



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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica

**Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico: Perceção dos Enfermeiros sobre os
Registos Informatizados**

Mestranda: Joana Baptista de Sousa

Orientador: Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte

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

Leiria, março 2025



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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica

**Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico: Perceção dos Enfermeiros sobre os
Registos Informatizados**

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

Mestranda: Joana Baptista de Sousa, N.º 5230083

Orientador: Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte

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

Leiria, março 2025

“Recomeça... se puderes, sem angústia e sem pressa e os passos que deres, nesse caminho duro do futuro, dá-os em liberdade, enquanto não alcanças não descanses, de nenhum fruto queiras só metade.”

Miguel Torga

AGRADECIMENTOS

Ao escrever estes agradecimentos, torna-se perceptível o quão próximo está a chegada à meta depois de um percurso que se relevou uma verdadeira maratona, a qual só foi possível concluir com o apoio e paciência incondicional de algumas pessoas.

Assim, agradeço a quem continua a iluminar e a guiar o meu caminho, mesmo não estando fisicamente presentes. Realizo esta etapa na certeza de que, onde quer que estejam, sorriem com orgulho.

Ao Samuel, meu marido, que sobreviveu às ausências e por ser o meu porto de abrigo nos dias mais difíceis. Agradeço por todo o apoio e por acreditar incondicionalmente nos meus sonhos.

Aos meus pais, que me educaram com os valores da persistência, perseverança e coragem. Agradeço pelas palavras de incentivo e pelas demonstrações de orgulho em todas as conquistas.

Ao meu irmão, agradeço a compreensão pela minha incapacidade de assumir o papel integral de madrinha da sua filha. No entanto, espero que, de alguma forma, possa ser um exemplo para ela e, mostrar-lhe que há um universo inteiro à sua frente, e que não há sonho demasiado pequeno a ser conquistado.

Às minhas Ana Beatriz e Ana Catarina, que partilharam comigo este percurso. Não há palavras suficientes para agradecer toda a amizade e reforço na motivação. Conquistar esta etapa tem ainda mais significativo com vocês ao meu lado.

Agradeço a todos os meus amigos, por nunca esgotarem os conselhos e palavras de incentivo. A vossa amizade foram uma fonte de motivação, especialmente nos momentos mais desafiadores.

Ao Professor Hugo Duarte, que deu o verdadeiro significado à frase “dar um peixe a um homem é alimentá-lo por um dia, mas ensiná-lo a pescar é alimentá-lo para toda a vida”. Agradeço-lhe por me ter fornecido as ferramentas essenciais para a construção e conclusão deste percurso.

Por fim, a todos os enfermeiros com quem tive o privilégio de me cruzar durante este processo formativo, em especial aos meus orientadores, que pelas competências e excelências profissionais foram um exemplo fundamental para o meu crescimento enquanto futura enfermeira especialista.

Porque, no final, o que realmente importa não é apenas a chegada à meta, mas sim quem caminha ao nosso lado.

RESUMO

O presente relatório insere-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica pela Escola Superior de Saúde de Leiria.

Este documento sistematiza a experiência adquirida ao longo do percurso formativo de forma à aquisição de competências especializadas na área em estudo. Assim, o relatório divide-se em duas partes: a primeira representa uma reflexão crítica sobre as experiências vivenciadas e as atividades desenvolvidas nos três estágios curriculares (Serviço de Urgência Polivalente; na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente; e no âmbito do Instituto Nacional de Emergência Médica, especificamente na Ambulância de Suporte Imediato de Vida e na Viatura de Emergência Médica e Reanimação) articulando-as com as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, destacando os desafios e estratégias de melhoria. A segunda parte representa o desenvolvimento de competências na área de investigação, através de um trabalho de investigação intitulado “Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico: Perceção dos Enfermeiros sobre os Registos Informatizado”. Este estudo pretende avaliar o impacto da informatização dos registos de enfermagem e das listas de verificação na segurança, qualidade dos cuidados e comunicação entre equipas.

Palavras-chave: Competências; Enfermagem Especializada; Pessoa em Situação Crítica; Segurança; Transporte-Inter-Hospitalar.

ABSTRACT

This report is part of the Master's degree in Medical-Surgical Nursing, specializing in Nursing for People in Critical Situations, at the Higher School of Health of Leiria. This document organizes the experience gained throughout the training journey aimed at acquiring specialized skills in the area of study. Thus, the report is divided into two parts: the first represents a critical reflection on the experiences lived and the activities carried out during the three curricular internships (Emergency Department; in the Intensive Care Unit; and within the scope of the National Institute of Medical Emergency, specifically in the Immediate Life Support Ambulance and the Medical Emergency and Resuscitation Vehicle), linking them with the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Critical Situations, highlighting challenges and improvement strategies. The second part represents the development of skills in the research area, through a research project entitled "Inter-Hospital Transport of Critical Patients: Nurses' Perception of Computerized Records." This study aims to assess the impact of the computerization of nursing records and checklists on safety, quality of care, and communication between teams.

Keywords: Competencies; Inter-Hospital Transport; People in Critical Situations; Safety; Specialized Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DAV – Diretivas Antecipadas de Vontade

DGS – Direção-Geral da Saúde

EC – Estágio(s) Curricular(s)

EE – Enfermeiro Especialista

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC-EPSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

EPC – *Enterobacteriaceae* Produtoras de Carbapenemases

EPSC – Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

ERC – *European Resuscitation Council*

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

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

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAINAD – *Pain Assessment in Advanced Dementia*

PBCI – Precauções Básicas do Controlo de Infecção

PCR – Paragem Cardiorespiratória

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAMR – *Staphylococcus Aureus* Resistente à *Meticilina*

SAV – Suporte Avançado de Vida

SE – Sala de Emergência

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SPIKES – *Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy e Summary*

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

ULS – Unidade Local de Saúde

UPP – Úlcera Por Pressão

VMER – Viatura de Emergência Médica e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ESTÁGIOS	
1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	15
1.1.SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE	15
1.2.UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE.....	17
1.3.AMBULÂNCIA SUPORTE IMEDIATO VIDA/ VIATURA DE EMERGÊNCIA MÉDICA	19
2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	21
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	21
2.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	21
2.1.2. Melhoria contínua da qualidade	25
2.1.3. Gestão dos cuidados	29
2.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	32
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	34
2.2.1. Cuida da pessoa a vivenciar processo complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	34
2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	39
2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica /ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas 42	
PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	
3. TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE OS REGISTOS INFORMATIZADOS	46
ABSTRACT	47
INTRODUÇÃO	49

3.1. ESTADO DE ARTE	49
3.2. MÉTODOS.....	51
3.2.1. Desenho do estudo	51
3.2.2. Amostra	53
3.2.3. Instrumentos de recolha de dados	53
3.2.4. Análise estatística	54
3.3. RESULTADOS	54
3.3.1. Questionário de índole diagnóstica.....	55
3.3.2. Questionário da perceção dos enfermeiros sobre s instrução de trabalho.....	57
3.4. DISCUSSÃO.....	61
CONCLUSÃO	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS DO RELATÓRIO DE ESTÁGIO	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DO RELATÓRIO FINAL	71

ANEXOS

ANEXO I – Curso Equipas de Trauma

ANEXO II – Certificado de Formação Profissional do Curso *International Trauma Life Support*

ANEXO III – Certificado de Formação Profissional do Curso Abordagem, Transporte e Segurança Do Doente Crítico

ANEXO IV – Certificado de Participação no 1º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico organizado pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem em Doente Crítico

APÊNDICES

APÊNDICE I – Formulário de Registos de Enfermagem

APÊNDICE II – Formulário de Listas de Verificação

APÊNDICE III – Instrução de Trabalho

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	Questionário de Índice Diagnóstico	57
Tabela 2	Questionário da Perceção dos Enfermeiros Sobre a Instrução de Trabalho.....	59
Tabela 3	Vantagens dos Registos Informatizados.....	60
Tabela 4	Desvantagens dos Registos Informatizados	60
Tabela 5	Aspetos de Melhoria Da Instrução de Trabalho	61

INTRODUÇÃO

O ciclo de estudos do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica requer a conclusão e a defesa pública de um relatório que englobe uma avaliação e análise sobre uma perspetiva académica avançada (Regulamento nº 392/2018). No âmbito do mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EMC-EPSC), da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, o relatório elaborado representa uma reflexão crítica sobre as experiências vivenciadas e as atividades desenvolvidas em ambientes complexos, articulando-as com as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (EE) em EMC-EPSC.

O desenvolvimento das competências na prática especializada decorreu em três períodos distintos e teve lugar num Serviço de Urgência Polivalente (SUP) de uma Unidade Local de Saúde (ULS); na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de uma ULS; no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), especificamente na Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e na Viatura de Emergência Médica e Reanimação (VMER). Estes três locais de Estágio Curricular (EC) localizam-se na região centro de Portugal.

Os locais de estágio foram escolhidos de forma ponderada para desenvolver atividades que promovam a aquisição de habilidades profissionais e o aperfeiçoamento de técnicas e procedimentos inerentes ao exercício da profissão direcionadas à Pessoa em Situação Crítica (PSC), sendo que esta está ameaçada pela falência ou iminente falência de uma ou mais funções vitais, e cuja sobrevivência depende de recursos avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento nº 429/2018). No SUP, devido à sua complexidade, uma vez que apresenta o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência foi permitida a abordagem ao doente crítico, otimizando a capacidade de intervenção em situações de elevada gravidade e imprevisibilidade (Despacho nº 10319/2014). Já o estágio na UCIP, proporcionou a oportunidade de aprofundar o conhecimento sobre terapias intensivas, monitorização hemodinâmica avançada e cuidados altamente diferenciados, essenciais para a recuperação e estabilização desta tipologia de doentes (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018a). Já no ambiente pré-hospitalar, a experiência foi enriquecida pela necessidade de rápida adaptação a contextos adversos, consolidando a capacidade de atuação em emergências pré-hospitalares, onde a estabilização e o transporte seguro do doente crítico são fundamentais (Regulamento nº 226/2018).

Conforme mencionado na OE (2021) a realização de estágios contribui significativamente para o processo de aprendizagem e para a consolidação de conhecimentos, permitindo que, de forma prática, os estudantes compreendam as dinâmicas e especificidades da área de especialização em estudo, por meio da interação direta com a prestação de cuidados. Neste sentido, o presente relatório representa o trabalho realizado nos EC supracitados, sendo um instrumento necessário para a avaliação dos processos de aprendizagem e de aquisição de competências no âmbito da especialidade escolhida.

Este documento retrata uma análise aprofundada do contexto de cuidados, explorando as condições estruturais e os recursos humanos disponíveis, com especial destaque para o papel dos profissionais de enfermagem. Além de descrever o ambiente e a organização dos serviços, promove ainda uma reflexão crítica sobre as experiências vivenciadas e as atividades desenvolvidas, articulando-as com as competências comuns e específicas do EE em EMC-EPSC. Pelo que a análise das práticas implementadas, evidencia os desafios encontrados e as estratégias adotadas para os superar, com o objetivo de fomentar uma prática reflexiva baseada na melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

A prática reflexiva é baseada na perspetiva da enfermagem avançada, fundamentada pela Teoria das Transições de Afaf Meleis. Sendo que esta teoria demonstra como os enfermeiros influenciam as experiências dos doentes e das suas famílias durante os períodos de transição com aplicação de intervenções que proporcionam um cuidado eficaz. O cuidado de enfermagem foca-se em abordar os possíveis problemas enfrentados pelas pessoas durante períodos de transição, desenvolver intervenções preventivas para evitar consequências indesejáveis e fornecer apoio terapêutico ao doente e à sua família conforme necessário, promovendo mecanismos de *coping* saudável e melhorando a qualidade de vida (Malta et al., 2023).

Assim, este documento encontra-se dividido em duas partes, sendo que a primeira tem como objetivos estimular e consolidar a análise crítica e incentivar a reflexão sobre a prática clínica, com base nas competências comuns e específicas do EE em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EPSC); fomentar a aprendizagem por meio do desenvolvimento de capacidade de análise crítica e pesquisa; combinar a experiência prática em ambientes de alta complexidade com o rigor teórico das intervenções baseadas em evidências; documentar as competências adquiridas ao longo do estágio e avaliar as boas práticas no âmbito da enfermagem especializada.

A segunda parte diz respeito a um trabalho de investigação realizado no âmbito do Transporte do Doente Crítico Adulto de uma ULS da região centro de Portugal, intitulado “Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico: Perceção dos Enfermeiros sobre os Registos Informatizados”.

Este estudo tem como objetivo a promoção da segurança e da qualidade dos cuidados em enfermagem, através da avaliação da perceção dos enfermeiros sobre a informatização dos registos de enfermagem e a implementação de listas de verificação no Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico (TIHDC), analisando o impacto dessas ferramentas na segurança, qualidade dos cuidados e comunicação entre equipas.

A metodologia utilizada para a elaboração da primeira parte são as diretrizes da *American Psychological Association* (7ª edição) e o guia de elaboração de trabalhos escritos do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Leiria (Ramalho & Gomes, 2018). Para a segunda parte, serão tidas em consideração as regras de formatação exigidas pela revista *Millenium* escolhida para a submissão do respetivo trabalho de investigação desenvolvido.

Em síntese, a vivência em diferentes contextos clínicos, aliada a uma análise crítica dos processos de aprendizagem, proporcionou uma visão ampla e aprofundada sobre os desafios e as oportunidades no cuidado à PSC. Espera-se que este relatório possa constituir um recurso relevante para futuras práticas e investigações na área, fomentando a melhoria contínua da assistência em saúde e a qualificação de profissionais comprometidos com a excelência no cuidado ao doente crítico.

PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ESTÁGIOS

1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

O EC representa uma componente essencial da formação em enfermagem, permitindo que sejam desenvolvidas competências em contexto real. Durante este processo, o estudante aprende a planear, prestar e avaliar cuidados de enfermagem de forma holística, aplicando os conhecimentos adquiridos (OE, 2021).

Este capítulo representa a descrição sumária dos contextos clínicos onde os estágios foram desenvolvidos.

1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE

O EC decorreu no SUP, de uma ULS da região centro de Portugal, sendo este composto por todos os recursos que constituem um SU com o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência, sendo que o mesmo também funciona como Urgência Médico-Cirúrgica para as respetivas áreas de influência (Despacho nº 10319/2014; Direção-Geral de Saúde [DGS], 2001).

A escolha deste serviço alinou-se com o desejo de conhecer a dinâmica da prestação de cuidados de um serviço de urgência com maior número de especialidades médicas e de um grau de complexidade mais elevado do que é vivenciado na prática clínica diária. Desta forma foi possível conhecer todo o organograma do SUP, sendo que este, para além dos serviços médico-cirúrgicos de urgência, conta também com o suporte das especialidades de Gastrenterologia, Cardiologia de Intervenção, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Vasculuar, Neurocirurgia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Dermatologia, Ginecologia, Urologia, Psiquiatria, Estomatologia, Imagiologia com Angiografia Digital e Ressonância Magnética, além do apoio da Patologia Clínica com especialização em Toxicologia.

Relativamente à estrutura física, esta inclui uma sala de espera, uma zona de secretariado e três balcões de triagem onde os doentes são classificados pela Triagem de *Manchester* com pulseiras azul, verde, amarela, laranja, ou vermelha de acordo com a gravidade. Existe ainda uma área verde que abrange urgência básica e neurologia, recebendo doentes com pulseiras azul, verde e amarela, quer sejam autónomos ou transportados em maca; área amarela dividida em seis setores – quatro para doentes em maca com pulseira amarela ou laranja, um para doentes autónomos e outro para casos menos complexos ou em espera para internamento. E ainda um espaço para doentes com alta clínica, uma Sala de Emergência (SE), uma zona de ortopedia e

um contentor destinado a especialidades cirúrgicas. Durante o período formativo, o SUP encontrava-se em processo de remodelação pelo que as áreas físicas descritas podem não corresponder à realidade atual.

Em termos de recursos humanos, a equipa de enfermagem apresentava-se com 145 enfermeiros, dos quais 59 eram portadores de especialidade nas diversas áreas de enfermagem, destacando-se cerca de 41% enfermeiros especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), e 10% dos especialistas em EMC exercem funções de coordenação. Desta forma, é percebido que apesar do SUP não apresentar o número adequado de enfermeiros especialistas em EMC uma vez que o Regulamento n.º 743/2019 recomenda que 50% da equipa de enfermagem obtenha título de especialista em EMC-EPSC, com formação em Suporte Avançado de Vida (SAV), observa-se uma preocupação no contexto da formação em enfermagem avançada uma vez que faltam apenas 9% para a meta ideal. E ainda, durante o EC, foi percecionado um crescente número de enfermeiros que se encontravam a realizar formação em EMC.

Especificamente na área da triagem, o SUP adota o Sistema de Triagem de *Manchester*, conforme recomendado pela Norma n.º 002/2015 da DGS. Os enfermeiros responsáveis por este posto possuem formação específica na metodologia, garantindo a correta priorização dos doentes conforme a gravidade do seu estado clínico. No entanto, nem sempre esta função é desempenhada por um EE em EMC-EPSC, conforme estipulado pelo Regulamento n.º 743/2019 da OE.

A ausência de especialistas nesta função pode comprometer a eficácia da triagem, uma vez que o enfermeiro especialista em EMC-EPSC possui competências avançadas na identificação precoce de deterioração clínica e na tomada de decisão em cenários de urgência e emergência. A sua formação permite uma avaliação mais precisa do doente, garantindo uma intervenção rápida, eficiente e ajustada à complexidade do quadro clínico, reduzindo o risco de complicações e melhorando a segurança do doente (Regulamento n.º 429/2018).

Reflete-se assim que a substituição ou ausência de especialistas na triagem pode impactar negativamente a qualidade e eficiência do serviço, atrasando diagnósticos, aumentando o tempo de espera e comprometendo a capacidade de resposta do SUP. Dessa forma, a alocação adequada de enfermeiros especialistas pode ser essencial para assegurar um atendimento célere, seguro e de excelência, em conformidade com as diretrizes e as necessidades dos doentes críticos.

A SE foi a área mais explorada durante o EC, sendo que a adaptação ao espaço demonstrou ser um processo moroso devido à complexidade das logísticas necessárias para a prestação de cuidados à PSC. Para facilitar a integração houve necessidade de uma familiarização com a disposição do espaço, sendo que eram realizadas as diversas verificações diárias de material e de equipamentos, e ainda o conhecimento e inteiração com os protocolos institucionais.

Esta área está configurada em espaço aberto, com capacidade de unidades individuais de reanimação para um máximo de 8 doentes, e cada unidade é composta por meios adequados para a abordagem, reanimação e estabilização de um doente crítico. Verifica-se que devido à reformulação organizacional do SUP, a SE encontra-se alocada uma área improvisada sendo que não existe acesso direto, nem o fluxo de entrada e saída de doentes é realizado em circuito unidirecional como é recomendado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) 2019).

Assim, é percecionado que a alocação da SE numa área improvisada pode comprometer a eficiência na prestação de cuidados, dificultando a organização dos profissionais e o acesso rápido aos recursos necessários para a abordagem do doente crítico.

1.2.UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

A UCIP integrada numa ULS da região centro de Portugal corresponde a uma unidade de nível III pois apresenta cuidados médicos especializados por um intensivista disponível 24 horas por dia, garantindo acesso contínuo a equipamentos e técnicas essenciais de monitorização, diagnóstico e tratamento (Regulamento n° 743/2019).

O desejo de aquisição de conhecimentos e competências alienados com a complexidade dos equipamentos, técnicas e procedimentos disponibilizados neste âmbito foi o fator motivador para a sua escolha neste processo formativo.

A nível estrutural, este serviço comporta 8 unidades individuais em espaço aberto com um posto de vigilância centralizado de forma a garantir a visualização e o acesso imediato ao doente. Através desta disposição, é possível manter uma visão desobstruída, facilitando a monitorização contínua e uma intervenção rápida em situações críticas. Facilita ainda a comunicação entre a equipa multidisciplinar, através da troca de informação em tempo real (ACSS, 2013).

Cada unidade está equipada com materiais essenciais organizados em torno de uma cama central. No lado esquerdo, encontram-se equipamentos como ventilador mecânico, material de monitorização hemodinâmica, insuflador manual. No lado direito, há materiais terapêuticos,

como elétrodos, bombas/seringas infusoras, e adesivos. Adicionalmente, a zona lateral dispõe de aspirador e debitómetro de oxigénio. Esta disponibilidade e acessibilidade de material clínico pela unidade garante a segurança e a eficiência do atendimento aos doentes, bem como uma resposta eficaz do cuidado em situações de emergência (Melgueira & Veludo, 2021).

Relativamente ao posto trabalho de enfermagem, este é destinado à preparação de terapêutica e de material para realização de procedimentos e fica separado do posto de vigilância, tal como é recomendado pela ACSS (2013).

Ainda a nível estrutural, a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI) é integrada na UCIP, sendo composta por um médico e um enfermeiro com formação na área do doente crítico e com formação em reanimação. Sendo que esta equipa destina-se a responder a situações de doença aguda no meio intra-hospitalar, dentro de serviços clínicos como por exemplo serviços de internamento, e em áreas não clínicas, como por exemplo os corredores ou secretariado (Despacho n° 9639/2018).

A aquisição formativa da equipa é alvo de reflexão, sendo que para garantir uma resposta eficaz em situações emergentes, pode ser ideal que estes profissionais cumprissem critérios mais específicos, como a especialidade em (EMC-EPSC) e experiência mínima em contextos de cuidados intensivos ou urgência/emergência. A especialização pode conferir competências avançadas na avaliação e intervenção em cenários críticos, enquanto a experiência permite uma maior capacidade de tomada de decisão sob pressão, essenciais para uma atuação eficiente e segura (Freitas et al., 2024; Regulamento n° 429/2018).

Relativamente aos recursos humanos, a equipa de enfermagem é composta por 27 enfermeiros, destacando-se 1 enfermeiro a exercer funções de coordenação, 48% EE nas diversas áreas da especialidade de enfermagem, e deste grupo 33% são enfermeiros especialistas em EMC na área de EPSC. Perante esta circunstância, existe uma preocupação no âmbito da formação em enfermagem avançada, visto que o valor total de especialistas encontra-se muito próximo com o recomendado pelo Regulamento n° 743/2019.

Além disso, verifica-se o incumprimento do Parecer n.º 15/2018 (2018a) da OE no que diz respeito à coordenação dos turnos. De acordo com este parecer, a função de responsável de turno deve ser desempenhada por EE em EMC, garantindo uma liderança qualificada na gestão dos cuidados ao doente crítico. No entanto, na UCIP, essa função é assumida por um enfermeiro coordenador especialista em Enfermagem de Reabilitação e, na sua ausência, a

responsabilidade recai sobre outro EE, independentemente de ser da área EPSC, ou, em alguns casos, sobre o enfermeiro mais experiente.

Essa situação pode comprometer a eficácia da coordenação dos cuidados em ambiente crítico, uma vez que a especialização em EMC-EPSC confere competências específicas para a gestão de situações de elevada complexidade, a tomada de decisão rápida e a supervisão da equipa em contexto de cuidados intensivos e emergência (Regulamento n° 429/2018).

No que diz respeito à carga de trabalho, a UCIP apresenta um rácio enfermeiro/doente de 1:1, salvo algumas exceções em que o rácio era de 1:2. Este rácio vai de encontro ao que é preconizado pelo Regulamento n° 743/2019 relativamente aos rácios enfermeiro/doente delineados para os serviços de medicina intensiva de nível III.

1.3.AMBULÂNCIA SUPORTE IMEDIATO VIDA/ VIATURA DE EMERGÊNCIA MÉDICA

O INEM é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), de forma a garantir a prestação de cuidados de saúde a pessoas lesadas ou vítimas de doença súbita (INEM, 2023). Assim, esta organização tem como intenção, definir, organizar e coordenar as atividades e o funcionamento do SIEM, assegurando a sua articulação com os serviços de urgência e ou emergência nos estabelecimentos de saúde (Despacho n° 5561/2014).

A assistência em emergência médica pré-hospitalar adequada a vítimas de acidente ou doença súbita, providenciando o transporte para as unidades de saúde apropriadas são realizadas através das VMER e das ambulâncias SIV, entre outros meios (INEM, 2023). Sendo que a VMER e a ambulância SIV “são dois meios de emergência pré-hospitalares de SAV e imediato de vida do INEM, que atuam no âmbito do SIEM” (Despacho n° 5561/2014, p. 11124).

A escolha deste EC depreendeu-se pelo desejo de experienciar uma oportunidade única na atuação em emergência pré-hospitalar, permitindo o desenvolvimento de competências avançadas, nomeadamente no aperfeiçoamento das competências técnicas e interpessoais em trabalho multidisciplinar. Além disso, pela oportunidade de trabalhar em cenários imprevisíveis e de elevada complexidade, onde a tomada de decisão rápida e a gestão do stress são essenciais para a prestação de cuidados eficazes.

Assim, o EC foi realizado em dois campos de estágio distintos, nomeadamente numa ambulância SIV e numa VMER integrada numa ULS, ambos localizados na região centro de Portugal.

A ambulância SIV onde este estágio foi desenvolvido, sediada num hospital da região centro de Portugal, abrange cerca de 9 concelhos. É constituída por uma equipa de 5 enfermeiros com vínculo de trabalho com o INEM, sendo 3 EE em EMC-EPSC. Adicionalmente à equipa é acrescentado 4 Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH), sendo que por turno encontra-se escalado 1 enfermeiro e 1 TEPH. Esta ambulância realiza o transporte com acompanhamento de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência e tem como objetivos a estabilização pré-hospitalar, o transporte de doente crítico e dispõe de equipamento de Suporte Imediato de Vida (Despacho n° 5561/2014).

A VMER, integrada numa ULS da região centro de Portugal, abrange cerca de 8 concelhos. Este meio realiza o transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra a pessoa lesada e tem como objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência (Despacho n° 5561/2014).

O espaço onde se encontra sediada é exterior à ULS, sendo constituído por cerca de 3 contentores não adequadamente adaptados às variações das condições climáticas. Apesar de recomendado pela Ordem dos Farmacêuticos (2019) um registo automático de temperaturas e humidades com fácil acesso ao histórico, para análise e documentação do perfil de condições, um dos contentores que funciona como armazém de medicamentos e equipamento para a VMER não apresenta um controlo devido de temperatura e de humidade para o acondicionamento dos medicamentos.

A equipa é constituída por 19 enfermeiros em regime de disponibilidades, estando os mesmos dedicados a outros serviços da ULS, destacando-se 41% EE em EMC. A presença desta predominância de enfermeiros especialistas em EMC na equipa da VMER pode representar um ganho significativo na qualidade dos cuidados, garantindo uma equipa abordagem mais qualificada e diferenciada na avaliação e estabilização do doente crítico em contexto pré-hospitalar (Ribeiro et al., 2020).

2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns dos EE são competências transversais a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização e estas refletem-se na capacidade avançada de conceber, gerir e supervisionar cuidados de enfermagem, bem como apoiar o exercício profissional especializado, abrangendo áreas como a formação, investigação e assessoria (Regulamento nº 140/2019).

Por outro lado, as competências específicas estão diretamente relacionadas com as respostas humanas aos processos de vida e aos desafios de saúde, inseridas no âmbito de intervenção de cada especialidade. Estas competências traduzem-se na prestação de cuidados altamente ajustados às necessidades de saúde da população, garantindo uma atuação diferenciada e especializada (Regulamento nº 429/2018).

Assim, neste capítulo, será realizada uma reflexão aprofundada sobre a aquisição das competências comuns e específicas da especialidade em estudo, estabelecendo a relação entre a experiência prática vivenciada e a evidência científica disponível.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do enfermeiro especialista são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas independente da área de intervenção e as mesmas dizem respeito ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019).

2.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

Os EC foram cruciais para a formação, onde a postura responsável e ética esteve sempre presente. Neste período, houve uma atuação em conformidade com as normas profissionais e princípios deontológicos, assegurando que os cuidados prestados respeitam os direitos e interesses dos doentes. Além disso, foi assumido uma responsabilidade pelas decisões e ações, garantindo que as intervenções realizadas estivessem alinhadas com a evidência científica e supervisionadas por profissionais experientes. Neste âmbito, o EC foi um momento de aprendizagem sobre a gestão de tarefas delegadas, permitindo o desenvolvimento de uma autonomia progressiva e consolidação das competências de forma segura e ética (OE, 2022).

O Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) constituíram referências fundamentais para orientar a prática profissional nos três locais de EC. Em todos os momentos, foi mantida uma conduta responsável e ética, assegurando que as decisões tomadas e os atos realizados ou delegados estivessem sempre alinhados com o respeito pelos direitos e interesses da pessoa, garantindo a prestação de cuidados seguros, humanizados e de qualidade (Nunes et al., 2005; OE, 2015).

Na garantia da prestação de cuidados, houve a necessidade ressaltar a privacidade e confidencialidade no contacto com a PSC. Nos EC foi vivenciado algumas dificuldades neste âmbito, sendo que a estrutura física do SUP impõe alguns desafios, pois a passagem de turno ocorre próxima aos doentes e os espaços são partilhados, pondo em causa o artigo 86º do CDE (2005), que afirma que o enfermeiro deve proteger a intimidade e privacidade da pessoa, respeitando ainda o pudor individual. Para colmatar esta situação, a estratégia mais utilizada foi o recurso de cortinas e biombos, mostrando-se inúmeras vezes insuficiente para garantir total sigilo, sendo fundamental a utilização de salas reservadas para transmissão de informações sensíveis tal como é recomendado pelo Parecer nº 61/2017 da OE (2017a).

Na UCIP verificou-se que devido às condições fisiopatológicas dos doentes, estes encontravam-se frequentemente sedados e curarizados, criando impedimento para o autocontrolo da intimidade, privacidade e tomada de decisão. Alinhado a isto, a própria estrutura física do serviço, em formato espaço aberto, apresentou ser um fator desfavorável para assegurar a proteção da privacidade dos doentes. Neste sentido, a prática do cuidado em enfermagem centrou-se em assegurar a humanização dos cuidados mesmo quando era imperativo a priorização de cuidados técnicos, respeitando o artigo 86º do CDE (2005) e o artigo 107º do REPE (2015) referentes à preservação da intimidade.

No contexto da emergência pré-hospitalar (SIV e VMER), a preservação da privacidade foi desafiante na medida em que a prestação de cuidados era realizada em domicílios ou em locais públicos, havendo a necessidade de uma atuação rápida e muitas vezes com a exposição total de toda a ocorrência para terceiros. Para equilibrar a atuação rápida em cenários dinâmicos e de alta pressão com os princípios éticos e legais associados aos cuidados de enfermagem, era realizado o encaminhamento da pessoa para a ambulância destinada ao transporte assim que possível, e quando havia exposição corporal, eram utilizadas roupas ou outros têxteis para minimizar a mesma de forma a salvaguardar a sua intimidade. E ainda era mantido o sigilo profissional de toda a ocorrência, sendo que o Código de Conduta do INEM (2022), expressa

que todos os profissionais não podem divulgar a identificação ou outras informações referentes aos doentes atendidos pelo INEM.

No que diz respeito ao dever de informação, segundo a Lei nº 15/2014 da Assembleia da República, o doente que recorre aos serviços de saúde tem o direito de receber, por parte do prestador de cuidados, informações claras, objetivas e completas sobre a sua condição de saúde, as alternativas de tratamento disponíveis e a evolução provável do seu estado. Essa comunicação deve ser acessível e compreensível, garantindo que o doente possa tomar decisões informadas sobre os seus cuidados.

Este consentimento para a prestação de cuidados foi verificado nos vários contextos do EC, pela forma de consentimento informado ou presumido. No SUP observou-se que a elevada rotatividade e a sobrecarga de trabalho impõem desafios à comunicação eficaz com os doentes e familiares. Apesar da presença de um enfermeiro responsável pelo elo de comunicação e fornecimento de informações aos familiares, verifica-se que a disponibilidade dos enfermeiros em fornecer informações não é a desejada, sendo que a falta de tempo e a dinâmica do serviço frequentemente resultam em explicações rápidas e insuficientes. Essa limitação impacta a compreensão do doente e pode gerar ansiedade e desconfiança na tomada de decisão sobre o seu próprio cuidado. Esta incompreensão de informação, por sua vez pode influenciar o consentimento informado de cuidados quando assim requerido, sendo que este é a última etapa depois da informação e da validação da mensagem (Nunes et al., 2005).

Esta situação também é verificada na UCIP, sendo que neste serviço era perceptível uma maior disponibilidade dos profissionais de saúde para o esclarecimento sobre o plano de cuidados, havendo uma hora programada por dia para a reunião com os familiares. Este momento dedicado permite não apenas a transmissão detalhada das informações sobre o tratamento e prognóstico, mas também a resolução de dúvidas e o esclarecimento de questões emergentes, promovendo um diálogo contínuo.

Já na SIV e na VMER, sempre que possível, de uma forma simples, era fornecido o esclarecimento da situação clínica ao doente ou ao familiar/ pessoa de referência e obtido o seu assentimento. Mas este contexto destaca-se pela gravidade das situações, sendo que por diversas vezes o doente não pode expressar a sua vontade de forma explícita, mas presume-se que aceitaria a intervenção de cuidados necessários para preservar a sua vida ou saúde, sendo assim assumido o consentimento presumido.

Este tipo de consentimento, também observado na SUP e na UCIP, é aplicado em situações de emergência onde a obtenção de consentimento informado é inviável, como por exemplo em ocorrências onde o doente se apresentava com alteração do estado de consciência. Nessas situações, os profissionais de saúde demonstravam uma atuação para com o melhor interesse do doente (Nunes et al., 2005; OE, 2015). No entanto, se houver provas claras de uma recusa prévia, como uma Diretiva Antecipada de Vontade (DAV), o consentimento presumido pode não ser aplicado (Lei nº 25/2012).

Nos EC, a ausência de DAV pode gerar um dos principais dilemas éticos associados à decisão de não reanimação (OE, 2023a). Segundo o artigo 100º do REPE (2015), é dever do enfermeiro responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega. Desta forma, antes de iniciar manobras de reanimação é necessário a verificação da existência de DAV válida que expresse o desejo do doente em não ser reanimado. Contudo, a falta de clareza sobre as preferências do doente pode criar dilemas, especialmente em contextos em que a família está ausente ou as informações são insuficientes.

Segundo Soar et al. (2021) nas suas diretrizes de SAV, reconhece que a decisão de não reanimar é apropriada em algumas situações, como Paragem Cardiorespiratória (PCR) com prognóstico irreversível ou evidência de morte irreversível. No entanto, reforça que essas decisões devem ser tomadas com base em evidências clínicas sólidas e na avaliação contextual.

Neste sentido, o dilema de não reanimar, em qualquer contexto de cuidados, exige uma reflexão ética que balanceie a autonomia do doente, as normas legais e as orientações clínicas. Apesar da prática ser alinhada com protocolos bem estruturados que ajudam a minimizar conflitos e a garantir que a decisão seja fundamentada e respeite os valores profissionais e humanos,

Mais especificamente na UCIP, a decisão sobre a mudança de foco do cuidado intensivo para o cuidado paliativo revelou ser um dos desafios mais difíceis para os profissionais de saúde (Silvestrin et al., 2021). Muitas vezes, a ausência de orientações claras leva a debates entre a equipa multidisciplinar e os familiares sobre a continuidade ou suspensão de medidas invasivas (França et al., 2024).

Em suma, a responsabilidade profissional, ética e legal permeia todas as decisões do enfermeiro especialista, independentemente do contexto. O respeito pelos princípios éticos de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça devem ser constantemente equilibrados com as limitações estruturais, organizacionais e reguladoras (Nunes et al., 2005; Regulamento nº

140/2019). A experiência nos diferentes EC permitiu uma reflexão aprofundada sobre a necessidade de formação contínua para lidar com os desafios éticos e legais da prática clínica.

2.1.2. Melhoria contínua da qualidade

Neste domínio, espera-se que os enfermeiros desenvolvam competências que incluem a promoção ativa de iniciativas estratégicas institucionais relacionadas para a gestão. Além disso, é fundamental o desenvolvimento de práticas de qualidade, envolvendo-se na gestão e colaboração de programas de melhoria contínua, assegurando um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº 140/2019).

Pela necessidade de implementar sistemas de qualidade em saúde, a OE desenvolveu os Padrões de Qualidade em Enfermagem (2021a), que tem como objetivo estabelecer critérios de excelência para a prática de enfermagem, orientando os profissionais na prestação de cuidados com base em normas reconhecidas, garantindo a qualidade, segurança e eficiência dos serviços prestados à pessoa, família e comunidade.

Direcionado para a prática especializada, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados (2015) em EMC, tem como objetivo apresentar um referencial que estimule a reflexão e a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade. Sendo que são apresentados enunciados específicos para a EMC-EPSC, tais como a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados, a prevenção e controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos. A aplicação desses enunciados contribui para a qualidade e a boa gestão dos cuidados de saúde proporcionando à pessoa um ambiente de confiança que leva à sua satisfação relativamente aos cuidados prestados pelos profissionais de saúde (Neto et al., 2023).

Nos EC, a prática de enfermagem esteve assente nesses enunciados, mantendo a procura permanente da excelência no exercício profissional, sendo o processo formativo com a aquisição de novas competências um ponto de destaque. No SUP, a formação contínua da equipa revelou-se uma estratégia essencial, sendo evidenciada pela realização de cursos como o Curso de Equipas de Trauma, que visou a capacitação dos profissionais para a abordagem inicial ao doente vítima de trauma na SE. Na UCIP esta preocupação também foi evidente, sendo que através da proatividade dos elementos da equipa de enfermagem, que se encontram organizados em grupos de trabalho, é realizado um plano de formação interna. As temáticas do plano de formação são escolhidas pelo levantamento das necessidades formativas obtidas

através de inquérito e destaca-se que em 2023 foram realizadas um total de 11 formações, 6 formações médicas e 5 de enfermagem, todas destinadas a médicos e enfermeiros.

O INEM apresenta uma preocupação constante pela qualidade dos cuidados através da formação contínua, motivação e aquisição de competências nas equipas SIV e VMER, sendo que esta instituição desenvolve formações internas assíncronas destinadas à equipa de enfermagem, que no final permite a avaliação dos conhecimentos adquiridos com um questionário de 20 perguntas, e ainda é avaliada a pertinência e funcionalidade da formação. Isto vai de encontro com o Plano Estratégico do INEM 2024-2026 (2024) que apresenta como desafios da gestão a formação contínua, afirmando que a mesma promove qualidade dos cuidados, a motivação e comprometimento dos profissionais e ainda permite a aquisição práticas mais atualizadas.

Apesar do impacto significativo das intervenções de enfermagem na qualidade dos cuidados de saúde, a avaliação da sua eficácia e dos seus efeitos nos resultados dos doentes e no próprio sistema de saúde continua a ser um desafio. A medição de resultados é essencial para fundamentar a prática baseada na evidência e monitorizar a qualidade dos cuidados prestados (Pinto et al., 2024).

Esta dificuldade foi particularmente evidente no SUP, onde não estão claramente definidos os indicadores de qualidade utilizados para avaliação. No entanto, observa-se uma preocupação contínua por parte da equipa de enfermagem em desenvolver práticas que promovam a qualidade dos cuidados, bem como na identificação de oportunidades de melhoria. Exemplo disso, é a intervenção dos enfermeiros do SUP enquanto triadores, que dado o papel fundamental da triagem na deteção precoce de sinais de gravidade e na priorização da avaliação dos doentes, torna-se evidente a importância do enfermeiro neste processo. Neste sentido, o Grupo Português de Triagem forma auditores internos que têm como objetivos verificar o cumprimento dos requisitos do Sistema de Triagem de *Manchester* e contribuir para a garantia da qualidade dos cuidados prestados (Costa, 2020). Durante o EC no SUP, foi possível verificar que todos os enfermeiros apresentavam uma aferição igual ou superior a 80% sendo esta considerada como bom.

Na UCIP a análise do relatório anual de 2022 relativo aos Indicadores de Qualidade evidenciou que, na área de enfermagem, são monitorizados indicadores específicos, nomeadamente o diagnóstico de Úlcera Por Pressão (UPP) e o Risco de Queda. Relativamente às UPP, verificou-se que a Escala de *Braden* foi aplicada em 88,41% dos dias de internamento, sendo a prevenção

eficaz em aproximadamente 96,16% dos utentes com alto risco. Quanto ao Risco de Queda, o relatório apenas indica que o diagnóstico foi identificado em 88,81% dos doentes, sem apresentar dados detalhados sobre medidas preventivas implementadas ou a taxa de quedas registadas.

Além destes indicadores, percebe-se que seria possível uma aplicação de um conjunto abrangente de outros indicadores assistenciais tais como a avaliação de aspetos relacionados com o funcionamento global do setor, a utilização de dispositivos invasivos e a ocorrência de incidentes infecciosos e não infecciosos. Estes indicadores seguem padrões de qualidade nacionais e internacionais, assegurando uma monitorização contínua e o alinhamento das práticas com diretrizes reconhecidas (Paz et al., 2023).

Embora a análise dos indicadores disponíveis não tenha identificado propostas concretas de melhoria, a divulgação dos resultados demonstrou um olhar mais atento da equipa de enfermagem para a segurança do doente, reforçando a importância da vigilância contínua e da otimização dos cuidados prestados.

A qualidade dos serviços é uma preocupação do INEM, sendo que o Conselho de Direção do INEM é o responsável máximo pelo Sistema de Gestão da Qualidade e pela definição da Política da Qualidade com o objetivo de implementar metodologias e ferramentas de melhoria contínua das suas atividades, sendo que a qualidade é uma responsabilidade de todos os seus colaboradores (INEM, 2024).

Neste sentido, o INEM na sua página da *web*, apresenta os indicadores de desempenho, sendo que é possível consultar o número de chamadas recebidas, número de acionamentos, número de meios ativos e o número de chamadas direcionadas ao Centro de Informação Antivenenos, entre outros indicadores mais detalhados (INEM, 2024b).

A participação na realização de uma auditoria interna na SIV desempenhou um papel fundamental no fortalecimento da organização em que está inserida, ao possibilitar a identificação e avaliação das exposições ao risco. Este processo permitiu não apenas a implementação de controlos mais eficazes, mas também a proposição de recomendações estratégicas para a otimização dos processos de governação clínica e operacional, promovendo a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados (ACSS, 2007). Esta auditoria tinha como objetivo verificar situações que necessitavam de correção detetadas anteriormente noutras auditorias, tais como a presença de *kits* de triagem multivítimas na ambulância e a exposição no *placard* da Carta dos Direitos e Deveres do Utente do INEM.

Ainda no que diz respeito aos indicadores de qualidade, o Registo Nacional de PCR Pré-Hospitalar, utilizado na SIV e na VMER, é uma ferramenta essencial para monitorizar tempos de resposta, taxas de sobrevivência e adesão aos protocolos de reanimação, promovendo a melhoria contínua dos cuidados. Além de identificar tendências e fatores de risco, apoia decisões baseadas em evidências. Esta plataforma também impulsiona o desenvolvimento de estratégias de intervenção e formação, otimizando recursos e fortalecendo a qualidade e segurança no atendimento de emergências (INEM, 2018).

Na procura da melhoria da qualidade, o Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026 criado pela DGS (2022), apresenta como meta para 2026 um aumento em 20% a notificação de incidentes, mas constatou-se que os enfermeiros do SUP e da UCIP não estão despertados para utilizar a plataforma NOTIFICA[®], tendo esta como objetivo a notificação de incidentes de segurança. Para minimizar a subutilização desta plataforma, foi realizada a sensibilização e promoção da cultura de segurança, destacando a importância da notificação de incidentes como ferramenta para melhoria contínua e reforçando que este processo não é punitivo, mas essencial para prevenir falhas.

Já em contexto pré-hospitalar, a notificação de incidentes de segurança é frequentemente utilizada pelos enfermeiros, sendo esta realizada na plataforma HER+. Esta ferramenta promove a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria e ainda visa garantir a confidencialidade do notificador e anonimato da informação notificada e reportada (INEM, 2020).

Os registos de enfermagem são imprescindíveis para a análise da assistência ao doente, e atualmente os serviços de saúde dispõem de meios eletrónicos para realizar esses registos (Forde-Johnston et al., 2023). Nos EC, foram utilizadas diferentes plataformas tais como o SClínico[®] no SUP, o PatientCare[®] na UCIP e o iTeams[®] na SIV e na VMER. Foi possível constatar que a utilização das mesmas promove a qualidade dos registos, e ainda contribuíram para a segurança e padronização dos cuidados (Forde-Johnston et al., 2023; Soares et al., 2020).

Em suma, a prática especializada em enfermagem desempenha um papel fundamental na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, assegurando a segurança do doente e a eficiência dos serviços de saúde. A implementação de formações contínuas, auditorias internas e monitorização de indicadores reflete um compromisso crescente com a excelência na prestação de cuidados especializados. No entanto, desafios como a subutilização de plataformas de

notificação de incidentes e a necessidade de ampliar os indicadores de qualidade evidenciam áreas a melhorar.

2.1.3. Gestão dos cuidados

Neste domínio, espera-se que os enfermeiros desenvolvam competências para gerir os cuidados de enfermagem, melhorando a eficácia e a coordenação com a equipa de saúde. Adaptando a sua liderança e a gestão de recursos conforme as necessidades e o contexto, com o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento nº 140/2019).

No que diz respeito à gestão de cuidados, o método de trabalho adotado pelos enfermeiros ao longo do seu exercício profissional, deve promover cuidados de qualidade, garantindo uma organização eficiente dos mesmos. Essa organização pode ser estruturada com base em um ou mais métodos de trabalho, influenciados pela cultura institucional, a gestão em enfermagem, a disponibilidade de recursos e as características individuais dos profissionais que compõem a equipa de enfermagem (Silva et al., 2021).

No SUP são observados dois métodos de trabalho em enfermagem. O primeiro é o método individual, no qual um enfermeiro assume integralmente a responsabilidade por um número específico de doentes, garantindo a continuidade e a personalização dos cuidados. O segundo é o método de trabalho em equipa, onde um grupo de enfermeiros divide funções para atender um ou vários doentes, como ocorre na prestação de cuidados na SE. Na UCIP, destaca-se o método do enfermeiro responsável, que centraliza o cuidado no doente e não na tarefa. Este modelo permite uma abordagem mais individualizada, favorecendo decisões ajustadas às necessidades específicas de cada doente, supervisão contínua e um cuidado mais personalizado.

O método de trabalho em equipa também foi identificado no contexto da SIV e da VMER. Nesses ambientes, a equipa é liderada por um elemento responsável por orientar e coordenar as atividades do grupo, utilizando as competências específicas de cada membro. Este modelo promove uma compreensão partilhada das necessidades do doente, permitindo que todos os profissionais colaborem de forma integrada para oferecer um cuidado eficiente e centrado na PSC (Silva et al., 2021).

O assumir da liderança e da gestão dos recursos nos EC é realizada por enfermeiros com funções de coordenação no turno, sendo que no SUP essa função é sempre desempenhada por um EE em EMC, conforme recomendado pelo Parecer nº10/2017 da OE. Na UCIP é verificado que na ausência do enfermeiro coordenador, nem sempre o EE assume essa liderança, passando a

responsabilidade a ser distribuída de forma equitativa entre os membros da equipa. Essa distribuição, porém, contraria as diretrizes do Parecer nº 10/2017 da OE, podendo comprometer a especialização e a qualidade da assistência prestada.

Em contexto pré-hospitalar, a coordenação dos meios SIV e VMER é realizada por enfermeiros gestores, mas no meio SIV destaca-se um EE em EMC-EPSC que assume a coordenação e cumprimento destas atividades, sendo que na VMER esta coordenação é realizada por um enfermeiro perito, caracterizado por possuir elevada experiência, compreendendo intuitivamente cada situação, identificando diretamente o problema, sem se dispensar em soluções ou diagnósticos pouco eficazes (OE, 2017b).

A liderança em contextos de saúde deve ter em conta a escolha de profissionais que desempenham um papel fundamental na otimização e qualidade dos serviços prestados. Além de que, as competências de líder em enfermagem são incorporadas na prática avançada, contribuindo para um desempenho mais eficaz e promovendo a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde (Pires et al., 2023).

Neste sentido, em modo reflexivo, é possível encontrar vantagens dos serviços que apresentam EE na gestão, uma vez que este possui conhecimento aprofundado em um domínio específico de enfermagem, beneficiando a tomada de decisões informadas e a implementação de práticas baseadas em evidência (Regulamento nº 140/2019).

No âmbito do desenvolvimento de competências na área da gestão em enfermagem, nos EC em ambiente hospitalar foi possível acompanhar enfermeiros coordenadores na execução das suas funções, observando e participando ativamente em diversas atividades essenciais para o bom funcionamento dos serviços. De todas as atividades de gestão, destacou-se a supervisão da organização do serviço, incluindo a gestão dos espólios dos doentes, a gestão de *stocks* de medicação e material clínico. Além disso, verificou-se que o enfermeiro coordenador desempenha um papel crucial na organização dos recursos humanos, realizando a distribuição diária dos elementos de enfermagem por turno. Na UCIP esta distribuição é feita de forma equitativa, com o auxílio do *Nursing Activities Score*, escala utilizada para a mensuração de carga de trabalho dos enfermeiros e tem como objetivo medir a quantidade de horas gastas pelo profissional na assistência aos doentes (Rocha et al., 2019). Nesta distribuição está incluído o enfermeiro responsável destinado para a prestação de cuidados na EEMI.

Outro aspeto observado foi a gestão de conflitos dentro da equipa de enfermagem, uma responsabilidade inerente à função de coordenação. Conflitos são inevitáveis nas interações

humanas, e dependendo da forma como são abordados, podem ter impactos positivos ou negativos no ambiente de trabalho. O enfermeiro coordenador, no papel de mediador, adotou diversas estratégias para promover um ambiente de trabalho harmonioso, tais como a participação na passagem de turno, a realização de reuniões com a equipa e a distribuição dos enfermeiros de acordo com as necessidades dos doentes (Miranda et al., 2024; OE, 2015b).

Relativamente aos meios do pré-hospitalar, verificou-se uma realidade diferenciada relativamente à gestão. Em ambos os contextos podemos encontrar a realização de *check-lists* para verificação e contagem de material e medicação, a verificação da operacionalidade dos equipamentos e ainda rotinas de higienização das viaturas, sendo etapas fundamentais para garantir o sucesso das ocorrências. No entanto, observou-se que existem diferenças estruturais e organizacionais na forma como essas atividades são desempenhadas.

A gestão de *stocks* na VMER diferencia-se significativamente do meio SIV, pois é realizada pela ULS onde a viatura está inserida e a responsabilidade pelo controlo e manutenção dos materiais cabe a um enfermeiro perito em funções de coordenação, que faz os pedidos de reposição conforme é identificada a necessidade. No entanto, ao contrário do que acontece na SIV, não há registo sistemático do material utilizado em cada ocorrência, sendo os pedidos efetuados apenas quando se verifica uma rutura ou uma redução significativa de material.

Assim, apesar de ambos os meios partilharem a necessidade de garantir a operacionalidade dos equipamentos e a disponibilidade de material, a SIV adota um modelo mais estruturado e baseado em registos formais, enquanto a VMER apresenta um funcionamento mais flexível e menos protocolado. Estas diferenças impactam diretamente a organização e a rastreabilidade dos processos, evidenciando a necessidade de uniformização e reforço de boas práticas em ambos os contextos, de forma a otimizar a resposta em situações de emergência (Rito et al., 2024).

Relativamente à gestão de cenários desempenhada pelo enfermeiro da SIV, este apresenta um papel fundamental para garantir uma atuação eficaz na emergência pré-hospitalar, envolvendo a avaliação da segurança do local, a coordenação com outros meios de emergência e a tomada de decisões clínicas rápidas e assertivas. Nomeadamente, o enfermeiro da SIV é responsável por estabilizar o doente no local, aplicando protocolos de suporte de vida, monitorizando sinais vitais, administrando terapêutica permitida e garantindo um encaminhamento adequado para a unidade hospitalar mais apropriada. A comunicação eficaz com o CODU permite ajustar recursos conforme necessário, para além de que realiza a articulação com equipas como a

VMER, bombeiros e forças de segurança, sendo crucial para garantir uma resposta adequada às necessidades de cada situação (Miranda et al., 2024; OE, 2021b).

Em síntese, quer em ambientes hospitalares quer em pré-hospitalar, a gestão de cuidados em enfermagem é fundamental para garantir a qualidade e a eficiência dos serviços, exigindo liderança e organização estratégica. A diferenciação dos métodos de trabalho permite adaptar a assistência às necessidades dos doentes, promovendo um cuidado mais personalizado. O enfermeiro coordenador desempenha um papel crucial na articulação da equipa, mediação de conflitos e otimização dos processos, reforçando a segurança e a eficácia dos cuidados prestados.

2.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O Regulamento n.º 140/2019 define o desenvolvimento das aprendizagens profissionais como um domínio essencial das competências comuns do EE, referindo que este deve demonstrar capacidade de autoaprendizagem, atualização contínua do conhecimento e integração de evidência científica na prática clínica. Assim, os EC foram uma oportunidade para aprimorar habilidades técnicas e interpessoais, essenciais para a prestação de cuidados especializados.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais durante os EC constituiu um processo dinâmico e reflexivo, fundamentado na aquisição e consolidação de competências especializadas. Ao longo da experiência clínica, a aprendizagem ocorreu por meio da prática direta, da supervisão por profissionais experientes e da análise crítico-reflexiva das situações vivenciadas.

A aprendizagem baseada na evidência foi um dos pilares dos estágios, sendo incentivada a revisão contínua da literatura científica para fundamentação das intervenções realizadas. Assim, foi possível aplicar os conhecimentos adquiridos na formação teórica em cenários reais, consolidando a capacidade de tomada de decisão fundamentada e crítica.

No SUP destaca-se o aprofundamento de competências na abordagem da via aérea difícil com necessidade de cricotomia e a análise de uma situação de possível dador de coração parado, permitindo a consulta do protocolo interno e revisão da evidência científica mais recente. E ainda foi explorada a utilização do tromboelastómetro (ROTEM®) disponível na SE, um equipamento que possibilita a avaliação qualitativa dos fatores de coagulação através de uma amostra sanguínea, permitindo uma terapia transfusional mais direcionada e personalizada (Drotarova et al., 2023).

Na UCIP, a aprendizagem incluiu a utilização de técnicas avançadas na Ventilação Mecânica Invasiva e Não Invasiva, permitindo não apenas a sua operação, mas também o conhecimento aprofundado sobre modos ventilatórios e fisiopatologia respiratória. Além disso, houve contacto com o Índice Biospectral, um dispositivo que avalia os efeitos dos anestésicos no estado hipnótico cerebral, permitindo a avaliação da função cerebral e a discussão multidisciplinar para a titulação de hipnóticos/sedativos (Oliveira et al., 2017). No âmbito do equipamento complexo, o estágio possibilitou ainda a familiarização com técnicas de substituição renal através do equipamento PRISMA, sendo que a técnica que os enfermeiros na UCIP estão aptos a realizar é hemodiafiltração veno-venosa contínua, sendo esta a modalidade mais utilizada em serviços de medicina intensiva (Andrade et al., 2019).

A necessidade de adquirir adaptabilidade individual e otimizar o conhecimento científico com vista ao desenvolvimento da uma prática clínica especializada foi bastante evidente em contexto pré-hospitalar, pelo total desconhecimento da realidade da prestação de cuidados de enfermagem neste âmbito. Destaca-se o conhecimento sobre todos os protocolos SIV, e as normas e procedimentos internos do INEM, tais como a norma sobre oxigenoterapia no pré-hospitalar, procedimentos sobre contenção de doentes, utilização de antieméticos e norma sobre restrição de movimentos da coluna, que fomentaram o processo de aprendizagem.

A título pessoal, este percurso foi ainda enriquecido pela procura de evidências científicas mais atuais. Exemplo disso foi a participação em cursos como o de Equipas de Trauma (Anexo I), organizado pela comissão de trauma do SUP, focado em competências não técnicas e trabalho em equipa; o Curso *International Trauma Life Support* (Anexo II), centrado na avaliação, reanimação e transporte de vítimas de trauma e o Curso *Abordagem, Transporte e Segurança do Doente Crítico* (Anexo III), que enfatiza a segurança do doente crítico e a abordagem sistemática no transporte, e ainda a participação no 1º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico (Anexo IV), organizado pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem em Doente Crítico, permitindo a atualização científica através da partilha dos mais recentes desenvolvimentos científicos nacionais e internacionais no cuidado ao doente crítico.

Em suma, os EC foram fundamentais para o desenvolvimento e aprimoramento das competências técnicas e interpessoais, essenciais para a prática de cuidados especializados. A aprendizagem foi enriquecida pela integração de evidência científica, proporcionando uma base sólida para a tomada de decisões fundamentada.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências específicas do EE em EMC estão integradas às competências comuns, compondo um conjunto de habilidades clínicas especializadas, que são aplicadas conforme o público-alvo e o contexto da intervenção na área de enfermagem, neste caso, na EPSC. Essas competências envolvem o cuidado de pessoas que vivenciam processos complexos de doenças críticas ou falência orgânica, a coordenação da resposta a situações de emergência, exceção e catástrofes, além de otimizar a atuação na prevenção e controle de infeções e da resistência a antimicrobianos (Regulamento nº 429/2018).

2.2.1. Cuida da pessoa a vivenciar processo complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Segundo Meleis (2010) a PSC atravessa um processo de transição desencadeado por acontecimentos críticos que provocam alterações significativas em si próprio e/ou no seu ambiente. Esse processo pode manifestar-se em diferentes tipos de transições, nomeadamente saúde-doença, situacional, de desenvolvimento e organizacional. No caso da PSC, a transição de saúde-doença é a mais evidente, caracterizando-se como um processo dinâmico e temporário, que pode ocorrer de forma repentina ou progressiva.

Esta Teoria da Transição aplicada à PSC permite que os enfermeiros compreendam melhor as mudanças físicas, emocionais e sociais pelas quais os doentes e as suas famílias passam. Essa abordagem facilita uma intervenção mais personalizada, ajustada às necessidades individuais e às fases específicas da recuperação ou adaptação. Além disso, a teoria orienta os profissionais na prevenção de complicações, no fortalecimento da resiliência dos doentes e na promoção de um cuidado integral e contínuo (Meleis, 2010; Santos et al., 2015).

A aplicação desta teoria na prática de enfermagem pode contribuir significativamente para a melhoria dos resultados de saúde, minimizando o sofrimento e proporcionando uma experiência mais segura, digna e humanizada nos momentos de crise. Ao reconhecer e intervir de forma proativa nas transições vividas pela PSC, os enfermeiros desempenham um papel essencial na adaptação e recuperação dos doentes, reforçando a qualidade e a eficácia dos cuidados prestados (Meleis, 2010; Santos et al., 2015).

Assim, os cuidados direcionados à PSC nos EC tiveram como referencial teórico a Teoria das Transições de Afaf Meleis, pela sua capacidade de direcionar as intervenções de enfermagem, ajudando a tornar as transições mais eficazes.

No que diz respeito à avaliação e intervenção sistematizada da PSC, a abordagem sistematizada do doente crítico (ABCDE) foi uma ferramenta amplamente utilizada nos EC. Esta abordagem revelou-se determinante para detetar focos de instabilidade, priorizando a abordagem às ameaças imediatas à vida e intervindo com rapidez, uma vez que a deteção precoce de sinais de instabilidade clínica, aliada à coordenação eficaz da equipa multidisciplinar, favorece a estabilização do doente e garante um transporte mais seguro e eficiente (Alson et al., 2020).

Para além desta abordagem, a realização do transporte da PSC para uma unidade de saúde foi uma decisão frequentemente vivenciada no EC da SIV e da VMER, exigindo a manutenção de cuidados num ambiente que se revela desfavorável, sendo que falhas na preparação para este transporte podem representar riscos para o doente. Neste sentido, para garantir segurança neste ambiente, tornando-o mais favorável, eram utilizados os equipamentos adequados, delineada uma preparação e planeamento de intervenções a ser realizadas durante o transporte, e ainda a monitorização contínua da PSC, tal como é expresso nas Recomendações sobre o Transporte de Doentes Críticos Adultos pela Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023).

A aplicação e a garantia da administração de protocolos terapêuticos complexos foram um aspeto fundamental na prestação de cuidados à PSC vivenciado nos EC, uma vez que o uso de protocolos tem como objetivo estabelecer orientações claras para uma cadeia de sobrevivência, assegurando um atendimento de excelência. Com base em evidências científicas, estes visam padronizar as condutas e intervenções a serem aplicadas em cada situação, o que contribui para a redução da morbimortalidade e para a otimização da resposta a todas as demandas clínicas (Degasperi et al., 2020; DGS, 2011).

No SUP é verificado que o enfermeiro assume um papel central no funcionamento eficaz dos protocolos, sendo responsável por identificar, na sala de triagem, o nível de urgência ou emergência do doente, orientando-o para o atendimento adequado a ser prestado pela equipa multiprofissional, garantindo assim uma gestão eficiente do caso (Degasperi et al., 2020).

A utilização de protocolos clínicos, como o SAV, e algoritmos para abordagem de taquicardias e bradicardias, foi frequentemente observado neste EC e desempenha um papel crucial na gestão eficaz das situações emergentes na SE. Foi ainda percecionado que a presença de EE

nesta sala são um recurso humano essencial, uma vez que com uma formação avançada estes profissionais são fundamentais para a aplicação de protocolos, garantindo que os cuidados prestados estejam em conformidade com as melhores práticas e as diretrizes estabelecidas (OE, 2018b).

Para além disto, o reconhecimento dos protocolos das Vias Verdes no SUP demonstraram ser ferramentas promotoras da qualidade e segurança da PSC, uma vez que estes correspondem a circuitos de encaminhamento, com componentes tanto pré como intra-hospitalares, que têm como objetivo organizar de forma sistemática os passos, procedimentos e responsabilidades ao longo de um ciclo de cuidados em situações clínicas, que devido à sua natureza, podem beneficiar significativamente em termos de mortalidade e morbilidade de uma abordagem estruturada e precoce (Grupo Português de Triagem, 2021).

Também na UCIP o recurso a protocolos visou ser essencial para apoiar a prática clínica, destacando-se dois protocolos terapêuticos, o de administração de vasopressina e o de administração de acetilcisteína em intoxicação por paracetamol, que apesar de serem de prescrição médica, a sua preparação e administração competem exclusivamente aos enfermeiros, exigindo atenção redobrada para garantir segurança e eficácia (OE, 2018c).

No pré-hospitalar, a aplicação de protocolos complexos demonstrou ser mais evidente a nível da SIV, uma vez que os procedimentos e intervenções de enfermagem têm por base a aplicação de protocolos validados pelo INEM, denominados Protocolos SIV, sendo que algumas intervenções mencionadas necessitam de validação pelo médico regulador. O uso de protocolos na SIV reflete a importância da padronização e sistematização na atuação pré-hospitalar, sendo ferramentas essenciais, que orientam as equipas em situações de emergência, garantindo que as intervenções sejam realizadas de forma padronizada, segura e com base em evidências científicas (Martin-Gill et al., 2024).

A comunicação eficaz é um dos pilares essenciais para a qualidade dos cuidados de saúde, particularmente no contexto da enfermagem à PSC. O uso de ferramentas padronizadas, como o ISBAR (Identificação, Situação, Background, Avaliação e Recomendação), tem-se mostrado fundamental para melhorar a segurança do doente, minimizar erros e promover uma abordagem humanizada na transmissão de informações relevantes (Castro et al., 2022; DGS, 2017a). Durante os estágios desenvolvidos nos diferentes contextos, hospitalar e pré-hospitalar, a implementação destas metodologias demonstrou-se essencial na prática clínica.

No SUP e na UCIP, esta metodologia demonstrou ser especialmente relevante nos momentos de transição de cuidados, sendo estes momentos representam uma fase vulnerável para a segurança do doente, especialmente nos casos em que devido à complexidade clínica, pode aumentar o risco de erro na comunicação da informação. Isto é particularmente observado durante as transferências para diferentes níveis de cuidados ou nas mudanças de turno dentro da mesma instituição (Castro et al., 2022). A utilização da metodologia ISBAR nas passagens de turno do SUP e da UCIP permitiu a transmissão de informação de forma padronizada, contribuindo para a tomada de decisão e pensamento crítico, garantindo a eficácia da comunicação eficaz.

Na SIV e na VMER, esta metodologia é regularmente utilizada na passagem de dados ao CODU, na comunicação entre equipas multidisciplinares e na transição para as unidades hospitalares. No entanto, os ambientes ruidosos ou a urgência nas decisões apresentaram desafios na comunicação. Para superar estas barreiras, foi essencial a prática regular desta técnica, assegurando que informações críticas sejam transmitidas de forma clara, concisa e eficiente.

Relativamente à comunicação de más notícias, este representa um desafio significativo na prática clínica, exigindo empatia, clareza e sensibilidade. O protocolo SPIKES (*Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy e Summary*), é um modelo estruturado para auxiliar os profissionais de saúde na transmissão de informações delicadas a doentes e familiares. Exemplo da utilização desta ferramenta nos EC, foi em doentes com prognóstico reservado, a comunicação estruturada ajudou a família a compreender a situação e a tomar decisões informadas, e em situações de situações de óbito, garantiu que a informação fosse transmitida de forma empática e respeitosa, minimizando o impacto emocional sobre os familiares (Malta et al., 2023).

A dor é definida como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (Santana et al., 2020, p. 197). Esta experiência é frequentemente observada na PSC, estando relacionada tanto com a patologia subjacente quanto com os diversos procedimentos invasivos e não invasivos aos quais é submetida. A dor na PSC pode ser ainda agravada pela dificuldade de comunicação, pelo medo e pela ansiedade, manifestando-se através de alterações fisiológicas. Deste modo, o controlo da dor na PSC é essencial, pois pode contribuir para a redução do risco de complicações e para a melhoria do prognóstico (Teixeira & Silva, 2023).

Nos EC a avaliação e o tratamento da dor tornaram-se uma prioridade. A avaliação precisa da mesma é fundamental para um tratamento eficaz, sendo essencial a obtenção da história prévia de dor, outras patologias que possam influenciar tanto a avaliação quanto a escolha dos analgésicos e ainda fatores psicológicos e sociais que podem ser fatores influenciadores. A avaliação incluiu ainda a localização da dor, a sua intensidade, fatores que a agravam ou aliviam, e o impacto funcional causado. Diversas escalas de avaliação podem ser empregues, dependendo do estado clínico do doente e da sua capacidade de comunicação (Teixeira & Silva, 2023).

No SUP a monitorização contínua da dor começa no momento da triagem e é mantida durante todo o tempo de permanência do doente no serviço. Os instrumentos de avaliação da dor frequentemente utilizados foram a Escala de Avaliação Numérica e a Escala de Faces (Figueira et al., 2022). Já na UCIP, para avaliar a dor dos doentes que estão inconscientes sob ventilação mecânica era aplicada a escala *Behavioral Pain Scale*, que baseia a sua avaliação em três tipos de comportamento (Expressões faciais, movimento dos membros superiores e complacência ventilatória) (Salviano et al., 2025).

O contacto com a escala *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD) surgiu no ambiente pré-hospitalar, e permitiu avaliar a dor em doentes com demência ou outras condições cognitivas comprometidas (Wandrey et al., 2023). A aplicação da PAINAD pelos enfermeiros nos cenários pré-hospitalares revelou-se fundamental para uma avaliação eficaz da dor, proporcionando uma intervenção adequada e atempada.

A avaliação da dor em diversos contextos orienta as intervenções voltadas à sua prevenção e tratamento. Segundo a OE (2008), o enfermeiro tem a responsabilidade de promover cuidados que visem eliminar ou reduzir a dor a níveis que sejam considerados toleráveis pelo doente, garantindo o seu conforto e bem-estar. Mas a formação especializada, nomeadamente na PSC, garante ao enfermeiro conhecimentos e técnicas em medidas não farmacológicas para o alívio da dor e para situações de sedo-analgésia, proporcionando os conhecimentos necessários para a escolha adequada das intervenções, garantindo que, tanto as medidas farmacológicas como as não farmacológicas, sejam utilizadas de forma integrada e eficaz no contexto da PSC (Regulamento nº 429/2018).

Durante os EC, houve a oportunidade de aplicar tanto intervenções farmacológicas quanto não farmacológicas no alívio da dor. Exemplos disso incluem o uso de técnicas de posicionamento adequado do doente para melhorar o conforto. Além disso, houve a oportunidade de preparar e

administrar fármacos como analgésicos e sedativos, mas sempre com base em protocolos e prescrições médicas, com monitorização constante do estado do doente.

Em síntese, a Teoria das Transições de Meleis proporciona uma base teórica para compreender as mudanças nos doentes, permitindo uma intervenção personalizada e eficaz no cuidar da pessoa a vivenciar processo complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. O enfermeiro, com formação especializada, desempenha um papel central na aplicação de protocolos clínicos garantindo a padronização e eficácia das práticas. Contribui ainda para o controlo da dor e para comunicação eficaz entre a equipa/doente e a sua família.

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

Segundo o Regulamento nº 140/2019 da OE, emergência refere-se a uma condição súbita e grave que ameaça a vida, exigindo assistência imediata. Exceção caracteriza-se pelo desequilíbrio entre necessidades e recursos disponíveis, requerendo gestão rigorosa de meios. Já catástrofe descreve acidentes graves, ou sequência de acidentes que podem causar prejuízos materiais ou danos a pessoas, podendo prejudicar a condição de vida e a situação socioeconómica.

A prestação de cuidados de enfermagem em situações de emergência, exceção e catástrofe exige uma resposta coordenada, rápida e eficiente, garantindo a segurança das vítimas e da equipa de intervenção. O EE em EMC-EPSC assume um papel fundamental neste âmbito, e a experiência adquirida ao longo dos estágios realizados em diversos contextos possibilitou o desenvolvimento e consolidação dessas competências, fundamentais para uma resposta eficaz em cenários críticos.

A segurança da equipa e do doente é a primeira prioridade em qualquer intervenção de emergência. Em ambiente hospitalar no SUP e UCIP, a segurança é garantida pela organização do espaço, pelo acesso adequado a equipamentos de reanimação e pela correta alocação de recursos humanos. No SUP observou-se que a otimização do fluxo de doentes, a segregação por criticidade pela triagem de *Manchester* e a aplicação de medidas de controlo de infeção foram estratégias fundamentais para garantir um ambiente seguro.

Durante os estágios em contexto pré-hospitalar (VMER e SIV), foi possível constatar que antes da abordagem ao doente, a equipa procede à avaliação do cenário para identificar potenciais

riscos, como instabilidade estrutural, presença de materiais perigosos ou situações de violência (Alson et al., 2020).

No que diz respeito à adequação da resposta em situação de trauma, através do protocolo Via Verde Trauma, a Equipa de Trauma do SUP é ativada em casos de vítimas politraumatizadas, promovendo um atendimento estruturado e multidisciplinar e permitiu uma resposta mais célere, priorizando exames de imagem e acesso imediato a bloco operatório quando necessário. A experiência revelou a importância da comunicação eficaz entre os membros da equipa, garantindo que cada profissional saiba o seu papel na abordagem ao doente.

Verificou-se que a intervenção em cenários de trauma é um dos maiores desafios para as equipas de emergência pré-hospitalar, uma vez que estes eventos são marcados pela imprevisibilidade. No EC, a atuação perante estes casos, exigiu uma atuação pautada na coordenação criteriosa e gestão eficiente dos recursos humanos, técnicos e das informações disponíveis a cada momento, para otimizar a resposta e mitigar os impactos (INEM, 2024b).

De forma a orientar a resposta a situações de emergência catástrofe, os Planos de Emergência e Catástrofe das instituições de saúde, são documentos que garantem uma atuação organizada e eficiente das equipas (Félix et al., 2018). Durante os estágios realizados em ambiente hospitalar, foi possível analisar diferentes abordagens internas na gestão de emergências e o planeamento que permitirá dar uma resposta adequada com os meios disponíveis e ou mobilizáveis. Foi possível reconhecer a necessidade de formação contínua e a realização de simulações práticas nesse contexto. As simulações regulares são fundamentais para preparar a equipa, testar planos de emergência e identificar pontos de melhoria. Além disso, desempenham um papel crucial na correção de falhas e na minimização de riscos durante situações de exceção (Wax, 2019).

Em ambiente pré-hospitalar o Plano Estratégico 2024-2026 do INEM (2024c), apresenta como objetivo, garantir a capacidade de intervenção em situações de exceção (catástrofe, emergências sanitárias, entre outras). Para a aquisição de competências, no EC houve a interação e a perceção dos meios e recursos necessários para a atuação nesta tipologia de situações. Desta forma, foi conhecida a Viatura de Intervenção em Catástrofe sendo esta utilizada em situações multivítimas cujo seu interior transporta diverso material de suporte avançado, que permite a montagem de um Posto Médico Avançado (INEM, 2024d).

Perante estes cenários, a triagem revela-se como um dos pilares fundamentais na gestão de emergências. A SIV e a VMER apresentam *kits* de triagem de multivítimas, sendo que através

do fluxograma de triagem primária é possível não só a imposição da ordem, mas também para garantir que perante um grande número de vítimas a triagem seja feita de uma forma rápida. Já a triagem secundária, realizada em ambiente hospitalar, envolveu a avaliação detalhada do estado clínico, permitindo a priorização dos exames e procedimentos (INEM, 2024b).

Nos serviços hospitalares, a preservação de vestígios relacionados a crimes é fundamental para garantir a eficácia dos cuidados de enfermagem. A implementação de protocolos verificada no SUP e na UCIP sobre esse tema visou estabelecer práticas claras de enfermagem forense. Os documentos têm como objetivo capacitar a equipa para lidar com vestígios de forma legal e ética, assegurando que todas as etapas sejam seguidas corretamente, e definir as boas práticas que minimizam o risco de contaminação ou destruição de vestígios, garantindo a segurança e a confiabilidade das evidências. Assim, é fundamental a implementação de normas e procedimentos específicos na enfermagem forense, com o objetivo de garantir a correta preservação de vestígios e a manutenção da integridade da cadeia de custódia (Gonçalves et al., 2024).

No contexto pré-hospitalar, os desafios demonstraram ser maiores, pois os enfermeiros são muitas vezes os primeiros profissionais a intervir em cenários de crime. Detetou-se como dificuldade, a sensibilidade da equipa de enfermagem para diagnosticar precocemente indícios de prática de crime e quais as intervenções a serem realizadas caso seja detetada. Através do Manual Operações das Equipas de Emergência Pré-Hospitalar (INEM, 2024b) foi conhecido os princípios básicos de atuação, sendo que é referido que a preservação da vida tem prioridade sobre o local do crime, mas é essencial registar todas as alterações realizadas durante os cuidados, como mudanças no cenário. Em caso de suspeita de crime, é fundamental preservar vestígios, como roupas ou elementos nas mãos da vítima, para futuras investigações, sendo que os operacionais devem colaborar com a justiça ao documentar detalhadamente as suas ações no local.

Assim, a implementação de normas claras, formação contínua e colaboração efetiva entre os diversos profissionais e instituições envolvidas são pilares essenciais para a eficácia das investigações legais e a proteção dos direitos das vítimas (Gonçalves et al., 2024; Regulamento nº 728/2021).

Em suma, a atuação do EE em EMC-EPSC é fundamental em situações de emergência e catástrofe. A sua atuação é marcada pela capacidade de coordenar a intervenção, sem descuidar

a preservação de vestígios relacionados a indícios de prática de crime, assegurando que todas as ações sejam realizadas com rigor ético e legal.

2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica /ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

O exercício da enfermagem, fundamentado em conhecimentos científicos, ético-deontológicos e legislativos, deve refletir-se na transparência dos processos de tomada de decisão, especialmente na prevenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos. Essa atuação deve ser de excelência, reafirmando o compromisso do enfermeiro perante a PSC e/ou falência orgânica (Regulamento n° 674/2021).

No domínio específico da prevenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos, o papel do EE destaca-se pela capacidade de implementar intervenções baseadas em evidências que minimizem os riscos de transmissão de agentes infecciosos, promovam a adesão às boas práticas, incentivem o uso racional de antimicrobianos e contribuam para a segurança dos doentes, profissionais e comunidade, em conformidade com as normas estabelecidas (Regulamento n° 429/2018).

As Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas de importância crescente que, através da utilização das Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI), ocorre a minimização do risco de infeção e a transmissão cruzada (DGS, 2017b).

O reconhecimento dos Programas de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos de cada EC revelou-se fundamental. Estes programas têm como objetivos, a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos (Despacho n° 10901/2022). Nos EC verificou-se a aplicação prática destes programas, destacando-se a importância da intervenção do EE na sua implementação e monitorização.

O SUP apresenta desafios acrescidos na prevenção e controlo de infeções devido ao elevado número de doentes atendidos diariamente, e ao desconhecimento de prévio de risco microbiológico, constando-se que a adesão às medidas de prevenção de infeção era frequentemente comprometida devido a estes fatores. Para minimizar este comprometimento,

o serviço previa a implementação rigorosa das PBCI, no sentido de minimizar níveis de infeção cruzada e nosocomial, estabelecendo estratégias para manutenção de procedimentos seguros e isentos de risco para doentes e profissionais de saúde. Exemplos são a disponibilização de solução antisséptica alcoólica em diversos pontos estratégicos do serviço; disponibilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI); utilização de garrotes de uso único; recomendações específicas para os diferentes tipos de isolamento; e ainda a utilização de protocolos para a realização de técnicas seguras de culturas microbiológicas.

O ambiente de cuidados intensivos, são considerados locais de prestação de cuidados onde a taxa de prevalência de infeção é considerada alta. Segundo Vincent et al. (2020), no seu estudo de prevalência, realizado em 1150 centros de 88 países, a 13 de setembro de 2017, 54% dos doentes internados em unidades de cuidados intensivos apresentavam infeção suspeita ou comprovada. Estando esta taxa de prevalência associada ao risco de mortalidade.

Na UCIP o desenvolvimento de IACS é causado por vários fatores, como o uso de cateteres venosos centrais, cateterismos vesicais, ventilação mecânica, internamentos prolongados e recurso prolongado de antimicrobianos de largo espectro. Para reduzir essas infeções e garantir a segurança dos doentes, é essencial a sistematização dos cuidados, sendo que a aplicação dos feixes de intervenções neste EC demonstram ser uma abordagem eficiente para otimizar os processos e melhorar os resultados no cuidado assistencial (Despacho n.º 10901/2022; Pinho et al., 2020).

Durante a realização deste EC, verificou-se que, por parte da equipa existia um cumprimento ímpar e uma adoção das PBCI, e ainda a aplicação prática das recomendações dos feixes de intervenção da DGS relativos à prevenção da infeção relacionada à prevenção da pneumonia associada à intubação, à prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical e ao cateter venoso central e à prevenção da infeção do local cirúrgico (DGS, 2022a, 2022b, 2022c, 2022d). Um exemplo específico no estágio foi a aplicação do Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação, sendo que, de forma multidisciplinar, eram implementadas medidas como a utilização de sedação ligeira; realização diária de provas de ventilação espontânea; elevação da cabeceira; realização de higiene oral; e a manutenção da pressão do balão do tubo endotraqueal (DGS, 2022a).

De acordo com a norma clínica n.º 004/2023 da DGS, e dos procedimentos internos da instituição, é realizada uma avaliação inicial do risco de infeção/colonização. Neste sentido, aquando da admissão na UCIP, é realizada a pesquisa de *Staphylococcus Aureus* Resistente à

Meticilina (SAMR), *Enterobacteriaceae* Produtoras de *Carbapenemases* (EPC) e *Acinetobacter baumannii*. A pesquisa de SAMR é realizada na admissão ao internamento, enquanto a pesquisa de EPC ocorre na admissão e, posteriormente, no 3º e 5º dia de internamento. A pesquisa de *Acinetobacter baumannii* é realizada na admissão e apenas quando o doente vem de outra unidade hospitalar de cuidados intensivos, com tempo de permanência superior a 48 horas.

Relativamente ao contexto da emergência pré-hospitalar, este apresenta desafios específicos no âmbito da prevenção e controlo de infeções. Neste sentido, o INEM fornece orientações práticas para a mitigação de infeções relacionadas ao ambiente pré-hospitalar, considerando a natureza móvel e frequentemente contaminada desses contextos (Comissão de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos [CPCIRA] & INEM, 2023).

Exemplos na prática, foi o seguimento de protocolos relacionados com a limpeza e desinfeção das viaturas e equipamentos após cada utilização, assegurando a eliminação de patógenos e reduzindo o risco de transmissão cruzada entre doentes. A utilização de EPI apropriados, principalmente em intervenções envolvendo doentes com infeções respiratórias ou contacto com fluidos corporais e ainda a higienização das mãos, adaptada às condições do contexto pré-hospitalar, com recurso a soluções antissépticas alcoólicas portáteis.

A experiência em ambiente pré-hospitalar reforça o compromisso do EE na maximização da prevenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos, mesmo em contextos desafiadores, como por exemplo acidentes de viação ou intervenções em locais de difícil acesso. A complexidade inerente a estes cenários, caracterizados pela necessidade de atuação imediata, impõe desafios adicionais à garantia da esterilidade dos materiais e à aplicação rigorosa das técnicas de assepsia. Ao alinhar a prática clínica com as orientações do INEM, o enfermeiro desempenha um papel crucial na mitigação de riscos, promovendo a segurança do doente e a qualidade dos cuidados.

Em suma, a prevenção e o controlo de infeções, bem como a resistência a antimicrobianos, representam desafios constantes no contexto dos cuidados de saúde. O EE destaca-se na aplicação de intervenções baseadas em evidências, assegurando a segurança dos doentes e a qualidade assistencial.

PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

3. TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE OS REGISTOS INFORMATIZADOS

*CRITICAL CARE PATIENT INTER-HOSPITAL TRANSFER: NURSES PERCEPTION OF
INFORMATIZED RECORDS*

*TRANSPORTE INTER-HOSPITALARIO DE PACIENTES CRÍTICOS: PERCEPCIÓN DE
LOS ENFERMEROS SOBRE LA INFORMATIZACIÓN DE LOS REGISTROS DE
ENFERMERÍA*

RESUMO

Introdução: O Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico (TIHDC) é um processo que assegura a transferência segura de doentes em situação crítica entre unidades hospitalares. No entanto, este procedimento apresenta desafios, incluindo a necessidade de registos de enfermagem padronizados e informatizados.

Objetivo: Este estudo visa avaliar a perceção dos enfermeiros sobre a informatização dos registos de enfermagem e a implementação de listas de verificação no TIHDC, analisando o impacto dessas ferramentas na segurança, qualidade dos cuidados e comunicação entre equipas.

Métodos: Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo, realizado em duas fases. Inicialmente, foi aplicado um questionário para identificar perceções sobre os registos de enfermagem no TIHDC. Posteriormente, foi implementada uma instrução de trabalho para a informatização dos registos e introdução de listas de verificação, sendo aplicada uma nova avaliação após a formação dos enfermeiros envolvidos no transporte.

Resultados: Os enfermeiros reconhecem a importância dos registos informatizados e das listas de verificação para garantir a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados. No entanto, desafios como tempo adicional para registos e adaptação ao sistema informatizado foram apontados.

Conclusão: A informatização dos registos e a implementação de listas de verificação representam uma melhoria significativa na segurança e eficiência do TIHDC. Recomenda-se a adoção dessas ferramentas de forma integrada, acompanhada de formação contínua para maximizar os seus benefícios na prática clínica.

Palavras-chave: Transporte Inter-Hospitalar, Doente Crítico, Registos de Enfermagem, Listas de Verificação, Informatização.

ABSTRACT

Introduction: Inter-Hospital Transport of Critically Ill Patients (IHTCIP) is a process that ensures the safe transfer of critically ill patients between hospital units. However, this procedure presents risks, including the need for standardized and computerized nursing records.

Objective: This study aims to evaluate nurses perceptions of the computerization of nursing records and the implementation of checklists in IHTCIP, analyzing the impact of these tools on safety, quality of care, and communication between teams.

Methods: This is a quantitative and descriptive study, conducted in two phases. Initially, a questionnaire was applied to identify perceptions regarding nursing records in IHTCIP. Subsequently, a work instruction was implemented for the computerization of records and the introduction of checklists, with a new evaluation conducted after the training of nurses involved in transport.

Results: Nurses recognize the importance of computerized records and checklists in ensuring patient safety and the quality of care provided. However, challenges such as additional time for records and adaptation to the computerized system were highlighted.

Conclusion: The computerization of records and the implementation of checklists represent a significant improvement in the safety and efficiency of IHTCIP. The adoption of these tools in an integrated manner, accompanied by continuous training, is recommended to maximize their benefits in clinical practice.

Keywords: Inter-Hospital Transport, Critically Ill Patient, Nursing Records, Checklists, Computerization.

RESUMEN

Introducción: El Transporte Inter-Hospitalario de Pacientes Críticos (TIHPC) es un proceso que asegura la transferencia segura de pacientes en estado crítico entre unidades hospitalarias. Sin embargo, este procedimiento presenta desafíos, incluyendo la necesidad de registros de enfermería estandarizados e informatizados.

Objetivo: Este estudo tiene como objetivo evaluar la percepción de los enfermeros sobre la informatización de los registros de enfermería y la implementación de listas de verificación en el TIHPC, analizando el impacto de estas herramientas en la seguridad, calidad de la atención y comunicación entre equipos.

Métodos: Se trata de un estudio cuantitativo y descriptivo, realizado en dos fases. Inicialmente, se aplicó un cuestionario para identificar las percepciones sobre los registros de enfermería en el TIHPC. Posteriormente, se implementó una instrucción de trabajo para la informatización de los registros e introducción de listas de verificación, realizándose una nueva evaluación después de la formación de los enfermeros involucrados en el transporte.

Resultados: Los enfermeros reconocen la importancia de los registros informatizados y de las listas de verificación para garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención prestada. Sin embargo, se señalaron desafíos como el tiempo adicional para los registros y la adaptación al sistema informatizado.

Conclusión: La informatización de los registros y la implementación de listas de verificación representan una mejora significativa en la seguridad y eficiencia del TIHPC. Se recomienda la adopción de estas herramientas de manera integrada, acompañada de formación continua para maximizar sus beneficios en la práctica clínica.

Palabras Clave: Transporte Inter-Hospitalario, Paciente Crítico, Registros de Enfermería, Listas de Verificación, Informatización

INTRODUÇÃO

O Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico (TIHDC) é um processo essencial na continuidade dos cuidados de saúde, garantindo que a Pessoa em Situação Crítica (PSC) receba assistência adequada em unidades hospitalares mais capacitadas para atender às suas necessidades (Ordem dos Médicos [OM] & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI], 2023). No entanto, este procedimento apresenta riscos significativos, pois envolve a transferência de doentes em condições instáveis, exigindo monitorização contínua, equipamentos apropriados e uma equipa de profissionais altamente qualificada. A segurança e a eficácia do TIHDC dependem, assim de protocolos bem definidos de forma a minimizar os riscos que possam surgir (Bleakley, 2024; OM & SPCI, 2023; Song et al., 2024).

Dentro dos principais desafios associados ao TIHDC, destacam-se a realização de registos padronizados de enfermagem e a necessidade de ferramentas que assegurem uma assistência mais estruturada e segura durante todo o percurso do transporte (Australasian College for Emergency Medicine [ACEM] et al., 2024; National Health Service [NHS], 2022; OM & SPCI, 2023).

A implementação de listas de verificação e a informatização dos registos têm sido apontadas como estratégias fundamentais para minimizar erros, otimizar a qualidade assistencial e garantir a rastreabilidade dos cuidados prestados (Carvalho et al., 2024; Rehm et al., 2021). Neste contexto, este estudo propõe-se a avaliar a perceção dos enfermeiros sobre a informatização dos registos e a introdução de listas de verificação no TIHDC, analisando os benefícios e desafios dessa mudança na prática clínica. Além disso, pretende-se compreender de que forma a padronização e informatização dos registos podem contribuir para a segurança do doente, qualidade dos cuidados e para a comunicação entre as equipas hospitalares.

3.1. ESTADO DE ARTE

A PSC é aquela cuja vida se encontra em risco iminente devido à falência, ou potencial falência, de uma ou mais funções vitais, sendo a sua sobrevivência dependente de suporte avançado, de monitorização, vigilância e intervenção terapêutica (OM & SPCI, 2023).

O Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico (TIHDC), diz respeito ao transporte entre duas unidades de saúde diferentes, sendo que as indicações para a transferência destes doentes devem-se à inexistência de recursos humanos, técnicos ou organizacionais no hospital de

origem que permitam tratar definitivamente ou dar continuidade ao tratamento iniciado (Bleakley, 2024; Despacho nº 840/2025; Song et al., 2024).

Para garantir uma resposta rápida e eficiente, em Portugal, a maioria das operações são coordenadas pelos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Inserido no Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), o TIHDC visa assegurar a continuidade dos cuidados entre unidades hospitalares, recorrendo aos meios já existentes nos hospitais ou aos recursos de emergência médica do INEM. A coordenação do CODU permite uma articulação eficaz, garantindo uma resposta integrada ao Transporte de Doentes Críticos (TDC) dentro do sistema de emergência médica pré-hospitalar (Despacho nº 10109/2014).

No que diz respeito à constituição da equipa do TIHDC, esta deve ser composta por um médico e um enfermeiro com experiência e formação adequada, devendo os mesmos ser detentores de curso de Suporte Avançado de Vida (SAV) e de TDC e estar familiarizados com todos os recursos e equipamentos possíveis de ser utilizados durante o transporte. Idealmente, o enfermeiro deve ser especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem a Pessoa em Situação Crítica (EMC-EPSC) e detentor da competência acrescida em emergência extra-hospitalar (Despacho nº 840/2025; Despacho nº 10109/2014).

O TIHDC apresenta riscos significativos, assim, garantir a segurança é um dos pilares fundamentais da assistência, devendo o nível de cuidados ao doente crítico ser mantido em todas as fases do transporte. Um transporte ineficaz pode resultar no agravamento do estado clínico, complicações evitáveis e aumento da taxa de mortalidade e morbidade. Neste sentido, as instituições devem organizar protocolos padronizados do TIHDC de modo que as complicações que surjam sejam associadas à gravidade da doença de base e não ao transporte em si (Bleakley, 2024; OM & SPCI, 2024; Song et al., 2024).

Os riscos associados ao TIHDC podem ser categorizados em técnicos quando relacionados com o doente e com o equipamento, não técnicos quando relacionados com a equipa e com a formação/ experiência profissional, e ainda relacionados a questões organizacionais (Bleakley, 2024). Segundo a OM & SPCI (2023), as complicações graves durante o transporte acontecem, normalmente, na passagem do doente do serviço de origem para a maca do transporte, no início do trajeto, nos transportes de longa duração (>30 minutos), ou na receção do doente no hospital/serviço de origem. Há ainda uma relação para o aumento de riscos no TIHDC no período noturno em comparação com o diurno (Bleakley, 2024).

No sentido de minimizar os riscos e assegurar um transporte seguro, as listas de verificação demonstram ser uma ferramenta que potencia a segurança no TIHDC, cujo objetivo depreende-se por garantir que todos os preparativos necessários sejam otimizados antes de cada fase do transporte (Bleakley, 2024; Carvalho et al., 2024; OM & SPCI, 2023; Skoglund et al., 2024).

Outra medida é a realização de registos ao longo do transporte, devendo os mesmos ser efetuados com intervalos adequados. Estes registos devem ser posteriormente anexados ao processo clínico do doente, permitindo a rastreabilidade completa dos cuidados prestados. Além de otimizar a continuidade assistencial, essa documentação estruturada facilita auditorias e avaliações de qualidade, promovendo melhorias contínuas nos protocolos de TDC (ACEM et al., 2024; Bleakley, 2024; NHS, 2022; OM & SPCI, 2023). A utilização de registos segundo as *guidelines* ABCDE da *Resuscitation Council*, demonstram ser mais eficazes para a identificação de eventos adversos, indicando quando é necessário intervir (Bleakley, 2024; Resuscitation Council UK, 2024).

Na procura da melhoria dos cuidados de saúde, as tecnologias de informação e comunicação têm um papel preponderante na melhoria da eficiência, precisão e acessibilidade das informações clínicas. Os registos eletrónicos em saúde melhoram a eficiência da enfermagem, reduzindo o tempo gasto na documentação e proporcionam acesso fácil às informações dos doentes, permitindo uma padronização, monitorização e documentação em tempo real e ainda acrescentam segurança dos mesmos (Jayousi et al., 2024).

3.2. MÉTODOS

Este é um estudo quantitativo, descritivo onde foram identificados dados de processo e de resultado, sendo que a recolha desses dados decorreu em dois momentos distintos, numa primeira fase diagnóstica e numa segunda fase após a realização de formação à equipa de enfermagem que realiza TIHDC com recurso de uma instrução de trabalho sobre a realização de registos de enfermagem e preenchimento de listas de verificação no TIHDC.

3.2.1. Desenho do estudo

Para a concretização deste estudo foram definidas etapas de trabalho. Foi detetado, após um *brainstorming* e com uma entrevista informal com alguns elementos da equipa de enfermagem, que com a realidade atual há a possibilidade de um aumento do risco, da insegurança do doente e do profissional de saúde durante o TIHDC, bem como a diminuição da qualidade dos cuidados

de enfermagem prestados. Uma vez que o problema em estudo reside essencialmente pela desadequação do formulário de registos de enfermagem, sendo estes realizados de forma manuscrita, numa folha não validada, e pela inexistência de listas de verificação em cada fase do TIHDC.

Foi realizado um primeiro questionário de índole diagnóstica, com o objetivo de recolher dados relativamente à caracterização sociodemográfica, experiência profissional da equipa de enfermagem e, através da escala de avaliação tipo *Likert* (1-Discordo Totalmente [DT]; 2-Discordo [D]; 3-Não Concordo, Nem Discordo [NCND]; 4-Concordo [C]; 5-Concordo Totalmente [CT]), analisar a perceção da equipa sobre o modelo de registos de enfermagem manuscrito, analisar a importância de realização de listas de verificação no TIHDC, e ainda analisar a perceção dos enfermeiros relativamente à informatização dos registos.

O documento das Recomendações do TDC Adultos da OM & SPCI (2023) disponibiliza formulários de registos de enfermagem e de listas de verificação que se caracterizam como únicos e transversais a todas as unidades de saúde, e os mesmos devem ser adotados pelas instituições de forma a criar registos sistemáticos e centralizados relacionados com o transporte de doentes.

Neste sentido, através destes modelos da OM & SPCI (2023) foi desenvolvido um Formulário de Registos de Enfermagem informatizado (Apêndice I) e um Formulário de Listas de Verificação (Apêndice II), igualmente informatizado.

Com o objetivo de dar conhecimento à equipa de enfermagem sobre a operacionalidade destes dois documentos, foi desenvolvida uma Instrução de Trabalho (Apêndice III), que apresenta como objetivo a descrição das etapas necessárias para efetuar os registos de enfermagem e para a utilização de listas de verificação no âmbito do TIHDC. Esta instrução de trabalho delinea que as listas de verificação e os registos de enfermagem são realizados de forma informatizada num portátil destinado exclusivamente para o TDC. Este portátil permite a ligação à ferramenta eletrónica SClínico® por Rede Privada Virtual (VPN), permitindo a realização de registos de enfermagem de forma remota e ainda a possibilidade dos mesmos serem anexados ao processo clínico do doente a ser transportado.

De forma a dar visão desta instrução de trabalho à equipa de enfermagem, a investigadora principal do estudo desenvolveu uma formação, com duração de uma hora, onde foi discutida a importância dos registos de enfermagem e da utilização de listas de verificação para o TIHDC, as vantagens e desvantagens da informatização dos registos e por último foi apresentada a

instrução de trabalho previamente desenvolvida e debatido entre os elementos este novo procedimento de registos.

O segundo questionário, implementado in loco, logo após a apresentação à equipa da instrução de trabalho, com recurso a um QR code, permitiu a recolha de dados, através da escala de avaliação tipo *Likert* (1-DT; 2-D; 3-NCND; 4-C; 5-CT), sobre a perceção dos enfermeiros sobre a instrução de trabalho apresentada e sobre a introdução das listas de verificação durante o TIHDC. Foram também aplicadas questões abertas relativamente as vantagens e desvantagens sobre a informatização dos registos e ainda aspetos de melhoria do procedimento que a equipa identifica.

3.2.2. Amostra

Para dar respostas ao objetivo principal, que visa avaliar a perceção dos enfermeiros sobre a informatização dos registos de enfermagem e a implementação de listas de verificação no TIHDC, analisando o impacto dessas ferramentas na segurança, qualidade dos cuidados e comunicação entre equipas, a população deste estudo é constituída por todos os enfermeiros que constituem a equipa de TIHDC de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região centro de Portugal. A amostra que participou na sessão de formação foram os enfermeiros que consentiram de forma informada, livre e esclarecida participar na mesma e, posteriormente, responderam ao questionário desenvolvido para obtenção de resultados neste estudo. Foi excluído deste estudo a investigadora principal que faz parte da equipa de TIHDC.

O consentimento informado foi obtido no início de cada questionário, através de uma secção introdutória que explicava os objetivos do estudo, a natureza voluntária da participação, o anonimato das respostas e a garantia de confidencialidade dos dados recolhidos. Os participantes só podiam prosseguir com o preenchimento do questionário após manifestarem, de forma expressa, o seu consentimento livre, esclarecido e informado, confirmando assim a sua concordância em participar no estudo.

3.2.3. Instrumentos de recolha de dados

Antes do início da recolha de dados, foi solicitada e obtida a autorização da Comissão de Ética da instituição onde o estudo foi desenvolvido. Para tal, foi elaborado um protocolo de investigação contendo os objetivos do estudo, a metodologia a utilizar, os instrumentos de recolha de dados, e as medidas de salvaguarda da confidencialidade e anonimato dos participantes. Este protocolo foi submetido à apreciação da Comissão de Ética, que, após

análise, emitiu parecer favorável à realização do estudo, conforme documento anexado (Anexo V). A autorização garantiu que o estudo cumpria os princípios éticos e legais aplicáveis à investigação em contexto clínico, nomeadamente no que respeita ao consentimento informado, à proteção dos dados pessoais e à voluntariedade da participação.

Após autorização da Comissão de Ética da instituição, foram aplicados dois questionários em formato *Google Forms*[®], em dois momentos distintos.

O primeiro questionário, de carácter diagnóstico, teve como objetivo analisar a perceção dos enfermeiros relativamente ao modelo de registos de enfermagem no TIHDC. As variáveis analisadas incluíram a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes, bem como a avaliação sobre a adequação do modelo de registos manuscritos, a importância das listas de verificação e a perceção da informatização dos registos.

O segundo questionário, aplicado após a formação à equipa de enfermagem sobre a divulgação da instrução de trabalho para informatização dos registos e utilização das listas de verificação, teve como objetivo avaliar a perceção dos enfermeiros quanto ao impacto dessas mudanças na prática clínica. As variáveis analisadas incluíram a perceção sobre a segurança do doente e do profissional, a continuidade e qualidade dos cuidados, a comunicação entre equipas, a carga de trabalho associada ao novo modelo, a eficácia e exequibilidade da instrução de trabalho e a relevância da formação recebida.

Todo o processo de recolha de dados respeitou os princípios éticos da investigação, garantindo o anonimato e a confidencialidade dos participantes, bem como o cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados. A participação dos enfermeiros foi voluntária, tendo todos dado o seu consentimento informado, livre e esclarecido. Neste sentido, este estudo respeita todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação.

3.2.4. Análise estatística

Para a realização da análise de estatística descritiva foi utilizada a ferramenta *Statistical Package for the Social Science* (SPSS[®]), versão 29.0.1.0.

3.3. RESULTADOS

Neste capítulo será descrita a análise dos resultados relativamente ao questionário de índole diagnóstica e ao questionário da perceção dos enfermeiros sobre a instrução de trabalho desenvolvida.

3.3.1. Questionário de índole diagnóstica

O questionário de índole diagnóstica permitiu a análise de dados relativamente à caracterização sociodemográfica e experiência profissional da equipa de enfermagem, a análise da perceção da equipa sobre o modelo manual de registo de enfermagem e a importância de realização de listas de verificação no TIHDC, e a análise da perceção dos enfermeiros relativamente à informatização dos registos.

Sendo que, a equipa responsável pelo TIHDC é composta por 43 enfermeiros, dos quais 32 participaram neste questionário e autorizaram a utilização dos seus dados para fins científicos e publicação de resultados, constata-se uma percentagem de 74,4% de respostas sob a população acessível.

A análise das respostas revelou que 53,1% (n=17) dos participantes são do sexo feminino e a maioria dos enfermeiros 87,5% (n=28) exerce funções na área da PSC, nomeadamente no Serviço de Urgência (SU) e na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP). A média de idades dos participantes é de 44 anos (43,78±9,970), e o tempo médio de exercício profissional é de 22 anos (21,59±10,213).

Quanto à categoria profissional, 56,3% (n=18) são Enfermeiros Especialistas, dos quais 66,7% (n=12) possuem especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da PSC e 33,3% (n=6) são especialistas noutras áreas, sendo que o tempo médio de exercício como Enfermeiro Especialista é de 9 anos (9,22±7,848).

No que concerne à análise de concordância dos enfermeiros relativamente à perceção sobre os registos de enfermagem e utilização de listas de verificação no TIHDC, foram obtidos os seguintes resultados através da aplicação de uma escala do tipo Likert, com opção de 5 respostas possíveis (1-DT a 5-CT).

Os resultados obtidos revelam uma perceção predominantemente positiva por parte dos enfermeiros quanto à importância dos registos no TIHDC. A maioria dos participantes, 84,4% (n=27) concordam que a existência de um formulário de registos de enfermagem promove a segurança da PSC, e 81,2% (n=26) consideram que este também contribui para a qualidade dos cuidados prestados.

No entanto, a necessidade de reformulação do atual formulário (formulário manuscrito) foi evidenciada, com uma percentagem total de concordância de 65,7% (n=21) que o conteúdo do registo precisa de atualização. No que diz respeito à facilidade de utilização do formulário de

registos manuscrito, é evidenciado que 53,2% (n=17) dos participantes considera o formulário permite uma fácil elaboração de registos, mas apenas 28,2% (n=9) referem que permite uma uniformização e uma padronização dos cuidados prestados.

Relativamente à sua acessibilidade no processo clínico informatizado, 84,4% (n=27) discordam que o formulário seja de fácil localização. Outro aspeto crítico é a capacidade do formulário de registos manuscrito facilitar a comunicação entre equipas, onde se observam divisão de opiniões, sendo que 37,6% (n=12) discordam que o formulário facilite a transmissão de informação entre as equipas do hospital de origem e de destino, e 34,4% (n=11) concordam.

O registo de eventos adversos é considerado relevante, sendo que 50% (n=16) dos enfermeiros acreditam que o formulário permite documentar estes acontecimentos, mas apenas 31,3% (n=10) consideram que o formulário manuscrito contribui para a sua prevenção.

A importância da informatização dos registos foi amplamente reconhecida, com 87,5% (n=28) dos enfermeiros a concordarem que os registos deveriam ser realizados diretamente no processo clínico eletrónico, utilizando dispositivos como tablets ou computadores portáteis com acesso seguro via VPN.

No que diz respeito às listas de verificação, observou-se uma forte valorização dessa ferramenta, com 87,5% (n=28) dos enfermeiros a concordarem que estas garantem a qualidade do exercício profissional, e 93,8% (n=30) a afirmarem que são fundamentais para prevenir eventos adversos. No entanto, o formulário de registos manuscrito não parece contemplar essas listas de verificação de forma eficaz, já que 65,7% (n=21) discordam que as mesmas estejam presentes em todas as fases do TIHDC. Além disso, 81,3% (n=26) dos intervenientes defendem a criação de listas de verificação específicas para o TIHDC, e a mesma percentagem afirmam que devem ser informatizadas.

Por fim, a necessidade de formação contínua sobre os registos de enfermagem e listas de verificação foi destacada com 78,1% (n=25) dos enfermeiros a concordarem que essa capacitação contribuiria para a uniformização e padronização dos cuidados (Tabela 1).

Tabela 1 – Questionário de Índice Diagnóstico

Questão	Respostas									
	DT		D		NCND		C		CT	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
A existência de um formulário de registos de Enfermagem no TIHDC é uma ferramenta que promove a segurança da PSC	-	-	3	9,4	2	6,3	2	6,3	25	78,1
A existência de um formulário de registos de Enfermagem no TIHDC é uma ferramenta que garante a qualidade dos cuidados de Enfermagem à PSC	-	-	3	9,4	3	9,4	5	15,6	21	65,6
O atual formulário de registos de Enfermagem, implementado para o TIHDC, necessita de uma reformulação, com atualização dos seus conteúdos.	-	-	1	3,1	10	31,3	11	34,4	10	31,3
O atual formulário de registos de Enfermagem, implementado para o TIHDC, permite uma fácil elaboração de registos.	-	-	3	9,4	12	37,5	15	46,9	2	6,3
O atual formulário de registos de Enfermagem, implementado para o TIHDC, é de fácil localização no processo clínico informatizado do doente.	19	59,4	8	25,0	5	15,6	-	-	-	-
O atual formulário de registos de Enfermagem, implementado para o TIHDC, permite uma uniformização e uma padronização dos cuidados prestados.	3	9,4	11	34,4	9	28,1	6	18,8	3	9,4
O atual formulário de registos de Enfermagem, implementado para o TIHDC, é uma ferramenta que facilita a transmissão de informação entre os Enfermeiros do hospital de origem e do hospital de destino.	2	6,3	10	31,3	9	28,1	9	28,1	2	6,3
O atual formulário de registos de Enfermagem, implementado para o TIHDC, permite o registo de eventos adversos.	3	9,4	5	15,6	8	25,0	13	40,6	3	9,4
O atual formulário de registos de Enfermagem, implementado para o TIHDC, é uma ferramenta importante para a prevenção da ocorrência de eventos adversos.	3	9,4	7	21,9	11	34,4	9	28,1	2	6,3
Os registos de enfermagem do TIHDC deveriam ser informatizados e registados diretamente no processo clínico do doente, com recurso a um computador portátil / tablet, com acesso ao SClínico® através de uma rede segura (VPN).	-	-	1	3,1	3	9,4	5	15,6	23	71,9
A existência de listas de verificação são uma ferramenta que garante a qualidade do exercício profissional de Enfermagem.	-	-	2	6,3	2	6,3	11	34,4	17	53,1
A existência de listas de verificação são uma ferramenta importante para a prevenção da ocorrência de eventos adversos.	-	-	2	6,3	-	-	12	37,5	18	56,3
O atual formulário registo de enfermagem implementado para o TIHDC contempla listas de verificação em cada fase do TIHDC.	10	31,3	11	34,4	6	18,8	3	9,4	2	6,3
É necessário a existência de listas de verificação para o TIHDC.	-	-	1	3,1	5	15,6	10	31,3	16	50,0
As listas de verificação no TIHDC devem ser informatizadas, com recurso a um computador portátil / tablet, com acesso ao SClínico® através de uma rede segura (VPN).	-	-	2	6,3	4	12,5	10	31,3	16	50,0
É importante a existência de formação relativamente aos registos de enfermagem/listas de verificação no TIHDC para uniformização e padronização dos cuidados prestados.	-	-	1	3,1	6	18,8	9	28,1	16	50,0

Notas: DT = Discordo Totalmente; D = Discordo; NCND = Não Concordo, Nem Discordo; C = Concordo; CT = Concordo Totalmente.

3.3.2. Questionário da perceção dos enfermeiros sobre a instrução de trabalho

O segundo questionário implementado, teve como objetivo analisar a perceção dos profissionais de enfermagem quanto à implementação da instrução de trabalho no TIHDC, participando nesta fase do estudo 34 enfermeiros (100%).

A diferença no número de participantes entre os dois questionários pode ser explicada por vários fatores. O primeiro questionário, de carácter diagnóstico, foi disponibilizado a toda a equipa de enfermagem do TIHDC, o que pode ter gerado maior adesão, por ser uma fase exploratória e com menos compromisso. Já o segundo, aplicado após a formação e apresentação da instrução de trabalho, foi direcionado apenas aos enfermeiros que participaram da sessão e concordaram

em avaliar o novo modelo de registos informatizados. A redução nas respostas pode refletir menor disponibilidade, incompatibilidade de horários, desmotivação ou desinteresse em continuar o estudo. Além disso, como se trata de um estudo voluntário, a participação dependia da decisão de cada profissional, o que também pode ter influenciado a variação nas respostas.

Os resultados apontam para que a maioria dos profissionais reconhece a instrução de trabalho como um elemento que potencia a segurança do doente e do enfermeiro responsável pelo transporte. Especificamente, 94,2% (n=32) dos respondentes concordam que essa ferramenta, que operacionaliza os registos de forma informatizada, melhora a segurança da PSC, enquanto 94,2% (n=32) compartilham a mesma opinião em relação à segurança do enfermeiro.

A continuidade e qualidade dos cuidados também foram aspetos amplamente valorizados. 88,3% (n=30) dos participantes considera a instrução de trabalho, com realização de registos informatizados, fundamental para garantir a continuidade dos cuidados ao doente. Além disso, 88,3% (n=30) considera que a mesma promove a qualidade dos cuidados prestados, e ainda 94,2% (n=32) afirmam que acrescenta qualidade aos registos de enfermagem decorrentes do TIHDC. A uniformização dos cuidados e a sistematização dos registos também foram fatores reconhecidos como positivos, ambos com 91,1% (n=31) dos respondentes concordando respetivamente.

No que diz respeito à transmissão de informações entre os enfermeiros do hospital de origem e do hospital de destino, 94,2% (n=32) dos participantes afirmam que a instrução de trabalho facilita significativamente esse processo. Da mesma forma, no que concerne ao registo de eventos adversos, 94,2% (n=32) dos respondentes indicam que a instrução permite a documentação sistemática desses eventos.

Entretanto, a perceção quanto ao impacto da instrução de trabalho na carga laboral dos enfermeiros foi variada. Embora 44,1% (n=15) dos respondentes concordem que ela representa um acréscimo de trabalho, 29,4% (n=10) discordam dessa afirmação. Apesar disto, a eficácia e a exequibilidade da instrução de trabalho foram fatores reconhecidos como positivos, com 79,4% (n=27) e 82,4% (n=28) dos participantes concordando, respetivamente.

A presença de listas de verificação foi considerada uma estratégia com potencial de eficácia no âmbito da segurança, uma vez que 94,2% (n=32) dos participantes consideram que esta ferramenta acrescenta segurança ao doente, e 94,2% (n=32) consideram que acrescentam

segurança aos cuidados prestados, e ainda permite a continuidade de cuidados com uma percentagem de concordância de 88,3% (n=30) dos participantes.

Ademais, a formação dos profissionais revelou-se um aspeto crucial, uma vez que 79,4% (n=27) consideraram que a mesma foi útil para a uniformização dos cuidados prestados e 82,4% (n=28) consideraram-na esclarecedora. É verificado ainda que a formação foi adequada, permitindo a utilização de registos informatizados, com 79,4% (n=27) dos participantes a concordarem (Tabela 2).

Tabela 2 – Questionário da Perceção dos Enfermeiros Sobre a Instrução de Trabalho

Questão	Respostas									
	DT		D		NCND		C		CT	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
A instrução de trabalho potencia a segurança da Pessoa em Situação Crítica, em todas as fases do Transporte Inter-Hospitalar (TIH)	-	-	-	-	2	5,9	10	29,4	22	64,7
A instrução de trabalho potencia a segurança do Enfermeiro responsável pelo TIH em todas as fases do mesmo	-	-	-	-	2	5,9	11	32,4	21	61,8
Considera que a instrução de trabalho permite a continuidade dos cuidados ao doente	-	-	-	-	4	11,8	12	35,3	18	52,9
A instrução de trabalho é uma ferramenta que promove a qualidade dos cuidados à Pessoa em Situação Crítica no TIH	-	-	-	-	4	11,8	11	32,4	19	55,9
A instrução de trabalho permite uma sistematização na elaboração de registos	-	-	-	-	3	8,8	14	41,2	17	50,0
A instrução de trabalho permite uma uniformização dos cuidados prestados	-	-	1	2,9	2	5,9	13	38,2	18	52,9
Considera que a instrução de trabalho aumenta a qualidade dos registos decorrentes do TIH da Pessoa em Situação Crítica	-	-	-	-	2	5,9	12	35,3	20	58,8
A instrução de trabalho facilita a transmissão de informação entre os Enfermeiros do hospital de origem e do hospital de destino	-	-	-	-	2	5,9	18	52,9	14	41,2
A instrução de trabalho permite o registo de eventos adversos de forma sistematizada	-	-	-	-	2	5,9	16	47,1	16	47,1
A instrução de trabalho antevê acréscimo de trabalho para os enfermeiros	3	8,8	7	20,6	9	26,5	7	20,6	8	23,5
Considera a aplicação da instrução de trabalho um método de registos de enfermagem eficaz	-	-	-	-	7	20,6	13	38,2	14	41,2
Considera a aplicação da instrução de trabalho exequível	-	-	-	-	6	17,6	18	52,9	10	29,4
Considera que a presença de listas de verificação na instrução de trabalho acrescenta segurança ao doente	-	-	-	-	2	5,9	11	32,4	21	61,8
Considera que a presença de listas de verificação na instrução de trabalho acrescenta segurança aos cuidados prestados pelo enfermeiro	-	-	-	-	2	5,9	14	41,2	18	52,9
Considera que a presença de listas de verificação na instrução de trabalho permite a continuidade dos cuidados ao doente	-	-	-	-	4	11,8	14	41,2	16	47,1
Considera a formação fornecida útil para a uniformização dos cuidados prestados	-	-	1	2,9	6	17,6	10	29,4	17	50,0
Considera que a formação foi adequada, permitindo a utilização do sistema de registos informatizados	-	-	1	2,9	6	17,6	13	38,2	14	41,2
Considera que a formação sobre a instrução de trabalho para a realização de registos informatizados no TIH da Pessoa em Situação Crítica foi esclarecedora	-	-	1	2,9	5	14,7	14	41,2	14	41,2
Considera relevante a existência de novas sessões de formação sobre a temática em questão	-	-	-	-	3	8,8	10	29,4	21	61,8

Notas: DT = Discordo Totalmente; D = Discordo; NCND = Não Concordo, Nem Discordo; C = Concordo; CT = Concordo Totalmente.

Dos 34 participantes, 32 (100%) identificaram vantagens para a informatização dos registos, sendo a maior percentagem, 34,4% (n=11) destacam a facilidade de acesso aos registos, 25% (n=8) destacam a uniformização dos registos no processo do doente 21,9% (n=7) apontam a informatização dos registos no processo do doente como um fator positivo (Tabela 3).

Tabela 3 – Vantagens dos Registos Informatizados

RESPOSTAS	QUESTÃO	
	Que vantagens identifica nos registos informatizados em comparação com os registos manuscritos	
	n	%
Facilidade de acesso aos registos no processo do doente	11	34,4
Uniformização dos registos no processo do doente	8	25,0
Informatização dos registos no processo do doente	7	21,9
Segurança do registo no processo do doente	3	9,4
Produção de indicadores sobre os registos realizados no processo do doente	2	6,3
Continuidade dos cuidados com acesso aos registos anteriores	1	3,1

Notas: n = amostra; % = percentagem.

Dos 34 participantes, 23 (100%), identificaram desvantagens para a informatização dos registos, sendo a maior percentagem 39,1% (n=9) atribuída à necessidade de mais tempo para a realização dos registos, e 21,7% (n=5) ao manuseamento do aparelho informático durante o transporte e a possível falha de rede (Tabela 4).

Tabela 4 – Desvantagens dos Registos Informatizados

RESPOSTAS	QUESTÃO	
	Que desvantagens identifica nos registos informatizados em comparação com os registos manuscritos	
	N	%
Necessidade de mais tempo para a realização dos Registos	9	39,1
Manuseamento do computador / tablet durante o transporte	5	21,7
Possível falha de rede da internet	5	21,7
Possível falha do sistema informático	3	13,0
Possível perda de informações por uniformização dos registos	1	4,3

Notas: n = amostra; % = percentagem.

Conforme evidenciado na Tabela 5, a necessidade de mais tempo para assimilação das informações durante a formação foi apontada por 42,9% (n=6) dos participantes, destacando a importância de sessões mais extensas para garantir uma melhor adaptação ao novo modelo de registos informatizados no TIHDC.

Tabela 5 – Aspetos de Melhoria Da Instrução de Trabalho

RESPOSTAS	QUESTÃO	
	Que aspetos do procedimento gostaria que fossem reforçados ou esclarecidos durante formações futuras	
	N	%
Mais tempo, durante a formação, para assimilar informação	6	42,9
Presença de todos os elementos que fazem TIHDC	3	21,4
Maior ênfase sobre os registos de enfermagem	2	14,3
Realização de cenário simulado para a implementação dos registos	2	14,3
Criação de folheto informativo sobre o procedimento	1	7,1

Notas: n = amostra; % = percentagem.

3.4. DISCUSSÃO

A análise dos dados sociodemográficos dos participantes deste estudo oferece uma visão detalhada sobre o perfil dos enfermeiros que atuam na prestação de cuidados de saúde à PSC. Observou-se que 53,1% (n=17) dos participantes são do sexo feminino. Este resultado indica uma distribuição equilibrada entre os géneros apesar da predominância feminina na profissão na região centro de Portugal com 14 722 membros (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2023).

A maioria dos enfermeiros, 87,5% (n=28), exerce funções na área da PSC, especificamente no SU e na UCIP. Este dado é consistente com a estrutura organizacional dos serviços de saúde em Portugal, onde os SU e Unidades de Cuidados Intensivos desempenham um papel central no atendimento à PSC (Direção-Geral de Saúde, 2001). A média de idades dos participantes é de 44 anos, estando esta média inserida no segundo grupo etário com mais representação a nível nacional (OE, 2023).

O tempo médio de exercício profissional é de 22 anos, sendo que a literatura recente não é esclarecedora relativamente ao tempo de experiência para a realização de TIHDC. No entanto, relativamente ao tipo de experiência, há autores que referem que as equipas de enfermagem devem ser formadas em SAV, suporte avançado de trauma e detentoras do curso de transporte de doente crítico (OM & SPCI, 2023). É referido ainda que a equipa de enfermagem deve estar familiarizada com todos os recursos e equipamentos passíveis de ser utilizados durante o transporte e apresentar boas capacidades de comunicação e capacidade de trabalho em equipa (Despacho nº 840/2025, 2025; Fernandes et al., 2022).

No que diz respeito às habilitações académicas do enfermeiro para realizar TDC, idealmente este deve ser especialista em EMC-EPSC (Despacho nº 840/2025). É verificado um cuidado para corresponder a este pedido uma vez que a maioria dos enfermeiros desta amostra possui

especialização, 56,3% (n=18), sendo que destes, 66,7% (n=12) são especialistas em EMC-EPSC.

Os resultados do primeiro questionário indicam que a maioria dos enfermeiros reconhece a importância dos registos de enfermagem, tanto para a promoção da segurança da PSC (84,4%; n=27), quanto para a qualidade dos cuidados prestados (81,2%; n=26), e 65,7% (n=21) consideram evidente a necessidade de reformulação do formulário manuscrito de registos. Neste contexto, a instrução de trabalho criada revelou-se uma ferramenta vantajosa, aumentando a perspetiva da segurança da PSC e do enfermeiro no TIHDC, com uma concordância de 94,2% (n=32). Além disso, promove a uniformização e sistematização dos cuidados (91,1%; n=31) e assegura a continuidade e qualidade dos cuidados prestados, conforme indicado por 88,3% (n=30) dos participantes. A qualidade dos registos de enfermagem também foi amplamente validada, com 94,2% (n=32) de concordância.

Os dados apresentados destacam a importância dos registos de enfermagem na promoção da segurança da PSC e na qualidade dos cuidados prestados. Estudos científicos corroboram essas observações, uma vez que registos inadequados podem comprometer a assistência ao doente, à instituição e à equipa de enfermagem, dificultando a mensuração dos resultados assistenciais e podendo levar à repetição de procedimentos ou à omissão de cuidados necessários (Laukvik et al., 2024; NHS, 2023).

No primeiro questionário não houve um consenso claro quanto à facilidade na transmissão de informação entre as equipas de enfermagem dos hospitais de origem e destino, com 34,4% (n=11) a indicar concordância e 37,6% (n=12) a indicarem discordância. No entanto, a implementação da instrução de trabalho promoveu uma maior unanimidade nesse aspeto, atingindo 94,2% (n=32) de concordância. Esse resultado evidencia a importância dos registos de enfermagem no momento da transferência, pois contribuem para a padronização de informações essenciais, melhoram a qualidade da comunicação, aumentam a segurança do doente e facilitam o processo de transição de cuidados (Castro et al., 2022; Francisco et al., 2024). Além disso, diversos autores referem ainda que o recurso a listas de verificação torna a comunicação entre os membros da equipa mais efetiva e proporciona a continuidade de cuidados, tal como é afirmado neste estudo por 88,3% (n=30) da equipa de enfermagem que realiza TIHDC, referindo que a inclusão de listas de verificação na instrução de trabalho melhora a continuidade de cuidados (Castro et al., 2022; Francisco et al., 2024).

Verificou-se que 84,4% (n=27) dos participantes indicaram que os registos de enfermagem no TIHDC não são acessíveis no processo clínico informatizado. Essa limitação revela uma incongruência com as boas práticas, uma vez que a unidade de saúde onde esta equipa está inserida utiliza um sistema de informação evolutivo e informatizado, projetado para uniformizar os procedimentos dos registos clínicos e assegurar a normalização da informação. Esse sistema está interligado ao Registo de Saúde Eletrónico, que permite o registo e a partilha de informações clínicas entre o doente, os profissionais de saúde e as entidades prestadoras de cuidados, em conformidade com os requisitos da Comissão Nacional de Proteção de Dados (Ministério da Saúde, 2019; Sistemas de Informação em Saúde, 2024). Mais uma vez, a instrução de trabalho demonstrou ser uma solução vantajosa, pois possibilita a consulta dos registos de enfermagem produzidos no TIHDC diretamente no processo clínico informatizado do doente. Esta funcionalidade foi identificada como a principal vantagem por 34,4% (n=11) da equipa de enfermagem.

A informatização dos registos de enfermagem tem sido amplamente defendida pelos profissionais da área da saúde como um meio essencial para melhorar a qualidade e a continuidade dos cuidados. De acordo com os dados obtidos no questionário de índole diagnóstica, 87,5% (n=28) dos enfermeiros defendem a informatização dos registos, o que demonstra uma aceitação significativa da tecnologia na prática assistencial. Esta tendência está em conformidade com a literatura recente, que destaca que a informatização dos registos de enfermagem contribui diretamente para uma gestão mais eficiente da informação clínica, uma vez que os sistemas eletrónicos de registo garantem maior rastreabilidade, fortalecem a segurança dos dados, minimizam a redundância da informação e aprimoram a interoperabilidade entre os diferentes setores da saúde. Adicionalmente, a informatização contribui para a conformidade com os padrões regulatórios e éticos, assegurando que os registos sejam acessíveis a todos os profissionais autorizados garantindo a continuidade dos cuidados (Jayousi et al., 2024; Laukvik et al., 2024; NHS, 2023; Taneva et al., 2024).

A instrução de trabalho vem deste modo ao encontro da melhoria da qualidade e da continuidade de cuidados, tornando este processo viável, ao descrever de forma objetiva o procedimento operativo para a realização dos registos de enfermagem por meio de um computador portátil. Entre as vantagens percebidas, 21,9% (n=7) dos enfermeiros destacaram a facilidade proporcionada pela informatização dos registos. Esse resultado pode ser justificado pela mobilidade e acessibilidade do registo informatizado, permitindo que os enfermeiros

documentem as intervenções de forma imediata e com maior precisão, reduzindo lacunas e omissões de informação (Laukvik et al., 2024; Taneva et al., 2024).

Em suma, a informatização dos registos de enfermagem é um fator determinante para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. A adesão significativa dos enfermeiros a essa prática, conforme demonstrado nos dados obtidos, reflete a compreensão dos benefícios associados à informatização. A implementação de instruções de trabalho detalhadas, bem como o fornecimento de tecnologia adequada, pode potencializar ainda mais os impactos positivos dessa mudança, promovendo uma assistência mais segura, eficiente e centrada no doente.

Outra questão relevante é a relação entre a informatização dos registos e a satisfação dos profissionais de enfermagem. Estudos indicam que a informatização dos processos documentais reduz a carga administrativa sobre os enfermeiros, permitindo que dediquem mais tempo à assistência direta do doente (Kok Mesa et al., 2023; Ramoo et al., 2022).

De acordo com os dados recolhidos no segundo questionário, 44,1% (n=15) dos enfermeiros perceberam a instrução de trabalho como um fator que aumenta a carga de trabalho. Este resultado pode indicar uma resistência inicial à mudança ou dificuldades na adaptação ao novo sistema informatizado, especialmente durante a fase de implementação. Apesar dessa percepção, a maioria dos participantes reconheceu a eficácia (79,4%; n=27) e a exequibilidade (82,4%; n=28) da instrução de trabalho, sugerindo que, embora o processo possa ser oneroso no início, há um reconhecimento do seu valor e aplicabilidade na prática clínica.

Entre os principais desafios identificados pelos participantes, destaca-se a necessidade de mais tempo para a realização dos registos (39,1%; n=7). Além disso, 29,7% (n=5) dos enfermeiros mencionaram dificuldades no manuseamento do computador ou *tablet* durante o transporte, e 42,9% (n=6) apontam como proposta de melhoria a dedicação de mais tempo para assimilar a informação durante a formação. Estes resultados podem estar relacionados com a curva de aprendizagem associada à adoção de novas tecnologias, bem como à eventual necessidade de formação adicional para otimizar a utilização dos sistemas informatizados. Os recentes estudos apontam que, apesar dos benefícios reconhecidos da informatização dos registos, é essencial considerar estratégias para minimizar a resistência dos enfermeiros. A implementação de programas de capacitação e suporte contínuo pode facilitar a adaptação ao novo sistema, reduzindo a carga de trabalho percebida e maximizando os benefícios da informatização dos processos documentais (Laukvik et al., 2024; Taneva et al., 2024).

No que concerne a formação ministrada, 79,4% (n=27) consideraram que a mesma foi útil para a uniformização dos cuidados prestados, esclarecedora (82,4%; n=28) e adequada (79,4%; n=27). Estes resultados evidenciam que para garantir o sucesso da transição do formulário manuscrito para o informatizado, é crucial adotar uma abordagem integrada que envolva formação adequada, suporte técnico contínuo e a adaptação das ferramentas às exigências da prática assistencial diária (Taneva et al., 2024).

Para além do explanado, a ausência de listas de verificação em todas as fases do TIHDC foi notada (65,7%; n=21), reforçando a necessidade de criação de listas específicas e informatizadas (81,3%; n=26). A integração das listas de verificação na instrução de trabalho foi altamente valorizada pelos enfermeiros, que reconheceram a sua importância para a segurança dos cuidados prestados (94,2%; n=32), para a continuidade dos cuidados (88,3%; n=30), e para a prevenção de eventos adversos (93,8%; n=30). A alta valorização das listas no TIHDC pelos enfermeiros reforça o seu papel como ferramenta indispensável na padronização dos cuidados, permitindo que procedimentos críticos sejam executados de maneira consistente e sem omissões. Além disso, a implementação dessas listas fortalece a cultura de segurança, prevenindo eventos adversos e promovendo a consciência situacional e a comunicação eficaz entre os profissionais. A utilização de listas de verificação visa ainda o fornecimento de um suporte objetivo para a tomada de decisão, reduzindo a dependência exclusiva da memória e da experiência individual (Duarte & Costeira, 2025; Rehm et al., 2021).

A informatização dessas listas agrega ainda mais benefícios, proporcionando maior acessibilidade, rapidez na consulta e integração com outros sistemas de gestão hospitalar. Isso não apenas otimiza o fluxo de trabalho, mas também facilita auditorias e monitorização de indicadores de qualidade, permitindo a identificação precoce de desvios e a implementação de melhorias contínuas (Duarte & Costeira, 2025; Rehm et al., 2021).

Apesar dos resultados obtidos, este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. A dimensão da amostra foi restrita a uma única ULS da região centro de Portugal, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras instituições com realidades organizacionais distintas. E, as perceções dos enfermeiros foram baseadas apenas na apresentação teórica do modelo, sem experiência direta com a sua aplicação, limitando a avaliação do seu impacto real nos cuidados prestados e na segurança do doente.

Os resultados deste estudo destacam a importância da padronização e informatização dos registos de enfermagem no TIHDC, promovendo maior rastreabilidade da informação, segurança do doente e continuidade dos cuidados. A informatização pode minimizar falhas na comunicação entre equipas e garantir um acesso mais rápido e seguro aos dados clínicos.

Além disso, evidencia-se a necessidade de formação contínua para os enfermeiros, assegurando uma transição eficaz para os novos modelos de registo e listas de verificação. O sucesso da implementação depende do envolvimento da equipa e de estratégias institucionais que facilitem a adaptação ao sistema informatizado e otimizem o tempo dedicado à documentação.

CONCLUSÃO

A análise dos dados obtidos neste estudo evidencia que a informatização dos registos de enfermagem e a introdução de listas de verificação no TIHDC são medidas que impactam positivamente a segurança e qualidade dos cuidados prestados à PSC. A maioria dos enfermeiros reconhece que a informatização dos registos permite um acesso mais rápido e eficiente à informação, contribuindo para a rastreabilidade e continuidade dos cuidados. Da mesma forma, as listas de verificação surgem como ferramentas essenciais na padronização das práticas e na redução de eventos adversos, assegurando que todos os procedimentos críticos sejam executados de forma estruturada e sem omissões.

Apesar dos benefícios identificados, alguns desafios foram apontados pelos profissionais, como a adaptação ao novo sistema informatizado e o tempo necessário para registos durante o transporte. Tais fatores indicam que a implementação de novas tecnologias deve ser acompanhada de formação contínua e suporte técnico para minimizar dificuldades e otimizar o uso dos recursos digitais. Além disso, a resistência à mudança é um aspeto relevante a ser trabalhado, exigindo estratégias institucionais que promovam a aceitação e a adesão das equipas de enfermagem a essas novas práticas.

Dessa forma, este estudo reforça a importância de investir na informatização dos registos de enfermagem e na estruturação de protocolos para o TIHDC, garantindo um processo assistencial mais seguro, eficiente e alinhado com as melhores práticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Australasian College for Emergency Medicine (ACEM), Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA), & College of Intensive Care Medicine (CICM). (2024). *Joint Guideline for the Transport of Critically Ill Patients*.

Bleakley, G. (2024). Principles of safe inter-hospital transfer of critically unwell adults. *British Journal of Nursing*, 33(15), 734–737. <https://doi.org/10.12968/bjon.2023.0174>

Carvalho, C., Costeira, C., & Pereira Sousa, J. (2024). Nursing Care at Critical Care Patient Inter-Hospital Transfer: The Construction of a Checklist through a Scoping Review. *Emergency Care and Medicine*, 1(3), 221–229. <https://doi.org/10.3390/ecm1030023>

Castro, C. M. da C. S. P. de, Marques, M. do C. M. P., & Vaz, C. R. de O. T. de. (2022). Comunicação na Transição de Cuidados de Enfermagem em um Serviço de Emergência de Portugal. *Cogitare Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.81767>

Despacho n.º 840/2025 do Gabinete da Ministra da Saúde. (2025). Despacho n.º 840/2025, de 20 de janeiro. *Diário Da República 2ª Série, No 13 de 20 de janeiro de 2025*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/840-2025-903908158>

Despacho n.º 10109/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. *Diário Da República 2ª Série, No 150 de 6 de agosto de 2014*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/08/04-Despacho-10106-2014-de-6-de-agosto.pdf>

Direção-Geral de Saúde. (2001). Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência. *Direção de Serviços de Planeamento*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf

Duarte, M., & Costeira, C. (2025). Developing Portuguese Nurses' Skills in Inter-Hospital Transportation of Critically Ill Patients: Quality Improvement Project. *Emergency Care and Medicine*, 2 (1), 9. <https://doi.org/10.3390/ecm2010009>

Fernandes, E., Infante, J., Mota, M., & Ribeiro, O. (2022). Nursing care during inter-hospital transport of the critically ill patient: scoping review. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(10e), 151–167. <https://doi.org/https://doi.org/10.29352/mill0210e.27052>

Francisco, A. F., Dos Santos, B. M. P., De Jesus, P. C., & Souza, L. M. (2024). Comunicação na transferência de cuidados para realização de exames de imagem na ótica da enfermagem. *Journal of Nursing and Health*, 14(2), e1425789. <https://doi.org/10.15210/jonah.v14i2.25789>

Jayousi, S., Barchielli, C., Alaimo, M., Caputo, S., Paffetti, M., Zoppi, P., & Mucchi, L. (2024). ICT in Nursing and Patient Healthcare Management: Scoping Review and Case Studies. *Sensors*, 24(10), 3129. <https://doi.org/10.3390/s24103129>

Kok Mesa, N. D., Wihastuti, T. A., Nugroho, F. A., Utami, Y. W., Suryanto, S., Kristianto, H., & Supriyadi, M. (2023). Increase Nursing Satisfaction with Electronic Emergency And Disaster System (SPEED). *Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 8(2). <https://doi.org/10.30604/jika.v8i2.1764>

Laukvik, L. B., Lyngstad, M., Rotegård, A. K., & Fossum, M. (2024). Utilizing nursing standards in electronic health records: A descriptive qualitative study. *International Journal of Medical Informatics*, 184, 105350. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2024.105350>

Ministério da Saúde. (2019). *Sclínico: Manual de Consulta Rápido*.

NHS. (2022). *Guidance for the Safe Transfer of Patients: Vol. 5.1*.

NHS. (2023). Towards a unified vision of nursing and midwifery documentation. *NHS England*.

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Relatório e Contas*.

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de Doentes Críticos Adultos*. https://www.spci.pt/media/noticias/transporte-doente-critico-2023-versao-CEMI_OM_3.pdf

Ramoo, V., Kamaruddin, A., Wan Nawawi, W. N. F., Chin Che, C., & Kavitha, R. (2022). Nurses' Perception and Satisfaction Toward Electronic Medical Record System. *Florence Nightingale Journal of Nursing*. <https://doi.org/10.5152/FNJJN.2022.22061>

Rehm, C., Zoller, R., Schenk, A., Müller, N., Strassberger-Nerschbach, N., Zenker, S., & Schindler, E. (2021). Evaluation of a Paper-Based Checklist versus an Electronic Handover Tool Based on the Situation Background Assessment Recommendation (SBAR) Concept in Patients after Surgery for Congenital Heart Disease. *Journal of Clinical Medicine*, 10(24), 5724. <https://doi.org/10.3390/jcm10245724>

Resuscitation Council UK. (2024). *The ABCDE Approach*.

Sistemas de Informação em Saúde. (2024). Registo de Saúde Eletrónico - Recomendações da CS/09 Para a Certificação do Software do Registo de Saúde Electrónico. *Instituto Português Da Qualidade - Ministério Da Economia*, 1.

Skoglund, K., Bescher, M., Ekwall, S., & Hammar, L. M. (2024). Intrahospital transport of critically ill patients: Nurse anaesthetists' and specialist ICU nurses' experiences. *Nursing in Critical Care*, 29(5), 1142–1150. <https://doi.org/10.1111/nicc.13053>

Song, J.-J., Lee, S.-J., Song, J.-H., Lee, S.-W., Kim, S.-J., & Han, K.-S. (2024). Effect of Inter-Hospital Transfer on Mortality in Patients Admitted through the Emergency Department. *Journal of Clinical Medicine*, 13(16), 4944. <https://doi.org/10.3390/jcm13164944>

Taneva, D. I., Gyurova-Kancheva, V. T., Kirkova-Bogdanova, A. G., Paskaleva, D. A., & Zlatanova, Y. T. (2024). Electronic Nursing Records: Importance for Nursing and Benefits of Implementation in Health Information Systems—A Scoping Review. *Nursing Reports*, 14(4), 3585–3605. <https://doi.org/10.3390/nursrep14040262>

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS DO RELATÓRIO DE ESTÁGIO

O presente relatório reflete o percurso desenvolvido ao longo dos estágios inseridos no âmbito mestrado de EMC-EPSC, evidenciando o desenvolvimento de competências especializadas em contextos de alta complexidade. Durante os estágios, foi possível integrar a teoria e a prática, promovendo uma compreensão profunda dos processos de transição e dos cuidados críticos, com a aplicação de intervenções baseadas em evidências científica e em protocolos clínicos bem estruturados.

O estágio nos três contextos distintos de prática, SUP, UCIP, e o ambiente pré-hospitalar, SIV e VMER, permitiu vivenciar realidades diversas, cada uma com desafios específicos e exigências diferenciadas. A abordagem holística à PSC foi um eixo central, sendo que a complexidade dos cuidados prestados exigiu uma constante adaptação às necessidades dos doentes, respeitando sempre os princípios éticos e legais.

O desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE em EMC-EPSC, expressas nos Regulamentos nº 140/2019 e nº 429/2018 da OE, respetivamente, foi de extrema importância para a consolidação da prática profissional. As competências adquiridas ao longo do estágio não se limitaram à execução técnica de intervenções, mas envolveram também a análise crítica, a gestão eficaz dos cuidados e a tomada de decisões rápidas, fundamentais em situações de alta complexidade. A prática reflexiva e a aplicação dos conhecimentos teóricos em contextos reais de cuidado demonstraram a relevância do EE na promoção da qualidade e segurança na prestação de cuidados.

A experiência adquirida ao longo dos estágios destacou como pontos fortes, a consolidação de competências avançadas, tanto técnicas quanto interpessoais, no cuidado à PSC, a capacitação de adaptação rápida e eficaz em situações de alta pressão e em cenários dinâmicos e adversos, a importância do trabalho em equipa multidisciplinar e da comunicação eficaz para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A reflexão sobre as práticas desenvolvidas possibilitou a identificação de áreas de melhoria, nomeadamente o reforço da formação contínua, e a alocação de EE em EMC-EPSC, especialmente nas funções de triagem e coordenação de cuidados, de forma a garantir a excelência na prestação de cuidados.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis constituiu um referencial teórico essencial durante o estágio, ao proporcionar um modelo estruturado para a compreensão dos processos de transição saúde-doença vivenciados pelos doentes e pelas suas famílias em contextos de doença grave e

situações críticas. Esta abordagem permitiu a análise das necessidades e das respostas adaptativas da pessoa ao longo dessas transições, orientando a atuação dos enfermeiros na prestação de cuidados holísticos e na implementação de intervenções que promovam a adaptação e o bem-estar dos doentes e dos seus cuidadores.

A constante procura pela excelência no cuidado, alinhada com a investigação e a prática baseada em evidências, é essencial para o avanço da EPSC. Neste sentido, a segunda parte deste documento, que diz respeito a um trabalho de investigação realizado no âmbito do Transporte do Doente Crítico Adulto de uma ULS da região centro de Portugal, intitulado “Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico: Perceção dos Enfermeiros Sobre os Registos Informatizados”, teve como objetivo analisar a perceção dos enfermeiros sobre a informatização dos registos de enfermagem e a implementação de listas de verificação no transporte inter-hospitalar de doentes críticos. A pesquisa revelou que, a informatização dos registos de enfermagem e o uso de listas de verificação no TIHDC melhoram a segurança e qualidade dos cuidados. Contudo, desafios como a adaptação ao novo sistema e resistência à mudança exigem formação contínua e suporte técnico. O estudo reforça ainda a importância de investir na informatização e na estruturação de protocolos para um atendimento mais seguro e eficiente.

A importância deste estudo reside no fato de contribuir para a melhoria dos processos relacionados ao transporte do doente crítico, uma área fundamental para a segurança e a continuidade dos cuidados.

Desta forma, os objetivos delineados para este relatório foram integralmente alcançados, com a apresentação de uma análise crítica do progresso obtido ao longo do estágio, evidenciando sua contribuição para a melhoria contínua da prática de enfermagem no cuidado ao doente crítico. Ressalta-se a importância da especialização na formação de enfermeiros, tornando-os altamente qualificados, comprometidos com a excelência assistencial e com a tomada de decisão fundamentada em evidências científicas. A experiência adquirida, aliada ao desenvolvimento de competências técnico-científicas e à análise crítica dos resultados da investigação realizada, consolida o compromisso com a qualidade e segurança na prestação de cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DO RELATÓRIO FINAL

Andrade, B. R. P. de, Barros, F. de M., Lúcio, H. F. Á. de, Campos, J. F., & Silva, R. C. da. (2019). Training of intensive care nurses to handle continuous hemodialysis: a latent condition for safety. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72 (1), 105–113. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0013>

Administração Central do Sistema de Saúde. (2007). *Manual de Auditoria Interna*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/11/ACSS_MAI_Hospitais_ParteI.pdf

Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). *Recomendações técnicas para a instalação de unidades de cuidados intensivos (UIE/ACSS)*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf

Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf

Alson, R. L., Han, K. H., & Campebell, J. E. (2020). *International Trauma Life Suporte for Emergency Car Providers* (9th ed.). Pearson Education.

Castro, C. M. da C. S. P. de, Marques, M. do C. M. P., & Vaz, C. R. de O. T. de. (2022). Comunicação na Transição de Cuidados de Enfermagem em um Serviço de Emergência de Portugal. *Cogitare Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.81767>

Costa, F. A. D. da. (2020). Triagem De Manchester: Intervenção Dos Enfermeiros. *Escola Superior de Saúde Do Instituto Politécnico de Viana Do Castelo*

CPCIRA, & INEM. (2023). *Manual de Controlo de Infeção do INEM* (2nd ed., Vol. 3).

Degasperi, A., Lohmann, P. M., Costa, A. E. K. da, & Lavall, E. (2020). O uso de protocolos nas unidades de urgência e emergência: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(11), e64691110140. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10140>

Despacho nº 5561/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. *Diário Da República No 79/2014, Série II de 2014-04-23*

Despacho nº 9639/2018 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2018). Despacho nº 9639/2018. *Diário Da República nº 198/2018*

Despacho nº 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Despacho no 10319/2014 de 11 de agosto de 2014. *Diário Da República Nº 153, 2014*. <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>

Despacho nº 10901/2022 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2022). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). *Diário Da República Série II, No 174/2022*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>

Direção-Geral de Saúde. (2001). Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência. *Direção de Serviços de Planeamento*.

Direção-Geral de Saúde. (2011). *Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*.

Direção-Geral de Saúde. (2015). Triagem de Manchester e Referência Interna Imediata. *Norma No 002/2015*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2015/DGS_NormaTriagemManchester.pdf

Direção-Geral de Saúde. (2017a). *Norma no 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Direção-Geral de Saúde. (2017b). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção-Geral de Saúde. (2022a). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. *Norma Clínica N° 021/2015 Atualizada a 17/11/2022*.

Direção-Geral de Saúde. (2022b). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. *Norma Clínica N° 019/2015 Atualizada a 29 de agosto de 2022*.

Direção-Geral de Saúde. (2022c). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. *Norma N° 022/2015 Atualizada a 29/08/2022*.

Direção-Geral de Saúde. (2022d). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. *Norma N° 020/2015 Atualizada a 17/11/2022*.

Direção-Geral de Saúde. (2022e). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*.

Direção-Geral de Saúde. (2023). Avaliação de risco e rastreio de Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SAMR) à Admissão Hospitalar e durante o Internamento. *Norma Clínica N° 004/2023*.

Drotarova, M., Zolkova, J., Belakova, K., Brunclikova, M., Skornova, I., Stasko, J., & Simurda, T. (2023). Basic Principles of Rotational Thromboelastometry (ROTEM®) and the Role of ROTEM—Guided Fibrinogen Replacement Therapy in the Management

Félix, A. M. T., Dias, D. R. M., Caetano, I. T. D., & Gomes, M. I. F. (2018). Plano de Catástrofes. In *Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga*.

Figueira, A. I. R., Amaral, G. M. M. da S., & Carmo, T. I. G. do. (2022). A avaliação e registo da dor no serviço de urgência: um estudo transversal. *Enfermeria: Cuidados Humanizados*, 11(1), e2712. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2712>

Forde-Johnston, C., Butcher, D., & Aveyard, H. (2023). An integrative review exploring the impact of Electronic Health Records (<sc>EHR</sc>) on the quality of nurse–patient interactions and communication. *Journal of Advanced Nursing*, 79(1), 48–67. <https://doi.org/10.1111/jan.15484>

França, A., Santos, C., Martins, L., Pires, M., Pinto, P., & Bizarro, V. (2024). Cuidados Paliativos em Cuidados Intensivos: Oportunidades de Melhoria. *RIAGE - Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 5. <https://doi.org/10.61415/riage.226>

Freitas, M. da G., de Andrade Alves da Silva, É., & Jandson de Oliveira Soares, J. de O. S. (2024). Tomada de decisão nos serviços de emergência pelo enfermeiro: uma revisão de literatura. *Enfermagem Brasil*, 23(4), 1880–1892. <https://doi.org/10.62827/eb.v23i4.4023>

Gonçalves, L., Dixe, M., & Mendonça, S. (2024). Validação de protocolo de recolha e preservação de vestígios forenses na urgência: Técnica de Delphi. *Revista de Enfermagem Referência*, VI Série (Nº 3). <https://doi.org/10.12707/RVI23.119.33125>

Grupo Português de Triagem. (2021). *O Sistema De Triagem De Manchester E As Vias Verdes: Princípios Aplicáveis, Integração E Compatibilização De Metodologias De Trabalho*

INEM. (2018, August 21). *INEM, SPC e CPR assinam protocolo de colaboração para criação de Registo Nacional de PCR*. <https://www.inem.pt/2018/08/21/inem-spc-e-cpr-assinam-protocolo-de-colaboracao-para-criacao-de-registo-nacional-de-pcr/>

INEM. (2020, September 17). *Sistemas de Notificação de Incidentes No Pré-Hospitalar*. Segurança Do Doente No Pré-Hospitalar. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/09/Notificacao-de-incidentes-1.pdf>

INEM. (2022). *Código de Ética e Conduta do Instituto Nacional de Emergência Médica*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2022/09/Codigo-de-Etica-e-Conduca-do-INEM-2022.pdf>

INEM. (2023). *Carteira de Serviços do INEM, I. P. Ata No 66/2023*. https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/09/Carteira-de-Servicos-INEM_ata_n66_23_08_23.pdf

INEM. (2024a). *Estrutura da Qualidade*. <https://www.inem.pt/category/institucional/qualidade/>

INEM. (2024b). *Operações das Equipas de Emergência Pré-hospitalar (Vol. 1)*. <https://www.prociv.azores.gov.pt/fotos/documentos/1716974782.pdf>

INEM. (2024c). *Plano Estratégico 2024-2026*. https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2024/07/Plano-estrategico-INEM-2024-2026_site.pdf

INEM. (2024d). *Viatura de Intervenção e Catástrofe*. Meios de Emergência. <https://www.inem.pt/2017/05/29/viatura-de-intervencao-em-catastrofe/>

Lei nº 15/2014 da Assembleia da República. (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário Da República*, 1ª Série Nº 57. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2014/03/05700/0212702131.pdf>

Lei nº 25/2012 da Assembleia da República. (2012). Lei nº 25/2012 de 16 de julho. *Diário Da República*, 1ª Série, No 136 Lei nº 25/2012, de 16 de julho

Malta, H. F., Fernandes, I. M., Santos, E., Baptista, R., Pereira, M. A., & Parente, P. (2023). A Comunicação de Más Notícias perspetivada segundo Meleis e Watson: uma Revisão Narrativa. *Servir*, 2(4). <https://doi.org/10.48492/servir0204.28390>

Meleis, A. (2010). *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (Alaf Meleis, Ed.). Springer Publishing Company. https://taskurun.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf

Melgueira, I., & Veludo, F. (2021). O ambiente de prática de enfermagem em contexto de unidade de cuidados intensivos: protocolo de scoping review. *Cadernos de Saúde*, 12. <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/10292>

Miranda, J., Silva, M., Sousa, C., Magalhães, J., & Graça, L. (2024). Suporte imediato de vida na pessoa em situação crítica: Contributos da intervenção do enfermeiro. *Revista de Enfermagem Referência*, VI Série (Nº 3). <https://doi.org/10.12707/RVI23.104.32703>

Neto, D., Costa, J., Martins, L., Maerta, M., & Florentim, R. de qualidade dos cuidados de enfermagem. (2023). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Servir*, 2(1). <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/31615>

Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). Ordem dos Enfermeiros. *Ordem Dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf

Oliveira, C. R. D., Bernardo, W. M., & Nunes, V. M. (2017). Benefício da anestesia geral com monitoração do índice bispectral em comparação com o monitoramento guiado apenas por parâmetros clínicos. Revisão sistemática e metanálise. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 67(1), 72–84. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2016.10.002>

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Parecer nº 22/2015 - Funções a Desempenhar Por Enfermeiros em Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV)*.

Ordem dos Enfermeiros. (2017a). Parecer CE nº 61/2017 - Atribuição de tempo para a passagem de turno. *Conselho de Enfermagem 2016-2019*.

Ordem dos Enfermeiros. (2017b). *Parecer nº 10/2017 - Diferenciação das intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em relação ao Enfermeiro Generalista, num serviço de Urgência*.

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Parecer nº 15 / 2018 - Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos*.

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Parecer no 14/2018 - Alocação Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica Na Sala De Reanimação – Posto De Trabalho Nos Serviços De Urgência / Emergência.*

Ordem dos Enfermeiros. (2021a). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos.*

Ordem dos Enfermeiros. (2021b). *Parecer nº 04/2021 - Exercício profissional de Enfermeiros nas Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) e nos Serviços de Urgência Básica (SUB).*

Ordem dos Enfermeiros. (2021c). *Recomendações para estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em Enfermagem.*

Ordem dos Enfermeiros. (2022). Regulamento nº 613/2022 - Regulamento que define o ato do enfermeiro. *Diário Da República n.o 131/2022, Série II, 179–182.*

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Parecer no 65/2023.* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28319/parecer-cj-n%C2%BA-65-2023_decisa-o-de-na-o-reanimar-dnr.pdf

Ordem dos Farmacêuticos. (2019). *Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar.* https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/capitulo_b_manual_de_boas_praticas_de_farmacia_hospitalar_10322027965d07676c0ed23.pdf

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de Doentes Críticos Adultos.* https://www.spci.pt/media/noticias/transporte-doente-critico-2023-versao-CEMI_OM_3.pdf

Paz, D. D., Souza, L. M. de, Brinati, L. M., Coutinho, J. de S. L., Souza, S. M. de, Correia, M. D. L., & Toledo, L. V. (2023). Análise dos Indicadores de Qualidade em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto: Um Estudo Descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 22. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20236663>

Pinho, C. M., Bezerra, B. L., Lima, A. B. A. de, Silva, D. A. V., Silva, E. L. da, Reis, J. D. de O., & Lima, M. C. L. de. (2020). The use of bundles in intensive care units: prevention and reduction of infections. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção Da Saúde*, 5(2), 117–124. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20200021>

Pinto, J., Sá, L., Amaral, A., & Amado, J. (2024). Elaboração de perfil de indicadores de qualidade sensíveis às intervenções de enfermagem em cirurgia de ambulatório. *Revista de Enfermagem Referência, Série VI*(No3-Suplemento Nº 1). <https://doi.org/10.12707/RVI23.63.31223>

Pires, M. F. S., Lopes, R. S., Caetano, C. S. F., Mota, L. A. N. da, & Ferreira, F. M. P. B. (2023). Competências de Liderança do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(6). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0721pt>

Ramalho, S., & Gomes, M. D. (2018). *Guia de elaboração de trabalhos académicos.*

Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série, Nº 26 Regulamento Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista*, 4744–4750. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 226/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar. *Diário Da República, 2ª Série, N.º 74*. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/04/074000000/1075810764.pdf>

Regulamento n.º 361/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da República, 2ª Série, N.º 123*, 17240–17243. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/123000000/1724017243.pdf>

Regulamento n.º 392/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional. *Diário Da República 2ª Série, N.º 123*, 17993–17999. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2018-115603190>

Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (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 crónica. *Diário Da República, 2ª Série, N.º 135*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>

Regulamento n.º 674/2021. (2021). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem em Prevenção e Controlo de Infecção. *Diário Da República No 139/2021, Série II*. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/07/139000000/0013800154.pdf>

Regulamento n.º 728/2021 da Ordem dos Enfermeiros. (2021). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem Forense. *Diário Da República Série II, No 151/2021*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/728-2021-169107949>

Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário Da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. da S., Sousa, P. A. F. de, Trindade, L. de L., Forte, E. C. N., & Silva, J. M. A. V. da. (2020). Qualidade dos cuidados de enfermagem: contribuições de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. *Rev Rene, 21*, e43167. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143167>

Rito, S., Ferreira, R. J. O., Marques, N., Frutuoso, A., & Baptista, R. (2024). Tempos de Resposta e Intervenções Extra-Hospitalar à Vítima de Trauma Major na Região Centro de Portugal: Um Estudo Retrospetivo. *Acta Médica Portuguesa, 37*(7–8), 526–534. <https://doi.org/10.20344/amp.20983>

Rocha, H. M. do N., Santos, F. de J., Dos Santos, A. D., De Mendonça, R. G., & De Menezes, A. F. (2019). Aplicação do Nursing Activities Score (NAS) em diferentes tipos de UTI's: uma revisão integrative. *Enfermería Global, 18*(4), 485–528. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.4.362201>

Salviano, F. W. B., Vieira, J. E. B. A., & Silva, M. R. L. e. (2025). Avaliação da dor em pacientes sob cuidado intensivo: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development, 14*(1), e2314147985. <https://doi.org/10.33448/rsd-v14i1.47985>

Santana, J. M., Perissinotti, D. M. N., Oliveira Junior, J. O. de, Correia, L. M. F., Oliveira, C. M. de, & Fonseca, P. R. B. da. (2020). Definition of pain revised after four decades. *Brazilian Journal Of Pain*, 3(3). <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200191>

Santos, E. J. F. dos, Marcelino, L. M. M. M. dos S., Abrantes, L. C. B., Marques, C. F. F., Correia, R. M. L., Azevedo, I. C. S. C., & Coutinho, E. de C. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium*, 49, 153–171.

Silva, J. M., Ferreira Pereira da Silva Martins, M. M., de Lima Trindade, L., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., & Passos Teixeira Cardoso, M. F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>

Silvestrin, F., Nunes, T. N., & Braga, L. R. de M. (2021). Cuidado de pacientes em fim de vida: o que profissionais de enfermagem expressam sobre. *Psicologia e Saúde Em Debate*, 7(1), 343–361. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V7N1A24>

Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djärv, T., Lott, C., Olasveengen, T., Paal, P., Pellis, T., Perkins, G. D., Sandroni, C., & Nolan, J. P. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. *Resuscitation*, 161, 115–151. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>

Soares, C. de F., Viana, V. M. O., Viana, V. A. O., Silva, M. J. da, Silva, V. R. da, Pacheco, E. S., Santos, M. A. R. dos, Silva, D. H. da, Marques, J. S., & Gomes, A. T. (2020). A importância dos registos de enfermagem para a assistência em saúde na perspectiva de enfermeiros auditores. *Research, Society and Development*, 9(7), e309974007. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4007>

Teixeira, J. M. F., & Silva, M. A. C. P. da. (2023). Monitorização e avaliação da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(1), 1056–1072. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-082>

Vincent, J.-L., Sakr, Y., Singer, M., Martin-Loeches, I., Machado, F. R., Marshall, J. C., Finfer, S., Pelosi, P., Brazzi, L., Aditiansih, D., Timsit, J.-F., Du, B., Wittebole, X., Máca, J., Kannan, S., Gorordo-Delsol, L. A., De Waele, J. J., Mehta, Y., Bonten, M. J. M., ... Angus, D. C. (2020). Prevalence and Outcomes of Infection Among Patients in Intensive Care Units in 2017. *JAMA*, 323(15), 1478. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2717>

Wandrey, J. D., Behnel, N., Weidner, E., Dummin, U., von Dincklage, F., & Tafelski, S. (2023). Behaviour-based pain scales: Validity and interrater reliability of BPS-NI and PAINAD-G on general wards. *European Journal of Pain*, 27(2), 201–211. <https://doi.org/10.1002/ejp.2051>


Wax, R. S. (2019). Preparing the Intensive Care Unit for Disaster. *Critical Care Clinics*, 35(4), 551–562. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2019.06.008>

ANEXOS

ANEXO I – Curso Equipas de Trauma



Declaração

Por este meio declaramos que Joana Sousa participou no Curso de Equipas de Trauma da  que decorreu no dia 31 de maio de 2024, no Centro de Simulação Biomédica.

Coimbra, 18 de julho de 2024



Coordenador dos Cursos de Equipas de Trauma



Diretor dos Cursos de Equipas de Trauma

**ANEXO II – Certificado de Formação Profissional do Curso *International
Trauma Life Support***



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Joana Sousa

**has completed the
Advanced Provider**

date
10/18/2024

course site
Ocean Medical, PORTO SALVO,

course director

course coordinator
Pedro Caldeira RN

license number
NREMT-P number

license state/province



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).

Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 24-ITLS-F2-0202 CEH Type: Advanced

CAPCE represents that this program has met standards for accreditation and does not endorse the opinions or content presented. For more information, or to register a concern go to:
<https://www.capce.org/CertificateTrouble/Index>

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)

ANEXO III – Certificado de Formação Profissional do Curso Abordagem, Transporte e Segurança Do Doente Crítico



Certifica-se que **Joana Sousa**, nascido(a) em 12/09/1992, com o número de identificação civil
****6300, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// ABORDAGEM, TRANSPORTE E SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO

que decorreu em 15/11/2024, com a duração de 9 horas e 3 anos de validade.

Porto Salvo, 15 de novembro de 2024

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



Certificado n.º 24213608

Verifique autenticidade em www.ocean-medical.com/certificado ou digitalize o código QR

ÁREA DE FORMAÇÃO: 729 - Saúde

MODALIDADE DE FORMAÇÃO: Formação contínua



COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

// Sistematizar a abordagem e avaliação do doente crítico; estabelecer prioridades de intervenção e tratamento do doente crítico; desenvolver competências no planeamento e organização do transporte do doente crítico; sistematizar a transmissão da informação clínica.



ESTRUTURA CURRICULAR

UNIDADES DE FORMAÇÃO	Nº MINUTOS
// Enquadramento e conceitos	60 min.
// Decisão e planeamento do transporte	60 min.
// Efetivação do transporte	60 min.
// Handover e qualidade do sistema	30 min.
// Abordagem sistematizada do doente crítico	60 min.
// Workshops clínicos	240 min.
// Avaliação escrita	30 min.
Total:	9 horas

Blue Ocean Medical, Lda.
Taguspark, Edifício Qualidade C1, Piso 0 | 2740-296 Porto Salvo | Portugal
Capital Social 50.000 Euros | NIPC 512 106 088 CRC Ponta Delgada
✉ info@ocean-medical.com 🌐 www.ocean-medical.com

OMF-044-18JAN22

**ANEXO IV – Certificado de Participação no 1º Congresso Internacional de
Enfermagem em Doente Crítico organizado pela Sociedade Portuguesa de
Enfermagem em Doente Crítico**



enfermagem
doente crítico
1º congresso
internacional
8-9 NOV 2024
AVEIRO

CERTIFICADO

Certifica-se que

JOANA BAPTISTA DE SOUSA

com o cartão de cidadão nº 14166300 6ZX5, participou como **Congressista**, na modalidade **Presencial**, no **1º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico**, que se realizou no Centro de Congressos de Aveiro, nos dias 8 e 9 novembro 2024, com a duração de 16 horas.

Este evento técnico-científico está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação profissional, com a atribuição de 0,60 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP).

Aveiro, 9 novembro 2024

Presidente da Comissão Científica

Ricardo Conceição

Presidente da SPEDC

Márcio Carvalho

Presidente da Comissão Organizadora

Eládio Cardoso

ANEXO V – Parecer da Comissão de Ética



Documento: Submissão do pedido de autorização para a realização do estudo

Assunto: Pedido de parecer para a realização do estudo "Perceção do enfermeiro sobre a utilização de listas de verificação no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica"

Requerente: Joana Baptista de Sousa

Título: "Perceção do enfermeiro sobre a utilização de listas de verificação no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica" que pretende analisar a perceção dos enfermeiros que realizam transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica, sobre a utilização de um formulário de registos, com lista de verificação, na melhoria da prestação de cuidados de enfermagem.


Investigador: Joana Baptista de Sousa

Orientador: Professor Doutor Hugo Duarte

População do Estudo: Enfermeiros que integram a equipa de transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica.

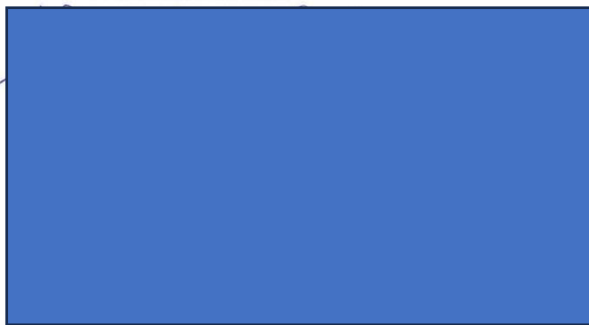
Serviço onde decorre o estudo: 

Data do pedido: datado  21/03/2024

A Comissão de Ética da  concorda com a aplicação do referido estudo desde que seja mantida a confidencialidade dos sujeitos do mesmo e todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação sejam respeitados.

 5 de abril de 2024

A Comissão de Ética



APÊNDICES

APÊNDICE I – Formulário de Registos de Enfermagem

PROCEDIMENTO OPERATIVO	
Formulário de Registos de Enfermagem no Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico	Edição n.º 01
	Revisto: 22/01/2025

Motivo do Transporte:		Nº Processo	
Antecedentes Pessoais: (Relevantes)		Serviço de Destino (SD):	
Alergias:		Hora de Ativação/ Hora de Saída da ULSCB:	
Medicação Relevante:		Hora de Chegada ao SD:	
Última Refeição:		Hora de Chegada à ULSCB:	

Avaliação do Doente											
A- Via aérea (VA)											
VA Patente	Secreções:										
Adjuvante VA	Qual:		Nº								(data)
VA Definitiva	Qual:		Nº	Nível:							(data)
B- Ventilação											
Ventilação Espontânea											
Ventilação Suplementar	O2 (_L/min)		ON		MF		MV		MAD		
	BIPAP		CIPAP		HFNO						
	(Parâmetros VNI) IPAP _ EPAP _ FR _ FIO2 _										
	VMI	VC	PC	PA					SIMV		
	(Parâmetros VMI) VC/PC/PA _ FIO2 _ PEEP _ FR _										
Drenagem Torácica											
C- Circulação											
Dispositivos	LA		Local:								(data)
	CVC		Lúmens:		Local:						(data)
	CVP		(g)	Local:		(g)	Local:				
Hemorragia Ativa	Suporte Transfusional										
Sonda Vesical	Nº		(data)	Lavagem Vesical							
	mL/h										
D- Neurológico											
Pupilas	OE				OD						
ECG	Pts										
RASS	Pts										
EVA	Pts										
BPS	Pts										
GC	mg/dL										
SNG	SOG		SNJ		(nível) / (data)				Esvaziamento Gástrico		
E- Exposição											
Temperatura	°C										
Imobilização Cervical											
Fraturas	Local:										
Feridas/Pensos	Local: Tratamento:										

Elaborado:	Revisto:	Aprovado:

PROCEDIMENTO OPERATIVO	
Formulário de Registos de Enfermagem no Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico	Edição n.º 01
	Revisto: 22/01/2025

SINAIS VITAIS					
Hora	TA/PA	FC	SPO2	FR	ETCO2
(Saída)					
(Chegada H. destino)					

PERFUSÕES						OUTROS FÁRMACOS	
Fármaco	Posologia	Hora Início	mL/h	mL/h	mL/h	mL/h	Fármaco/ hora de administração

EVENTOS ADVERSOS		
Hora	Evento	Intervenção Realizada

Enfº (nome/nrº mecanográfico):

Elaborado:	Revisto:	Aprovado:

APÊNDICE II – Formulário de Listas de Verificação

PROCEDIMENTO OPERATIVO	
Formulário de Listas De Verificação do Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico	Edição n.º 01
	Revisto: 22/01/2025

PREPARAÇÃO PARA O TRANSPORTE	
<input type="checkbox"/>	Preparar insuflador manual e máscara + mala transporte + mala fármacos
<input type="checkbox"/>	Confirmar colocação de 2 acessos venosos
<input type="checkbox"/>	Confirmar permeabilidade de todos os acessos + fixação dos mesmos
<input type="checkbox"/>	Confirmar fixação de todos os dispositivos
<input type="checkbox"/>	Verificar nível do tubo, fixação e valores de ETCO2
<input type="checkbox"/>	Confirmar funcionamento do aspirador
<input type="checkbox"/>	Identificar corretamente todos os fármacos / perfusões
<input type="checkbox"/>	Esvaziar todos os sacos de drenagem
<input type="checkbox"/>	Colocar sonda nasogástrica em drenagem passiva
<input type="checkbox"/>	Confirmar colocação e válvula antirefluxo no Dreno Torácico
<input type="checkbox"/>	Preparar procedimentos pré-transporte (ex. tricotomia/algaliação/pás multifunções)
<input type="checkbox"/>	Ponderar utilização de EPI
<input type="checkbox"/>	Garantir informação à família / pessoa de referência
NA AMBULÂNCIA	
<input type="checkbox"/>	Confirmar funcionamento dos equipamentos (O2 / Aspirador / fixadores de equipamento)
<input type="checkbox"/>	Verificar funcionalidade das fontes de energia
<input type="checkbox"/>	Adequar temperatura da ambulância à fisiopatologia do doente
<input type="checkbox"/>	“Zerar” linhas de pressão invasiva e limitar alarmes do monitor de transporte à condição do doente
<input type="checkbox"/>	Confirmar fixação de todos os dispositivos
<input type="checkbox"/>	Verificar fonte O2 e calcular quantidade de O2 necessária (+ 30 minutos de reserva)
<input type="checkbox"/>	Confirmar destino com a equipa de bombeiros
NO FINAL DO TRANSPORTE	
<input type="checkbox"/>	Verificar equipamentos após o transporte
<input type="checkbox"/>	Colocar os mesmos na sala de emergência, em local apropriado e informar coordenador da necessidade de limpeza e desinfeção do mesmo
<input type="checkbox"/>	Repor mala de transporte / mala de fármacos/ lifepack
<input type="checkbox"/>	Concluir registos de enfermagem

(Colocar X quando aplicável)

Enfº (nome/nrº mecanográfico):

Elaborado:	Revisto:	Aprovado:

APÊNDICE III – Instrução de Trabalho

INSTRUÇÃO DE TRABALHO	
Registos de Enfermagem no Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico	Edição n.º 01
	Revisto: 22/01/2025

OBJETIVOS

Esta instrução de trabalho tem por objetivo descrever as etapas necessárias para efetuar os registos de enfermagem e para a utilização de listas de verificação no âmbito do Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica.

ÂMBITO E APLICABILIDADE

A presente instrução de trabalho surge no âmbito do Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica, no que concerne aos registos de enfermagem e a utilização das listas de verificação, sendo estes acessíveis através do programa informático *Sclínico*.

O procedimento aplica-se à Equipa de Enfermagem de Transporte de Doente Crítico (TDC) da Unidade Local de Saúde

SIGLAS E ABREVIATURAS

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

TDC – Transporte de Doente Crítico

ULSCB – Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

MATERIAL

Computador portátil com ligação ao *Sclínico* por VPN;

Carregador para computador portátil;

Elaborado:	Revisto:	Aprovado:

INSTRUÇÃO DE TRABALHO	
Registos de Enfermagem no Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico	Edição n.º 01
	Revisto: 22/01/2025

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018, p.19362), a pessoa em situação crítica é definida como “aquela cuja vida se encontra ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”.

Quando há insuficiência de recursos técnicos ou humanos no hospital de origem, pode ser necessário transferir estes doentes para um nível assistencial superior, através do Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica. Esse transporte exige uma avaliação de risco minuciosa, que deve ser cuidadosamente adaptada ao estado clínico do doente e às complexidades envolvidas na sua condição (Carvalho et al., 2024; Ordem dos Médicos (OM) & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), 2023).

De acordo com Fernandes (2021) e OM & SPCI (2023), o papel do enfermeiro no transporte inter-hospitalar é fundamental, exigindo competências técnicas e científicas para assegurar um transporte seguro, tranquilo e eficaz. Cabe ao enfermeiro garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, preservando a vida, a dignidade e os direitos do doente, independentemente do contexto, conforme regulamentado pelo Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015a).

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), é responsabilidade do enfermeiro planear, implementar e avaliar cuidados de enfermagem adequados às necessidades do doente, garantindo vigilância contínua e intervindo de forma célere às alterações clínicas (OE, 2015).

A segurança e qualidade dos cuidados prestados, são também garantidas por meio dos registos de enfermagem, previstos no REPE como parte integrante do processo de cuidados. Esses registos são indispensáveis para documentar as intervenções realizadas, garantir a continuidade dos cuidados e reforçar a segurança do doente (OE, 2015b).

No transporte inter-hospitalar, os registos são essenciais para documentar as intervenções realizadas e assegurar a continuidade dos cuidados, garantindo a segurança do doente ao longo do processo de transferência (National Health Service, 2021). Estes devem incluir a avaliação inicial do doente, alterações clínicas ocorridas durante o transporte, terapêuticas administradas e parâmetros vitais na entrega ao serviço recetor, devem estar incluídas nos registos de enfermagem. Adicionalmente, é

Elaborado:	Revisto:	Aprovado:

INSTRUÇÃO DE TRABALHO	
Registos de Enfermagem no Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico	Edição n.º 01
	Revisto: 22/01/2025

essencial que os mesmos sejam finalizados com indicação da hora de regresso e alocados em local pré-determinado para análise e consulta futura (Carvalho et al., 2024; OM & SPCI, 2023).

Aliado aos registos, o uso de listas de verificação são outro instrumento fundamental para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados. Estas permitem a sistematização das ações realizadas e a mitigação de incidentes críticos, facilitando a organização do transporte e otimizando uma abordagem estruturada para gerir as multitarefas aliadas ao transporte (Carvalho et al., 2024).

Dessa forma, a informatização dos registos e das listas de verificação, no sistema informático *SClínico*, contribuirá para a eficiência e qualidade dos cuidados prestados, promovendo a segurança do doente em todo o processo.

Elaborado:	Revisto:	Aprovado:

INSTRUÇÃO DE TRABALHO	
Registos de Enfermagem no Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico	Edição n.º 01
	Revisto: 22/01/2025

DESCRIÇÃO DA INSTRUÇÃO DE TRABALHO

1. PARA ACEDER AO *SCLÍNICO*

- Ligar o computador portátil e entrar no perfil “TDC”, utilizando a palavra-passe **!Tdc#25**;
- Entrar nas definições de rede e internet e ligar a rede “NOS (LTE) e ligar a “VPN”;
- Fazer duplo clique no ícone “UISCB-RDSHA” que se encontra no ambiente de trabalho e introduzir as novamente as credenciais de acesso do perfil TDC com palavra-pass **!Tdc#25**.
Desta forma, terá acesso à ligação remota.
- Será apresentada uma caixa de texto que questiona se “pretende ligar apesar destes erros de certificado” deve ser clicado na caixa de texto que diz “sim”;
- Fazer duplo clique no ícone “*SCLínico*” que se encontra no ambiente de trabalho, e introduzir as credenciais profissionais.

2. PARA ELABORAÇÃO DAS LISTAS DE VERIFICAÇÃO

- No ambiente de trabalho, aceder a pasta “Transporte do Doente Crítico”;
- Abrir o documento word com o nome “Listas de Verificação – TDC”;
- Realizar a efetivação da lista em conformidade com as exigências do transporte do doente;
- No final do transporte guardar o documento em formato PDF na pasta “Arquivo Listas de Verificação” que se encontra na pasta “Transporte do Doente Crítico” do ambiente de trabalho;
- Deve editar o nome do documento que guardou com a data em que o transporte foi realizado.

3. PARA ELABORAÇÃO DE REGISTOS DESCRITIVOS DE ENFERMAGEM

- No ambiente de trabalho, aceder a pasta “Transporte do Doente Crítico”;
- Abrir o documento word com o nome “Registos de Enfermagem – TDC”;
- Preencher o formulário modelo, adaptando o mesmo ao doente a ser transportado;
- Guardar o documento em formato PDF na pasta “Arquivo Registos de Enfermagem – TDC” que se encontra na pasta “Transporte do Doente Crítico” do ambiente de trabalho;
- Deve editar o nome do documento que guardou com a data em que o transporte foi realizado.
- Abrir a aplicação *SCLínico* com as credenciais profissionais de cada utilizador e aceder à urgência ou internamento; (Se o doente se encontrar no internamento, selecionar o serviço onde o mesmo se encontra);
- Identificar e selecionar o doente a ser transportado;

Elaborado:	Revisto:	Aprovado:

INSTRUÇÃO DE TRABALHO	
Registos de Enfermagem no Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico	Edição n.º 01
	Revisto: 22/01/2025

- Fazer duplo clique sobre o nome do doente e com esta ação estará aberto o processo do mesmo;
- Na área de “Gestão de Documentos”, fazer clique sobre o ícone de “carregar novo ficheiro”;
- Deve aceder à pasta “Transporte de Doente Crítico” e seguidamente a pasta “Arquivo de Registos de Enfermagem – TDC” e carregar o documento PDF de registos de enfermagem que preenheu anteriormente (com o nome da data de transporte”;
- Na descrição do documento colocar “TDC”.

4. Observações Gerais (independente do local de transferência do doente)

- As Listas de Verificação para o TDC e os Registos de Enfermagem para o TDC, são dois formulários modelo de registos. O enfermeiro deve adaptar e individualizar os mesmos de acordo com o doente que se encontra ao seu cuidado;
- À chegada ao hospital de origem, o enfermeiro deve finalizar as Listas de Verificação e confirmar que os Registos de Enfermagem se encontram finalizados e devidamente anexados ao processo do doente;
- Na impossibilidade de realizar registos durante o transporte, os mesmos devem ser efetuados imediatamente após a transferência formal do doente à equipa de enfermagem do hospital de destino;
- Ao guardar o documento das listas de verificação e dos registos de enfermagem em formato PDF nas pastas correspondentes de arquivo, pode identificar que já existe uma data igual. Pelo que se encontra a fazer o segundo transporte. Desta forma, ao nome do documento deve acrescentar o número 2 há data do transporte. (Ex. (10/01/2025_2); deve acrescentar números consecutivos, consoante o número de transporte realizados no mesmo dia;
- Em situações de falha informática, os documentos das listas de verificação e registos de enfermagem devem ser impressos e realizados à mão. Assim que possível devem ser transcritos para o computador e anexados ao processo do doente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Carvalho, C., Costeira, C., & Pereira Sousa, J. (2024). Nursing Care at Critical Care Patient Inter-Hospital Transfer: The Construction of a Checklist through a Scoping Review. *Emergency Care and Medicine*, 1(3), 221–229. <https://doi.org/10.3390/ecm1030023>
- Fernandes, E. A. G. (2021). Papel do Enfermeiro no Transporte Inter-Hospitalar de Doentes em Estado Crítico: Revisão Scoping. *Relatório Final de Estágio Em Contexto de Urgência e Em Contexto de Cuidados Intensivos*.

Elaborado:	Revisto:	Aprovado:

INSTRUÇÃO DE TRABALHO	
Registos de Enfermagem no Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico	Edição n.º 01
	Revisto: 22/01/2025

https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/6845/1/ElisabeteAlexandreGravitoFernandes_RM.pdf

National Health Service. (2021). *Framework to support inter-hospital transfer of critical care patients*.
<https://www.england.nhs.uk/publication/framework-to-support-inter-hospital-transfer-of-critical-care-patients/>

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Código Deontológico. *Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018, 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 crónica. *Diário Da República, 2.ª Série, N.º 135*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de Doentes Críticos Adultos*. https://www.spci.pt/media/noticias/transporte-doente-critico-2023-versao-CEMI_OM_3.pdf

Elaborado:	Revisto:	Aprovado: