinistro do qual resulte ferida traumática submetida a tratamento cirúrgico no Centro de Sinistralidade;
- Utentes com idade superior ou igual a 18 anos;
- Utentes capazes de comunicar verbalmente;
- Utentes que confirmem saber utilizar o telemóvel ou telefone fixo adequadamente;
- Utentes que consentem participar no estudo.

## CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO NA AMOSTRA

- Utentes com incapacidades auditivas e verbais que os incapacitem de uma comunicação por telefone;
- Utentes com alterações cognitivas que os impeçam de descrever e responder às questões realizadas pelos enfermeiros por telefone.

## DESENHO DO ESTUDO

- Fluxograma de Aplicabilidade da Teleconsulta



## DESENHO DO ESTUDO - ETAPAS

- Enfermeiro deve entregar consentimento informado e esclarecido a todos os utentes passíveis de entrar no estudo com breve explicação
- Se aceitar participar no estudo, utente deve entregar consentimento assinado ao enfermeiro no momento da alta
- Enfermeiro deve entregar cópia do consentimento ao utente e envelope com código para o sinistrado e enfermeiro colocarem nos questionários
- Arquivar o original do consentimento em local apropriado

## DESENHO DO ESTUDO - ETAPAS

- Enfermeiro deve preencher a folha de “Registo Inicial do Utente com Ferida Traumática submetida a Abordagem Cirúrgica” – Todos os utentes
- Enfermeiro deve realizar teleconsulta apenas aos utentes do grupo experimental entre as 24h-36h após alta e preencher o Questionário da Teleconsulta de Enfermagem
- Arquivar questionário da teleconsulta em local apropriado

## DESENHO DO ESTUDO

- No **dia da remoção do material de sutura**, o enfermeiro:
  - Entrega ao utente o “Questionário sobre os Cuidados de Enfermagem no [REDACTED]”
  - Arquia questionário, após a entrega, em local apropriado

## RESUMO

- Aplicação em todos os sinistrados com ferida traumática suturada no serviço (não esquecer que os utentes particulares, subsistemas, acidentes pessoais suturados no serviço também sofreram acidente logo podem constituir amostra)
- Grupo **Experimental** – dias ímpares do mês (dia 1,3,5,7,9, ..... ) – entregar código a iniciar com a letra **E** no fim do utente assinar consentimento e entregar-lhe cópia do mesmo
- Grupo **Controlo** – dias pares do mês (dia 2,4,6,8,10, ..... ) – entregar código a iniciar com a letra **C** no fim do utente assinar consentimento e entregar-lhe cópia do mesmo

## RESUMO – DOCUMENTOS A PREENCHER

- No dia do acidente, enfermeiro preenche e arquiva:
  - REGISTO INICIAL DO UTENTE COM FERIDA TRAUMÁTICA SUBMETIDA A ABORDAGEM CIRÚRGICA
- 24-36h após o acidente, enfermeiro realiza teleconsulta, preenche e arquiva:
  - QUESTIONÁRIO: TELECONSULTA DE ENFERMAGEM
- No dia da remoção do material de sutura, enfermeiro entrega ao utente, recebe e arquiva o instrumento de colheita de dados da investigação:
  - QUESTIONÁRIO SOBRE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO CENTRO DE SINISTRALIDADE DO CHSF-LEIRIA

Muito Obrigada  


Cátia de Sousa Rosa  
18 de maio 2022

## **APÊNDICE VII**

Instrumento de Colheita de dados "Questionário sobre Cuidados de Enfermagem"

## QUESTIONÁRIO SOBRE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO CENTRO DE SINISTRALIDADE DO XXXXXXXXXX

Este questionário pretende conhecer a sua perspetiva relativamente aos cuidados de enfermagem recebidos, durante **este episódio** de atendimento, desde o dia do sinistro até à data de entrega deste documento. Esta avaliação é essencial para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência e que possam ir ao encontro das necessidades do utente. Se tiver alguma dúvida pode esclarecer com o enfermeiro que lhe entregou este questionário.

As respostas dadas são estritamente confidenciais e o questionário anónimo. Depois de preenchido, coloque o questionário na caixa sinalizada para o efeito.

1) Por favor, insira o **código** que lhe foi fornecido após consentir participar no estudo:

--	--	--	--

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS			
<b>Dia do acidente</b>	____ / ____ / ____		
<b>Tipo de acidente</b>	Pessoal <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Desportivo <input type="checkbox"/> Viação <input type="checkbox"/> Outro _____		
<b>Idade (anos)</b>		<b>Sexo</b>	Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Prefiro não responder <input type="checkbox"/>
<b>Localização anatómica da ferida</b>	Cabeça/Face/Pescoço <input type="checkbox"/> Braço/Antebraco <input type="checkbox"/> Mão <input type="checkbox"/> Região Torácica <input type="checkbox"/> Região Abdominal <input type="checkbox"/> Região Lombar <input type="checkbox"/> Coxa/Perna <input type="checkbox"/> Pé <input type="checkbox"/> Outro _____		
<b>Recebeu contactos telefónicos de acompanhamento pelos enfermeiros</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<b>Considera que é ou seria importante existir um acompanhamento telefónico regular pelo seu enfermeiro?</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>Número de atendimentos presenciais agendados desde o dia do sinistro</b>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 ou mais <input type="checkbox"/>		
<b>Recorreu ao serviço para tratamento em dias que não tivesse agendado?</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, qual o motivo? Dor exacerbada <input type="checkbox"/> Penso repassado <input type="checkbox"/> Por conveniência pessoal <input type="checkbox"/> Outro _____		

<b>Remoção do material de sutura</b>	Data ____/____/____
<b>Tratamento após remoção do material de sutura</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

As questões do quadro abaixo dizem respeito unicamente aos cuidados de enfermagem que recebeu dos enfermeiros com quem teve contacto no [REDACTED]. Para o ajudar a preencher, atente na legenda seguinte:

**Grau de Satisfação:**

- 1 - Não se aplica/Sem opinião
- 2 - Insatisfeito
- 3 - Nem satisfeito nem insatisfeito
- 4 - Satisfeito
- 5 - Muito satisfeito

	1	2	3	4	5
Grau de satisfação relativamente à <b>disponibilidade da equipa de enfermagem</b>					
Grau de satisfação quanto à <b>resposta do enfermeiro(a)s às suas necessidades</b>					
Grau de satisfação no que diz respeito à <b>forma como o enfermeiro(a) explica as coisas</b> (linguagem utilizada, preocupação em repetir caso não compreendesse, preocupação em validar a informação consigo novamente)					
Grau de satisfação relativamente ao <b>número de presenças que fez junto da equipa de enfermagem desde o dia do acidente à presente data</b>					
Grau de satisfação com a <b>forma como foi tratado e recebido pelo(s) enfermeiro(as) que cuidou de si</b>					
Grau de satisfação no que toca ao <b>conhecimento que o enfermeiro(as) demonstrou ter sobre os cuidados que necessitava</b>					
Grau de satisfação com a <b>relação estabelecida com o(s) enfermeiro(as)</b>					
Grau de <b>satisfação global dos cuidados de enfermagem prestados</b>					

Muito obrigado pela sua colaboração.

## **APÊNDICE VIII**

Consentimento Informado e Esclarecidos para os participantes

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

**Identificação do Investigador:** Cátia de Sousa Rosa

**Título do Estudo:** "Implementação da teleconsulta de enfermagem em sinistrados com ferida traumática: estudo comparativo"

**Enquadramento:**

No âmbito da realização do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Leiria, do Instituto Politécnico de Leiria, propõe-se a realização de um projeto de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Este trabalho irá ser aplicado no [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED], pela mestrande e enfermeira na instituição referida Cátia de Sousa Rosa, sob orientação da Professora Cristina Raquel Batista Costeira.

**Explicação do Estudo:**

O estudo que se pretende realizar tem como objetivo comparar diferenças relativamente ao grau de satisfação e ao comportamento de procura de saúde do utente sinistrado com ferida traumática, submetido a tratamento cirúrgico, no [REDACTED] [REDACTED], que seja acompanhado por teleconsulta de enfermagem, melhorando o acompanhamento desta tipologia de utentes e assegurando a continuidade dos cuidados de enfermagem.

Neste contexto, precisamos da sua participação, que consistirá no preenchimento de um questionário, acerca dos cuidados de enfermagem recebidos desde o dia do sinistro até à data de remoção do material de sutura. Alertamos para o facto de, neste período de tempo, poder ser, eventualmente, contactado telefonicamente por um enfermeiro do serviço. Esta avaliação é essencial para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência e que possa ir ao encontro das necessidades do utente. Este questionário demorará cerca de 5 minutos a ser preenchido no dia em que vier à Instituição para remover os pontos e/ou agrafos.

O estudo não tem **nenhum custo** para o participante.

A sua participação no estudo é de **caráter voluntário**, não havendo qualquer prejuízo caso não queira participar. Pode desistir da participação no estudo em qualquer fase do processo, manifestando a sua vontade nesse sentido aos enfermeiros colaboradores na investigação ou através de contacto direto com a investigadora principal (e-mail e contacto telefónico descritos abaixo).

Caso aceite participar no estudo, após a entrega deste documento ao enfermeiro, ser-lhe-á oferecido um código num envelope que deverá guardar e inserir no questionário que preencher. Assim, caso decida interromper a sua participação após

preenchimento e entrega do questionário, deve contactar a investigadora principal e fornecer esse código para anulação do seu questionário.

Os dados colhidos para o estudo serão anonimizados e analisados através do software com recursos a estatística. Como tal, ninguém poderá saber quais as respostas que deu a cada questão, permanecendo as mesmas em anonimato. Os dados dos participantes serão utilizados, apenas, para fins de investigação científica e conservados até ao final do estudo de investigação. Estes, serão apenas reservados o tempo estritamente necessário para a sua análise e tratamento, podendo resultar em publicação científica.

O estudo mereceu, da Comissão de Ética do Politécnico de Leiria, parecer favorável.

A investigadora Cátia de Sousa Rosa, enfermeira no [REDACTED], com o contacto móvel [REDACTED] e o endereço eletrónico [REDACTED] encontra-se disponível para esclarecer qualquer dúvida relativamente ao presente estudo e agradece profundamente a sua participação no mesmo.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento. Caso queira participar, será solicitado que assine e date este formulário. Após a sua assinatura e a do investigador, ser-lha-á entregue uma cópia.

Assinatura de quem pede consentimento: \_\_\_\_\_

### **Consentimento do participante**

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m.

Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar no estudo "Implementação da teleconsulta de enfermagem em sinistrados com ferida traumática: estudo comparativo" sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins científicos e publicações que delas decorram e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXOS

## **ANEXO I**

Parecer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Leiria



COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE LEIRIA

PARECER N.º CE/IPLEIRIA/26/2022

Data: 27/04/2022

Título do estudo – Contributos da Implementação da Teleconsulta de Enfermagem em Sinistrados com Ferida Traumática: estudo comparativo

Nome do (s) proponente (s): Cátia Rosa e Prof.ª Cristina Costeira

Este estudo de melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem tem definido como principal objetivo: Comparar as diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo relativamente ao grau de satisfação e ao comportamento de procura de saúde. -----  
Neste estudo irão ser definidos dois grupos independentes: um que receba os cuidados de enfermagem convencionais (grupo controlo) e o outro grupo que, para além dos cuidados convencionais, irá usufruir de um acompanhamento por teleconsulta de *follow-up* (grupo experimental), com o objetivo de comparar as avaliações, dos cuidados de enfermagem recebidos por ambos os grupos. Face a isto a população definida serão os utentes vítimas de sinistro do qual resulte ferida traumática com necessidade de tratamento cirúrgico e a amostra serão os utentes vítimas de sinistro do qual resulte ferida traumática com necessidade de tratamento cirúrgico no período compreendido entre 1 de abril de 2022 e 30 de junho de 2022. -----  
Foram definidos os critérios de inclusão: utentes vítimas de sinistro do qual resulte ferida traumática submetida a tratamento cirúrgico no Centro de Sinistralidade; utentes com idade superior ou igual a 18 anos; serem capazes de comunicar verbalmente; que confirmem saber utilizar o telemóvel ou telefone fixo adequadamente; deverão consentir participar no estudo. Foram igualmente definidos os critérios de exclusão: utentes com incapacidades auditivas e verbais que os incapacitem de uma comunicação por telefone e utentes com alterações cognitivas que os impeçam de descrever e responder às questões realizadas pelos enfermeiros por telefone. -----  
Apesar da proponente ser profissional de saúde onde o estudo irá decorrer, sugere-se aplicação de um instrumento para avaliar a capacidade cognitiva dos participantes. -----  
Foram definidos os critérios para a alocação nos dois grupos: grupo experimental, submetido a teleconsulta de enfermagem de seguimento (indivíduos admitidos nos dias ímpares de abril a junho), e grupo de controlo, sem aplicabilidade de teleconsulta de enfermagem (indivíduos com admissão nos dias pares de abril a junho). -----  
São apresentados os procedimentos para a garantia de confidencialidade, anonimato e voluntariedade de participação dos participantes. É ainda referida a não existência de custos para os participantes, bem como a ausência de riscos envolvidos na participação. -----  
Atendendo ao exposto, consideramos que se encontram reunidas as condições necessárias para a emissão de um parecer favorável à realização do estudo. -----

P'la CE a Presidente

Assinado por: **MARIA DOS ANJOS COELHO RODRIGUES DIXE**  
Num. de Identificação: 05813419  
Data: 2022.05.09 19:16:03+01'00'

