



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

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

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

**Estratégias usadas pelos enfermeiros triadores**

Elisabete Pereira Ribeiro

**Orientador:** Professora Doutora Susana Maria Sobral Mendonça

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

Leiria, setembro 2022



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

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

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

**Estratégias usadas pelos enfermeiros triadores**

Apresentado para obtenção do grau de Mestre  
em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Elisabete Pereira Ribeiro,  
Nº 5200104

**Orientador:** Professora Doutora Susana Maria Sobral Mendonça

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

Leiria, setembro 2022

## **PENSAMENTO**

A sabedoria é um paradoxo. O homem que mais sabe é aquele que mais reconhece a vastidão da sua ignorância.

Friedrich Nietzsche

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, e sempre em primeiro lugar, aos meus irmãos, por serem o centro e a motivação de todo o esforço. Eles são o suporte que me faz continuar a querer ser um exemplo para que nunca duvidem de tudo o que podem ser e fazer.

Agradeço imenso à família que me escolheu, porque estiveram, estão e estarão sempre, nos momentos que me formaram e me fizeram crescer: Cátia, Flávio, Andreia, João, Diana, Hugo, Ivo. Foram anos de experiências, de partilhas, de aventuras que fazem de vós a minha família de coração e aqueles de quem nunca duvido.

Não posso deixar de nomear os colegas de profissão, que me têm acompanhado e que contribuem para o meu crescimento, todos os dias.

Agradeço ainda, todo o apoio prestado pelos enfermeiros orientadores e equipas que colaboraram no meu percurso, ao longo dos momentos de estágio.

Não posso deixar de agradecer, aos Professores da ESSLei, pela disponibilidade permanente, pelos ensinamentos e pelo encorajamento ao longo de todo o processo académico.

Estou extremamente grata à minha Orientadora, Professora Susana Mendonça por todo o suporte ao longo do desenvolvimento deste mestrado pelos seus conselhos, pelo incentivo e disponibilidade, além de todo o seu conhecimento e experiência que me estimularam ao longo de todas as dificuldades do processo de pesquisa. Manifesto ainda, a minha gratidão à Professora Maria dos Anjos Dixe, por ter sido uma guia fundamental, nestes dois anos.

Por fim, destaco aquele que tem estado presente, sem pedir, sem questionar, por me acompanhar, por me aturar, por me fazer ter força para continuar, ao longo de todas as adversidades.

## RESUMO

O Relatório de Estágio, surge no âmbito do Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, com objetivo de desenvolver competências diferenciadas de mestre e enfermeira especialista.

Este relatório divide-se em 2 partes, na primeira parte, é feita uma análise crítico reflexiva sobre a construção de competências comuns e específicas do mestre e do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em situação crítica, ao longo dos três ensinamentos clínicos nos diferentes contextos. Os contextos dos ensinamentos clínicos foram num Serviço de Urgência Geral Polivalente (Hospital A), numa Unidade de cuidados Intensivos (Hospital B) e numa ambulância SIV, todas instituições da área da grande Lisboa, entre 2021 e 2022. No desenvolvimento de competências do mestre e do enfermeiro especialista destacaram-se as seguintes: tomada de decisão, liderança, supervisão, gestão de cuidados e investigação.

A segunda parte do relatório é referente ao projeto de investigação desenvolvido junto dos enfermeiros triadores do Serviço de Urgência de um hospital da Grande Lisboa (Hospital X), utilizando uma metodologia descritiva-correcional, por forma a responder à necessidade de melhoria contínua na promoção dos cuidados de saúde. Para isto, foi efetuada uma colheita de dados através de um questionário para identificar as "Dificuldades dos enfermeiros triadores", usando uma amostra de 44 enfermeiros triadores a exercer funções num serviço de urgência. O tratamento de dados foi feito recorrendo à análise descritiva. Através dos dados obtidos, emergiram como principais dificuldades para os enfermeiros: a iliteracia dos utentes relativamente à triagem e o tempo dispensado na triagem para o desenvolvimento de outras atividades.

Após a análise dos dados foram desenvolvidas estratégias para colmatar as dificuldades sentidas. Assim, foi criado um vídeo explicativo sobre a Triagem de Manchester e uma aplicação de telemóvel para poder ser descarregada pelos utentes. Estas estratégias pretendiam aumentar a literacia dos utentes em saúde, melhorando as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros na triagem. Para tal, foi efetuada uma formação online para apresentar as estratégias aos enfermeiros e perceber a sua perceção sobre a utilidade da sua implementação, aplicando um segundo questionário ao qual responderam 63 enfermeiros triadores.

**Palavras-chave:** Enfermeiro especialista, Pessoa em situação crítica, Triagem de Manchester

## ABSTRACT

The Internship Report arises within the scope of the Master's degree of Medical-Surgical Nursing to the Person in Critical Condition, from the School of Health of the Polytechnic Institute of Leiria, with the objective of developing differentiated competencies of master and nurse specialist.

The report is divided into 2 parts. The first part is regarding a critical reflexive analysis made on the construction of common and specific competencies of the master and the specialist nurse in Nursing to the Person in critical condition, throughout the three clinical teachings in the different practical contexts, between 2021 and 2022. The contexts of clinical teaching were in a General Polyvalent Emergency department (Hospital A), an Intensive Care Unit (Hospital B) and in an SIV ambulance, all institutions sited in the greater Lisbon area. In the development of skills for master and the specialist nurse, the following stand out: decision making, leadership, supervision, care management and research.

The second part is related to the research project developed with the triage nurses of the Emergency Service of a hospital in Greater Lisbon (Hospital X), using a descriptive-correctional methodology, to respond the need for continuous improvement in the promotion of health care. For this, a data was collected through a questionnaire to identify the "Difficulties of triage nurses", using a sample of triage nurses working in an emergency service. The data collected was processed using descriptive analysis. Through the data obtained, it was understood that the difficulties perceived by the nurses, related to illiteracy of users in relation to Manchester's triage and the time spent during triage performing other activities.

After data analysis, strategies were developed to overcome the difficulties felt. Thus, were created a descriptive video about the Manchester's triage and a mobile application to be downloaded by patients. These strategies aim to increase the literacy of users about healthcare, improving the difficulties experienced by nurses over the triage process. For this, an online training was done to present these strategies to nurses and a second questionnaire was applied to identify the perception of nurses about the usefulness of the implementation of these measures.

**Key words:** Specialist Nurse, Critical Person, Manchester's Triage System

## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

$\pm$  – Desvio-padrão

$\bar{x}$  – Média

$p$  – Valor de significância dos testes estatísticos

ABCDE - Airway/ Breathing/ Circulation/ Disability/Exposure

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, IP

CIAV – Centro de Informações Antivenenos

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS - Direção-Geral da Saúde

EC – Ensino Clínico

GPT – Grupo Português de Triagem

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR - Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation

ITEAMS - INEM *Tool for Emergency Alert Medical System*

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento

MEM - Motociclos de emergência Médica

OE - Ordem dos Enfermeiros

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

R – Coeficiente de Correlação de Spearman

SAV - Suporte Avançado de Vida

SHEM - Serviço de Helicópteros de Emergência Médica

SIEM -Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV - Ambulância de Suporte Imediato de Vida

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SU - Serviço de Urgência

TISS-28 - Therapeutic Intervention Scoring System

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCInt - Unidade de Cuidados Intermédios

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UGP - Urgência Geral Polivalente

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

**ÍNDICE**

<b>RESUMO .....</b>	<b>IV</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>V</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS.....</b>	<b>VI</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS .....</b>	<b>XI</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS.....</b>	<b>XI</b>
<b>ÍNDICE DE QUADROS.....</b>	<b>XI</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>PARTE I: CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DOS ENSINOS CLÍNICOS E DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....</b>	<b>19</b>
<b>1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA .....</b>	<b>20</b>
1.1. URGÊNCIA GERAL POLIVALENTE .....	20
1.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE.....	24
1.3. INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA.....	27
<b>2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....</b>	<b>32</b>
2.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL.....	33
2.2. DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE .....	36
2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS.....	40
2.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS .....	44
<b>3. COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRURGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....</b>	<b>47</b>
3.1. CUIDA DA PESSOA A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA.....	47
3.2. DINAMIZA A RESPOSTA A SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE OU EMERGÊNCIA MULTIVÍTIMA, DA CONCEÇÃO À AÇÃO.....	53
3.3. MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E OU FALÊNCIA ORGÂNICA. ....	56
<b>PARTE II: A PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA – PROJETO DE INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>59</b>
<b>1. FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO .....</b>	<b>60</b>

1.1.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	60
1.2.	IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA .....	63
<b>1.2.1.</b>	<b>Principais dificuldades do enfermeiro triador</b> .....	64
1.3.	PERCEBER AS CAUSAS DO PROBLEMA .....	66
<b>2.</b>	<b>ASPETOS METODOLÓGICOS</b> .....	68
2.1.	TIPO DE ESTUDO.....	69
2.2.	POPULAÇÃO EM ESTUDO .....	70
2.3.	COLHEITA DE DADOS.....	72
<b>3.</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	73
3.1.	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: “AS DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS TRIADORES” .....	74
<b>3.1.1.</b>	<b>Correlação entre variáveis</b> .....	78
3.1.1.1.	<i>Índice Global da Satisfação</i> .....	78
3.1.1.2.	<i>Relação entre Sexo e as diferentes dimensões</i> .....	79
3.1.1.3.	<i>Relação entre a Idade e as diferentes dimensões</i> .....	79
3.1.1.4.	<i>Relação entre a Categoria dos enfermeiros e as diferentes dimensões</i> .....	79
3.1.1.5.	<i>Relação entre os Anos de experiência em SU e as diferentes dimensões</i> .....	80
3.1.1.6.	<i>Relação entre os Anos de experiência em STM e as diferentes dimensões</i> ....	80
3.2.	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: “AVALIAÇÃO SOBRE AS ESTRATÉGIAS” .....	81
<b>3.2.1.</b>	<b>Índices de Avaliação e a relação entre as variáveis</b> .....	82
3.2.1.1.	<i>Relação entre a Idade e as diferentes dimensões</i> .....	84
3.2.1.2.	<i>Relação entre a Categoria de enfermeiro e as diferentes dimensões</i> .....	84
3.2.1.3.	<i>Relação entre a os Anos de experiência em SU e as diferentes dimensões</i> ....	84
3.2.1.4.	<i>Relação entre os Anos de experiência em STM e as diferentes dimensões</i> ....	85
<b>4.</b>	<b>PLANEAR E EXECUTAR AS ATIVIDADES</b> .....	86
4.1.	CONCLUSÕES DO ESTUDO .....	88
	<b>CONCLUSÕES</b> .....	92
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	96
	<b>APÊNDICES</b> .....	101
	<b>APÊNDICE I – GUIÃO PARA ATUAÇÃO NA VÍTIMA AGREDIDA POR ARMA NA SALA DE EMERGÊNCIA</b> .....	102
	<b>APÊNDICE II – POSTER: ATUAR NA VÍTIMA POR ARMA</b> .....	116

<b>APÊNDICE III – TABALHO EM LINGUAGEM CIPE DO ENSINO CLÍNICO – SERVIÇO DE URGÊNCIA .....</b>	<b>121</b>
<b>APÊNDICE IV – TABALHO EM LINGUAGEM CIPE DO ENSINO CLÍNICO – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....</b>	<b>127</b>
<b>APÊNDICE V – TABALHO EM LINGUAGEM CIPE DO ENSINO CLÍNICO – OPÇÃO: INEM.....</b>	<b>135</b>
<b>APÊNDICE VI – QUESTIONÁRIO: “AS DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS TRIADORES” .....</b>	<b>143</b>
<b>APÊNDICE VII – QUESTIONÁRIO: “AVALIAÇÃO SOBRE AS ESTRATÉGIAS” .....</b>	<b>153</b>
<b>APÊNDICE VIII - TRATAMENTO ESTATÍSTICO DAS VARIÁVEIS: TABELAS DE ANÁLISE.....</b>	<b>161</b>
TABELA 1 - CARATERIZAÇÃO DAS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO “AS DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS TRIADORES” .....	162
TABELA 2 – RELAÇÃO DO ÍNDICE GLOBAL DE SATISFAÇÃO COM O SEXO, IDADE, CATEGORIA, EXPERIÊNCIA EM SU E EXPERIÊNCIA EM STM.....	164
TABELA 3 - RELAÇÃO DAS DIMENSÕES DE SATISFAÇÃO COM O SEXO. ....	166
TABELA 4 – RELAÇÃO DAS DIMENSÕES DE SATISFAÇÃO COM A IDADE... ..	168
TABELA 5 – RELAÇÃO DAS DIMENSÕES DE SATISFAÇÃO COM A CATEGORIA DOS ENFERMEIROS.....	171
TABELA 6 – RELAÇÃO DAS DIMENSÕES DE SATISFAÇÃO COM OS ANOS DE EXPERIÊNCIA EM SU. ....	173
TABELA 7 – RELAÇÃO DAS DIMENSÕES DE SATISFAÇÃO COM OS ANOS DE EXPERIÊNCIA EM STM .....	176
TABELA 8 - CARATERIZAÇÃO DAS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO “AVALIAÇÃO SOBRE AS ESTRATÉGIAS”. .....	179
TABELA 9 - RELAÇÃO DOS ÍNDICES DE AVALIAÇÃO COM A IDADE, CATEGORIA, OS ANOS DE EXPERIÊNCIA EM SU E OS ANOS DE EXPERIÊNCIA EM STM. ....	181
TABELA 10 - RELAÇÃO DAS DIMENSÕES DE AVALIAÇÃO COM A IDADE. .	183
TABELA 11 - RELAÇÃO DAS DIMENSÕES DE AVALIAÇÃO COM A CATEGORIA DO ENFERMEIRO. ....	185

TABELA 12 - RELAÇÃO DAS DIMENSÕES DE AVALIAÇÃO COM OS ANOS DE EXPERIÊNCIA EM SU. ....	187
TABELA 13 - RELAÇÃO DAS DIMENSÕES DE AVALIAÇÃO COM OS ANOS DE EXPERIÊNCIA EM STM. ....	189

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Prioridades do Sistema de Triagem de Manchester .....	61
Tabela 2 - Caraterização da amostra do primeiro momento de colheita de dados (N = 44) ....	70
Tabela 3 - Caracterização da amostra do segundo momento de colheita de dados (N=63).....	71
Tabela 4 - Caraterização do Índice Global de Satisfação (N = 44).....	78
Tabela 5 - Caracterização dos Índices de Avaliação (N=63) .....	83
Tabela 6 - Nível Global de Satisfação com as medidas apresentadas.....	83

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Avaliação do processo de triagem (N = 44). .....	74
Gráfico 2 - Percentagens de respostas às perguntas do questionário “As dificuldades dos enfermeiros triadores” (N = 44).....	77
Gráfico 3 - Percentagens de respostas às perguntas do questionário “Avaliação sobre as estratégias” (N = 63) .....	82

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Apresentação de pesquisa bibliográfica.....	65
--	----

## INTRODUÇÃO

O presente relatório enquadra-se no âmbito da Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório, sendo elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre e, após apreciação da Ordem dos Enfermeiros, à categoria de Enfermeira Especialista.

Este relatório representa uma descrição reflexiva sobre as atividades desenvolvidas ao longo dos Ensinos Clínicos (EC) e estabelece uma análise crítica entre a componente teórica adquirida nas unidades curriculares e o desenvolvimento da prática clínica, nomeadamente, nas áreas de gestão de cuidados, supervisão clínica, investigação, gestão de cuidados em situações de catástrofe e na maximização da resposta na prevenção e controlo de infeção.

Entende-se que o mestrado em enfermagem representa uma ferramenta que permite desenvolver saberes profundos na área científica de Enfermagem Médico-cirúrgica, recorrendo à investigação e inovação, para incorporar os conhecimentos especializados que permitam compreender e lidar com problemas e questões complexas, emitindo soluções que tenham em consideração as conjeturas e responsabilidades éticas e sociais da enfermagem (OE, 2018). Desta forma, compreende-se que o mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica detém a proficiência para responder aos desafios da prática da enfermagem especializada.

A Saúde é um setor que depende de recursos humanos qualificados, por integrar determinadas especificidades que requerem uma abordagem diferenciada e estruturada. Desta forma, o investimento no capital humano, mostra-se fundamental para dar resposta aos complexos processos de decisão e para assegurar uma prestação eficiente dos cuidados de saúde (Almada-Lobo, Gomes & Lopes, 2018).

Nesta perspetiva, é necessário munir os profissionais de conhecimentos, competências e instrumentos que possibilitem a construção e desempenho de processos de decisão complexos que assegurem uma prestação de cuidados eficiente. Tal como referido no Código Deontológico dos Enfermeiros (2015) Artigo nº. 97, os enfermeiros devem “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2015a, p.8078).

A enfermagem, mais precisamente, é uma ciência em constante transformação, o que lhe confere um grau de exigência acrescido e nesta conjuntura, a atualização contínua e a formação

dos enfermeiros, são fundamentais para garantir a qualidade dos cuidados prestados (Almada-Lobo, Gomes & Lopes, 2018). Considerando isto, o enfermeiro especialista “é aquele a quem se reconhece a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (OE, 2019a, p.4744).

Em Portugal, todos enfermeiros especialistas possuem competências comuns que estabelecem os requisitos para atingir padrões elevados de qualidade no que respeita aos domínios fundamentais da prática (OE, 2019a). A Ordem dos Enfermeiros (OE) regulamentou o conjunto de competências comuns a todos os enfermeiros especialistas através do Regulamento nº140/2019 de 06 de fevereiro. Estas competências foram distribuídas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e aprendizagens profissionais. As ditas competências, envolvem as dimensões da educação dos utentes e seus pares, da liderança e da responsabilidade de desenvolver e disseminar a investigação que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem (OE, 2019a).

Os cuidados de enfermagem têm vindo a assumir, progressivamente, uma maior exigência técnica e científica, a diferenciação e a especialização, são essenciais para responder a este avanço (Almada-Lobo, Gomes & Lopes, 2018). Por esta razão, a formação de enfermeiros especialistas é fundamental para ampliar os conhecimentos e competências próprias da sua área de especialidade, capaz assim, de mobilizar e transferir para os diferentes contextos de saúde e para a vida dos utentes. Neste sentido, as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica, foram regulamentadas pela OE através do Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, para definir o conjunto de aptidões altamente diferenciadas e qualificadas que devem assegurar a resposta às necessidades imediatas de manutenção das funções vitais e prevenindo complicações associadas aos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

Outra exigência para atingir o nível de excelência dos cuidados de enfermagem é a definição de padrões de qualidade que reflitam o exercício profissional dos enfermeiros. A enfermagem de excelência deve ser uma prática contínua no quotidiano do enfermeiro especialista, que deve procurar a qualidade dos cuidados, baseando-se em níveis elevados e rigorosos de conhecimento (Soares, 2017).

Neste sentido, a OE desenvolveu os “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, que resumem um trabalho contínuo de procura pela melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, com base na evidência, sempre com o utente no centro das intervenções dos enfermeiros. Estes padrões de qualidade pressupõem os conceitos: saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem. Por sua vez, os enunciados descritivos criados com base nestes conceitos permitem ao enfermeiro alcançar os níveis mais elevados de satisfação dos utentes, maximizando o seu bem-estar e o seu potencial de saúde, previnem as complicações para a saúde desenvolvendo processos eficazes de adaptação e contribuem para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2012).

Os documentos suprarreferidos fazem parte de um conjunto de regulamentos e normas que definem a *legis artis* e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Estes documentos orientam o enfermeiro no desempenho de um exercício profissional autónomo baseado numa abordagem sistematizada, que lhe permite desenvolver uma tomada de decisão eficaz e responsável.

Os referidos documentos serviram assim, como guias orientadores da minha prática ao longo dos EC, tal como, na elaboração deste relatório. Foram a base de todo o processo estrutural e reflexivo, que englobou a deteção precoce de problemas potenciais e a sua resolução, conferindo as ferramentas para a prestação de cuidados diferenciados, que correspondessem às necessidades de cuidados do utente, família e da comunidade.

Considera-se ainda, indispensável reconhecer os EC como metodologias imprescindíveis para conseguir atingir o nível de especialista e mestre de enfermagem, permitindo a aplicação de conhecimentos teóricos e a aquisição de experiência prática, através do contato com novas realidades profissionais.

Neste sentido, revelou-se de extrema importância a reflexão sobre os acontecimentos e os cuidados prestados ao longo dos EC. Tal como afirmam Benner, Kyriaidis, & Stannard (2011, p.25), “desenvolver *expertise* na prática do cuidado ao doente agudo e crítico requer aprendizagem através da experiência sob pressão e pensamento-em-ação”, o que deve ser analisado à luz de um pensamento crítico, conferindo ao enfermeiro especialista a autonomia sobre o seu próprio processo de aprendizagem contínua. Por outro lado, Meleis (2007) refere que o desenvolvimento do conhecimento da disciplina Enfermagem, forma-se pela análise

metodológica através da reflexão sobre as teorias da disciplina, com vista a sustentar a sua aplicabilidade na prática.

Estas teóricas enquadram-se com os propósitos do percurso definido para o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista tendo em conta a sua contribuição no desenvolvimento do processo do pensamento crítico para a enfermagem especializada e para o desenvolvimento das competências na elaboração do processo de investigação em enfermagem, respetivamente.

Como responsável pelo meu próprio caminho como profissional, o impulso para realizar este mestrado surgiu, da necessidade de complementar a minha formação e de desenvolver competências na área específica da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, que me permitissem prestar cuidados distintos e mais completos.

A prestação de cuidados ao utente crítico foi, desde o início do meu percurso profissional, a área que maior interesse me despertou e na qual me tenho desafiado, ampliando os meus conhecimentos e no aprimorar dos meus cuidados constantemente através de formação contínua.

Durante o meu percurso profissional tive a oportunidade de trabalhar em Inglaterra e contactar com diferentes metodologias de trabalho junto do utente crítico. Esta experiência aumentou a necessidade de desenvolver as minhas faculdades na prestação de cuidados ao utente crítico, tendo em conta a complexidade que os cuidados a estas pessoas englobam. Primeiramente, realizei cursos práticos relacionados com a intervenção junto do utente crítico e também uma pós-graduação de “Atualização em Doente Crítico” e foi neste momento, que considerei necessário fortalecer o meu percurso e adquirir um nível superior de especialização e diferenciação dos cuidados que presto, através do ingresso neste mestrado.

Para a dar visibilidade ao percurso desenvolvido para adquirir o título de mestre, este relatório foi organizado em duas partes que refletem as diferentes fases do trabalho desenvolvido neste mestrado.

A **Parte I** - Caracterização dos contextos clínicos e competências adquiridas - é dividida entre a descrição dos referidos contextos e a análise e reflexão sobre as experiências que me proporcionaram o desenvolvimento de competências como futura enfermeira especialista.

No ponto 1 é feita uma descrição sobre os diferentes locais de estágio, que engloba: estrutura física, equipa multidisciplinar, os métodos de trabalho, a tipologia de utentes e ainda, as atividades e experiências que se revelaram mais significativas durante o meu percurso de estágio, em cada contexto. Nos pontos 2 e 3, apresento uma análise discriminativa e reflexiva, entre as atividades desenvolvidas e a sua relação com as competências comuns e específicas inerentes ao enfermeiro especialista, respetivamente. Nestes pontos, são incluídas as experiências, os sentimentos e as intervenções que permitiram cumprir os meus objetivos e complementar o meu desenvolvimento como mestre e futura enfermeira especialista, na área da pessoa em situação crítica.

A **Parte II** – A prática baseada na evidência – Projeto de investigação - apresento o trabalho de investigação desenvolvido junto dos enfermeiros triadores, de um Serviço de Urgência (SU) de um hospital da zona da grande Lisboa (Hospital X), relacionado com as dificuldades dos enfermeiros triadores, no ato da triagem.

Considerando que a triagem nos SU é fundamental para a gestão de utentes no serviço e para a organização dos recursos, esta segue determinados padrões de qualidade, definidos para garantir a priorização dos utentes e a sua segurança.

Com a sobrelotação dos serviços, o cumprimento destes padrões, pode refletir numa sobrecarga para o serviço, podendo fazer emergir sentimentos de insatisfação e a perceção de dificuldades, por parte dos enfermeiros, na execução do processo de triagem, que representam uma problemática diretamente relacionada com o nível de cuidados prestados ao utente.

A sugestão do tema para o trabalho de investigação surgiu assim, das conversas informais com colegas que, muitas vezes, referiam não gostar de fazer triagem. Neste sentido, procurei investigar as razões destas insatisfações e as estratégias de melhoria que poderiam ser implementadas. Desta forma, o presente trabalho procurou dar resposta a uma problemática identificada junto dos enfermeiros que constituíram a população em estudo.

Inicialmente, foi realizado um questionário para levantamento do problema e, seguidamente à análise desses resultados, foram desenvolvidas duas estratégias de melhoria, que consistiram em:

- Produção de um vídeo expositivo com 2.55min a ser implementado na sala de espera, a fim de informar os utentes sobre o processo de triagem e o percurso no SU.
- Criação de uma aplicação de telemóvel (APP) que engloba o mesmo vídeo supracitado, juntamente com informações complementares sobre determinados temas afetos ao funcionamento da triagem e do SU, pertinentes para a população de utentes. Esta APP, utiliza textos claros e concisos para dar aos utentes um acesso constante a estas informações durante o seu episódio de urgência ou para um futuro.

Posteriormente, estas estratégias foram apresentadas aos enfermeiros com o intuito de obter a sua opinião sobre a utilidade e viabilidade para uma implementação futura.

O início da estruturação deste projeto teve por base a formulação de uma questão de investigação, segundo a metodologia PICO:

- Que estratégia implementar no momento de triagem (I) para promover a qualidade das intervenções dos enfermeiros (O) na assistência ao utente (P) que recorre ao Serviço de urgência (C)?

Foram ainda, formuladas questões adicionais que se revelaram pertinentes ao longo da investigação:

- Quais dificuldades percecionadas pelos enfermeiros triadores?
- Qual a perceção dos enfermeiros sobre o nível de literacia dos utentes, no que refere ao Sistema de Triagem de Manchester e o percurso no Serviço de Urgência?

Os objetivos estipulados para o projeto foram:

1ª Fase:

- Conhecer as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros triadores.

2ª Fase:

- Construir uma estratégia para colmatar dificuldades dos enfermeiros identificadas, através da criação de um vídeo expositivo e de uma aplicação telemóvel (APP) informativa sobre o Sistema de Triagem de Manchester e o percurso do utente no SU.
- Apresentar o vídeo para exposição em sala de espera e a APP aos enfermeiros, recorrendo a uma ação de formação online.

3ª Fase:

- Avaliar a opinião dos enfermeiros sobre a utilidade, usabilidade, satisfação e eficácia da implementação do vídeo e da APP.

Este Projeto de Investigação, procurou atuar sobre numa problemática afeta à prática profissional diária dos enfermeiros, através da potenciação da literacia dos utentes no que se refere à Triagem de Manchester, e ao percurso do utente no SU, sendo o utente o alvo primordial das ações desenvolvidas e procurando concomitantemente, melhorar os cuidados e a satisfação dos enfermeiros. No final da Parte II, são apresentados os resultados obtidos e as conclusões finais do projeto.

Este trabalho foi estruturado e formatado segundo as normas da Escola Superior de Saúde de Leiria, estabelecidas para apresentação de trabalhos escritos, elaborado de acordo com as normas do novo acordo ortográfico português e assentando a sua referenciação nas normas da American Psychology Association 6.

**PARTE I: CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DOS ENSINOS CLÍNICOS E  
DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

## 1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA

A escolha dos locais de estágio prendeu-se com o objetivo de acompanhar o utente crítico em diferentes contextos da prestação de cuidados, desde o pré-hospitalar, passando pela urgência e por uma unidade de cuidados intensivos. Desta forma, foi possível acompanhar o desenvolvimento das funções do enfermeiro especialista em diferentes níveis de cuidados, procurando cumprir a componente prática do mestrado.

Os locais de estágio escolhidos foram um Serviço de Urgência Geral Polivalente (Hospital A), uma Unidade de Cuidados Intensivos (Hospital B) e no pré-hospitalar acompanhando, principalmente, uma equipa de ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), todos situados na região da grande Lisboa.

O estágio proporcionou o contacto e a proximidade com a realidade, permitindo uma reflexão mais profunda sobre a teoria e a prática, para conseguir desenvolver as competências inerentes ao enfermeiro especialista. Estabelecendo, assim, uma relação consciente, crítica e refletida com a prática, proporcionada pela variedade de experiências vivenciadas ao longo dos diferentes contextos clínicos.

### 1.1. URGÊNCIA GERAL POLIVALENTE

O EC em SU realizou-se num hospital doravante denominado Hospital A. Este integra-se num centro hospitalar que tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com outras unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a sua visão assenta numa "elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, sendo reconhecido pela excelência clínica, eficácia e eficiência" (CHLC, 2014, p.2).

Este hospital é reconhecido como um Centro de Referência, incorporando diversas áreas de cuidados diferenciados. Segundo a definição do Ministério da Saúde, um "Centro de Referência é qualquer serviço, departamento ou unidade de saúde, reconhecido como o expoente mais elevado de competências na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade em situações clínicas que exigem uma concentração de recursos técnicos e tecnológicos altamente diferenciados, de conhecimento e experiência" (Ministério da Saúde, 2014, p.5104). É desta forma que o Hospital A se apresenta como um centro de referência para utentes encaminhados de todo o país.

É, ainda, um centro que recebe utentes estrangeiros encaminhados por via dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, vide: Decreto n.º 24/77 de 3 de março, com a República de Cabo Verde; Decreto n.º 39/84 de 18 de julho com a República Popular de Angola; Decreto n.º 44/92 de 21 de outubro, com a República da Guiné-Bissau; Decreto n.º 35/84 de 12 de julho com a República Popular de Moçambique; Decreto n.º 25/77, de 3 de março com o Governo da República Democrática de S. Tomé e Príncipe (ACSS, 2022).

Um dos serviços de referência integrado neste hospital é a Urgência Geral Polivalente (UGP). Esta tem como missão "garantir a prestação de cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, aos doentes urgentes e emergentes que a ela acorram"(SNS, 2022). A UGP, integra a Rede Nacional de Urgência e Emergência definida pelo Despacho n.º 13427/2015 de 20 de novembro do Ministério da Saúde, representando um Serviço de Urgência Polivalente e Centro de Trauma, o que pressupõe a admissão de qualquer utente, devido à sua elevada diferenciação técnica e polivalência de especialidades. A UGP é assim uma porta de entrada, para os utentes críticos do foro médico, cirúrgico e traumatológico.

A UGP é considerada uma urgência referenciada para as especialidades de Cardiologia, Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Vasculiar, Hematologia e Nefrologia; integrando, ainda, outras especialidades como: Anestesiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Maxilofacial, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Gastrenterologia, Medicina Interna, Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria, Urologia e Vertebro-Medular. Também faz parte da atividade da UGP, a integração nas Vias Verdes: Coronária, AVC, Sepsis e Trauma (SNS, 2022). A UGP integra, ainda, a Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI), constituída por um enfermeiro da UGP e um Médico da Unidade de Urgência Médica.

Na UGP, processo de cuidados inicia-se após a admissão do utente, que é seguidamente encaminhado para a triagem. O sistema de triagem implementado é um sistema de triagem por prioridades, denominado Sistema de Triagem de Manchester (STM), que proporciona uma avaliação inicial do utente, tendo por base a queixa do utente e a identificação de critérios de gravidade (GPT, 2010). Este sistema recorre a fluxogramas pré-estabelecidos que determinam, de forma sistematizada, o nível de prioridade do utente e o tempo máximo para a primeira observação médica. Este sistema de triagem será alvo de maior desenvolvimento na Parte II deste relatório.

Quanto à estrutura física do serviço, sendo um hospital antigo, a UGP tem sido adaptada consoante a evolução técnica e científica, de acordo com as suas necessidades estruturais. Verificou-se que, durante o EC, a UGP contemplava três áreas de atendimento principais, para onde os utentes poderiam ser encaminhados:

- Área de Ambulatório que englobava: triagem, balcão de ambulatório e balcão de macas, 6 gabinetes de atendimento médico, 8 gabinetes de especialidades (Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Ortopedia, Pequena Cirurgia, Cirurgia Geral), 1 gabinete de enfermagem, salas de meios complementares de diagnóstico e tratamento (MCDT) - Radiografia, análises sanguíneas e ECG.
- Área de Observação: capacidade para 22 utentes distribuídos por 5 salas e ainda, 1 sala se isolamento e 4 salas de emergência: 2 salas para o utente do foro médico e 2 salas para o utente de trauma, equipadas para realizar de Raio-x de corpo completo no imediato.
- Área Covid: dividida entre área de utentes suspeitos (ADR) e área de utentes positivos confirmados (ADP).

No que respeita ao atendimento pela equipa de enfermagem, constatou-se que esta era constituída por cerca de 147 enfermeiros (no momento do EC) distribuídos por 5 equipas em horário rotativo e duas equipas que não fazem parte da prestação de cuidados diretos: 1 equipa fixa nas manhãs dedicada a questões de gestão, formação, controlo de infeção e 1 equipa dedicada à prestação de informação à família, que funciona em horário diurno. A prestação de informações à família, pela sua importância, será abordada mais à frente no capítulo 2, fazendo uma reflexão sobre as competências comuns do enfermeiro especialista.

No que se refere ao número de enfermeiros na UGP para cumprir as dotações seguras, segundo informação obtida no serviço, por turno existem: 22 enfermeiros na prestação de cuidados e 1 enfermeiro na gestão de manhã; 24 enfermeiros de tarde e 21 enfermeiros de noite. Estas dotações são calculadas de acordo com o Regulamento nº 533/2014 da OE, que define a Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, aprovado a 2 de dezembro de 2014 e revogado pelo Regulamento nº743/2019 de 25 de setembro, e que tem por base o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem.

Durante o estágio na UGP, foi possível verificar que o cumprimento das dotações seguras é assegurado pela complementaridade de turnos extra, acrescidos ao horário base e que, são

assegurados pelos próprios enfermeiros do serviço, preenchendo os turnos extra conforme a sua disponibilidade.

As dotações seguras de enfermeiros conectam-se diretamente com a quantidade de horas de trabalho por enfermeiro para assegurar a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019b). Estas são fulcrais para alcançar índices de segurança para a população, para os profissionais e para as organizações. É um fato evidenciado pela OMS que a escassez de enfermeiros é uma realidade mundial, sendo imperativo fortalecer este grupo profissional “para não colocar em perigo a acessibilidade e a qualidade dos cuidados de saúde” (OE, 2014, p.6).

Verificou-se que apesar do esforço efetuado pelas equipas, os mínimos recomendados não são cumpridos, por exemplo, nas Unidades de Observação com capacidade para 4 a 6 utentes. O Regulamento nº 743/2019 da OE recomenda que “nos internamentos de curta duração da urgência” o rácio de enfermeiros, deverá ter como referência o rácio para uma Unidade de Cuidados Intermédios, que representa 1 enfermeiro, por cada 3 camas de internamento” (OE, 2019b). Considera-se, assim, que este critério não é cumprido e pode significar um acréscimo no volume de trabalho e uma insegurança nos cuidados ao utente.

Verificou-se que, na equipa de enfermagem da UGP, existe um pensamento de responsabilidade quer sobre o nível dos cuidados prestados, quer perante o sentido de trabalho de equipa. Reconhece-se que, a falta de um enfermeiro irá proporcionar que um posto de trabalho não seja preenchido e que esse posto seja acrescido ao trabalho de outro enfermeiro. Isto pode significar uma diminuição no nível de segurança dos cuidados prestados, assim como provoca sobrecarga de trabalho para a equipa, refletindo a dificuldade do preenchimento das dotações seguras.

Ao nível da prestação de cuidados e da metodologia de trabalho foi possível verificar que o método individual é preferencial na maioria dos postos de trabalho. Considerando esta metodologia de trabalho, Hesbeen (2000) refere que, “cada enfermeiro é responsável pela execução de todos os cuidados de que os doentes que lhe são confiados necessitam, durante todo o seu turno de trabalho diário” (Hesbeen, 2000, p.139). Isto verificou-se nas Unidades de Observação, nos Balcões de atendimento e nas Áreas Dedicadas Covid.

Por outro lado, nas Salas de Emergência prevalece o trabalho em equipa, tendo em conta que a complexidade dos utentes e das intervenções requerem que exista uma coordenação e sincronização entre os diferentes elementos. Durante o ensino clínico, proporcionaram-se algumas oportunidades de prestar cuidados em sala de emergência, atuando com a equipa

multidisciplinar, aplicando uma abordagem complementar, baseada na comunicação e cooperação entre os elementos, e proporcionando um ambiente funcional para o utente.

Face ao exposto, pude constatar, ao longo do EC, o elevado nível de competência técnica e científica que os profissionais deste serviço demonstram, proporcionando um atendimento organizado e competente, reflexo de um trabalho de equipa eficiente. Estes aspetos favoreceram o meu desenvolvimento de competências relativamente à função do enfermeiro especialista como referência dentro da equipa multidisciplinar.

## 1.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

O EC em Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) foi realizado num hospital da grande Lisboa, doravante denominado Hospital B.

No momento da realização deste estágio, o Hospital B, integrava o Serviço Nacional de Saúde através de um contrato de Parceria Público Privada, desde 2012, sendo gerido por um grupo administrativo privado. Este tipo de parceria representa uma forma inovadora de utilizar o investimento do setor privado quer financeiro quer de gestão, permitindo a construção e manutenção deste hospital (Ministério das Finanças, 2012).

O Hospital B tem como *missão* "prestar cuidados de saúde à população da sua área de influência, no respeito absoluto pela individualidade e necessidades dos utentes, e baseados em princípios de eficácia, qualidade e eficiência; contribuir para o desenvolvimento da investigação e para a formação de profissionais na sua área de atividade" (HBA, 2021).

Neste hospital, está integrada a UCIP que presta cuidados diferenciados à pessoa em situação crítica, com necessidade de substituição ou recuperação de funções vitais, recorrendo à monitorização contínua durante 24 horas e a meios técnicos avançados. A noção de "Pessoa em situação crítica" é definida pela OE como sendo "aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica" (OE, 2018, p.19362).

A UCIP está dividida entre a unidade de cuidados intensivos (UCI) de nível III e a unidade de cuidados intermédios (UCInt) de nível II, prestando cuidados a utentes de alto e médio risco, respetivamente, segundo as definições da Classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva (DGS, 2003).

No que se refere ao nível de cuidados, a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2003) recomenda que uma unidade de nível III pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica indispensáveis para corresponder às necessidades de tratamento dos utentes. O mesmo documento recomenda que uma unidade de nível II, deve ter capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, podendo não dispor de meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas, estando em articulação com uma unidade de nível superior.

No decorrer do estágio, foi possível verificar a conexão constante entre estas duas unidades, existindo a transferência de utentes permanente, consoante as alterações nas necessidades de cuidados dos utentes.

Predominantemente, as vias de entrada na UCIP são a partir do SU com patologias do foro médico, ou a partir de um serviço de internamento, quando existe a necessidade de escalar o nível de cuidados do utente, ou ainda a partir do bloco operatório, na sequência dos cuidados pós-cirúrgicos. Não obstante, a transferência para a UCIP obedece a critérios pré-estabelecidos, que consideram as necessidades de substituição e manutenção das funções vitais dos utentes em situação crítica. A permanência na UCIP, como parte integrante do processo de cuidados, estima-se transitória, pelo que um dos critérios de exclusão de utentes é a necessidade de cuidados paliativos ou de fim de vida.

Estes critérios são verificados por um médico afeto à UCIP que, ao receber referenciação de um utente *situ* noutra serviço, procura identificar as suas reais carências para que este utente seja encaminhado para a UCI ou para a UCInt, consoante o nível de cuidados necessário.

No que concerne à equipa de enfermagem, esta é constituída por Enfermeiros de Cuidados Gerais e apenas 3 Enfermeiros Especialistas reconhecidos. Tendo em conta as dotações seguras definidas pelo Regulamento nº 743/2019 da OE, que recomenda que 50% da equipa de prestação de cuidados deve ser especialista, foi possível verificar, segundo informação do enfermeiro orientador, que este critério não é cumprido, o que pode colocar em risco a qualidade e a segurança dos cuidados.

Para avaliar as necessidades de enfermagem e carga de trabalho na UCIP, é utilizada a escala TISS-28 (*Therapeutic Intervention Scoring System*) de forma rentabilizar a gestão dos recursos humanos na UCI, de acordo com a carga de trabalho existente num determinado momento.

A TISS-28, foi validada para a realidade dos cuidados em Portugal em 1996. Queijo (2002), refere-se a esta escala como um sistema de 28 tópicos, que quantifica as intervenções dos enfermeiros junto dos utentes, tendo em conta a complexidade, grau de invasão e o tempo despendido na realização de determinados procedimentos. A mesma autora, afirma que esta escala é maioritariamente utilizada para avaliação da gravidade do utente crítico e por conseguinte passou a ser o instrumento de principal avaliação da carga de trabalho de enfermagem em UCI (Queijo, 2002). A autora reconhece no seu trabalho, a fiabilidade desta escala para produzir dados de forma rápida, fácil e concreta e, rentabilizar a gestão dos recursos humanos na UCI, de acordo com a carga de trabalho existente num determinado momento.

No entanto, Queijo e Padilha (2009) referem que este instrumento não contempla o conjunto real das atividades desenvolvidas pela enfermagem, que incluem tanto a componente assistencial ao utente, como o suporte à família e as funções administrativas (Queijo & Padilha, 2009). Neste sentido, em 2009 as autoras demonstraram, no seu trabalho, que o *Nursing Activities Score* (NAS) é um instrumento confiável e válido para mensurar carga de trabalho de enfermagem, contemplando 80.8% das atividades de enfermagem e descrevendo, aproximadamente, duas vezes mais o tempo gasto pela enfermagem no cuidado ao utente crítico, quando comparado com o TISS-28 (Queijo & Padilha, 2009).

É importante refletir sobre a avaliação das necessidades de enfermagem utilizada nesta UCIP. Tendo em conta o exposto, o instrumento de avaliação utilizado pode refletir um desajuste nas necessidades de enfermagem reais no serviço. Não obstante, os rácios de enfermeiro/utente, estão maioritariamente mantidos dentro das recomendações da Rede de Referenciação de Medicina Intensiva, sendo de 1:2 nos Cuidados Intensivos e 1:3 nos Cuidados Intermédios.

Os elementos da equipa podem ser distribuídos para trabalhar na UCI ou UCInt, consoante a decisão do chefe de equipa, em cada turno e a prestação de cuidados é feita segundo o método individual. Isto permite ao chefe de equipa, coordenar os elementos consoante as suas valências, colocando os mais experientes a cuidar de utentes com maior complexidade de cuidados e ainda, assegurar que estes façam o apoio necessário aos elementos menos experientes. No decorrer do estágio, assisti e participei na integração de novos elementos, o que indica uma preocupação com a consolidação da equipa e com a necessidade de formação contínua dos elementos.

No que se refere à estrutura física da UCIP, foi possível verificar que, esta está disposta de forma a respeitar todas as condições de dignidade ao utente. Nas duas unidades, os utentes

encontram-se em boxes individuais com monitorização contínua por telemetria. Tanto na UCI como na UCInt existem, ainda, 2 quartos de isolamento com pressão negativa. O balcão de enfermagem, fica localizado no centro da sala, com visão ampla sobre todos os utentes. Assim, é possível proporcionar um ambiente que promove a privacidade do utente, e ao mesmo tempo, gerir os cuidados fomentando a segurança e permitindo uma observação sobre o utente por parte de todos os elementos no turno.

Ao longo do ensino clínico, verifiquei que organização e diferenciação são exigências na UCIP, e que requerem um nível elevado de qualificação, assim como uma sólida estruturação, por parte da equipa. Não obstante, para fazer cumprir as exigências do serviço devido à elevada tecnologia envolvida e à complexidade da tipologia de utentes, os enfermeiros desta equipa, devem ser detentores de conhecimentos constantemente atualizados e competências especializadas.

### 1.3. INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA

O EC-Opção foi realizado no INEM, maioritariamente em meio SIV na zona da grande Lisboa. A opção por este local de estágio residiu num grande interesse pessoal e profissional pela prestação de cuidados de enfermagem no ambiente pré-hospitalar. Este é o primeiro contato do utente com os cuidados de emergência e o momento onde se iniciam os cuidados de enfermagem ao utente em situação crítica.

"O INEM é um instituto público integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa e financeira e património próprio" (INEM, 2020b, p.10), assegurando a articulação com os serviços de urgência e/ou emergência nos estabelecimentos de saúde, a nível nacional. A sua *missão* é "garantir o funcionamento eficaz e o desenvolvimento sustentável do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM)" (INEM, 2020b, p.11).

Para cumprir as suas atividades, o INEM integra diferentes meios, como: Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER); Ambulâncias SIV; Ambulâncias de transporte Inter-hospitalar pediátrico (TIP); Ambulância de Emergência Médica (AEM); Motociclos de emergência Médica (MEM); Serviço de Helicópteros de Emergência Médica (SHEM) e Unidades Móveis de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE), Viatura de Intervenção

em Catástrofe (VIC) e ainda, o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e o Centro de Informação Antivenenos (CIAV).

Inicialmente, tive a oportunidade de conhecer o CODU com a colaboração do seu coordenador, que me proporcionou uma explicação pormenorizada do seu funcionamento. Esta visita proporcionou-me uma visão global da complexidade da sua organização, permitindo-me compreender o acompanhamento do utente, desde o início da chamada até à gestão dos recursos mobilizados para e no local.

O primeiro contato do utente com o SIEM acontece via telefónica, através do CODU, onde se efetua a triagem e priorização da queixa principal do utente. O CODU, funciona desde agosto de 2006 com amplitude de nível nacional, subdividido em quatro regiões – Porto, Coimbra, Lisboa e Faro (INEM, 2020b). Segundo a informação obtida na visita ao CODU, dentro do CODU existem equipas com funções definidas que permitem a distribuição das chamadas consoante a sua natureza, por exemplo: atendimento de chamadas do 112, atendimento de chamadas das equipas no terreno, médico assistente, equipa de apoio e intervenção psicológica, CIAV.

O propósito principal do CODU passa pelo atendimento de chamadas para assistência médica, encaminhadas pelo número 112. A triagem das mesmas é efetuada com recurso a fluxogramas pré-estabelecidos informaticamente que determinam o nível de prioridade e, o tipo e quantidade de meios a deslocar para o local. A coordenação destes meios também é da responsabilidade do CODU (INEM, 2020b).

No decorrer da visita ao CODU, foi-me proporcionada a oportunidade de conhecer a equipa de CIAV. O CIAV foi integrado no INEM em 1982, este órgão fornece aconselhamento especializado e indicações adequadas, em situações de intoxicação ou exposição a tóxicos, tanto a profissionais de saúde como ao público geral (INEM, 2020b). Aqui, estão escalados 3 médicos especializados que, por turno, prestam toda a informação necessária sobre qualquer produto existente “desde medicamentos a produtos de utilização doméstica ou industrial, produtos naturais, plantas ou animais” (INEM, 2020b, p.95). Naquele momento, pude observar a metodologia de trabalho e o sistema organizado estabelecido, para responder às questões sobre as diversas substâncias existentes, fornecendo informações como: diagnóstico, toxicidade, prognóstico da exposição e indicações de tratamento.

O trabalho da equipa de CIAV requer uma atualização permanente. Num mundo industrializado em constante inovação, as novas substâncias que vão surgindo requerem um conhecimento completo e pormenorizado, para que as consequências da intoxicação sejam minimizadas (INEM, 2020b). Esta abordagem tem de ser rápida e precisa, pois, todas as informações são dadas via telefone e não existe uma observação direta do utente, dificultando esta função.

Ainda dentro da sede do INEM, existiu a oportunidade de conhecer o funcionamento da Sala de Situação Nacional ou Sala de Crise. Esta sala é ativada consoante a previsão ou necessidade atual perante uma situação de exceção, a partir da qual se passam a gerir e coordenar eficazmente e em estreita articulação, todos os meios do dispositivo do INEM, num teatro de operações (INEM, 2020a).

No momento do estágio, a Sala de Crise estava ativa devido à pandemia SARS-COV2, durante 24h por dia e segundo a informação disponível no site do INEM (2020a) tinha como missão “realizar a gestão dos transportes especializados de casos suspeitos validados e das colheitas de material biológico, acionando os meios e fazendo o seu acompanhamento no terreno” (INEM, 2020a). A ativação desta sala, permitiu que os meios de gestão de utentes como o CODU e o CIAV mantenham a dedicação às situações de urgência e emergência, evitando a sobrelotação dos serviços com as situações relacionadas com o combate à pandemia.

Destaco que toda esta gestão de recursos requer profissionais com uma formação altamente qualificada que determina uma coordenação de equipa eficaz, com os melhores resultados para a população. Realço ainda que a organização estruturada entre o dispositivo INEM e as equipas no terreno, numa situação de exceção como aquela vivida com a pandemia Sars-Cov2, requer um planeamento detalhado e uma formação constante e atualizada dos profissionais.

Ainda sobre os meios INEM com que contatei, tive oportunidade de estagiar numa VMER integrada num hospital da grande Lisboa, durante 3 turnos. A oportunidade de integrar a equipa da VMER permitiu observar a atuação destes profissionais como equipa multidisciplinar e como elementos mais diferenciados, no atendimento em contexto pré-hospitalar.

A VMER é "um meio de emergência médica, altamente diferenciado, de intervenção pré-hospitalar destinada ao acompanhamento do transporte rápido de uma equipa médica ao local onde se encontra o doente" (INEM, 2020b, p.19), tripulado por um médico e enfermeiro com formação específica em Suporte Avançado de Vida (SAV), ministrada pelo INEM. Estes veículos são dotados de uma vasta gama de equipamento como: a) dispositivos de

monitorização e diagnóstico, como o monitor desfibrilhador, ventilador para ventilação invasiva e não invasiva; b) imobilizações para o trauma; c) material de tratamento; d) frigorífico e aquecedor para os fluídos; e) material dedicado aos utentes pediátricos; f) equipamento de proteção individual para a equipa.

As experiências vivenciadas na VMER demonstraram-se como um desafio e um despertar para a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre diversas áreas dos cuidados. É essencial que os elementos destas equipas sejam altamente qualificados e que se mantenham constantemente atualizados nas diversas *guidelines*, através de formação constante e rigorosa, por forma a prestarem um cuidado de qualidade a qualquer pessoa perante as situações de imprevisibilidade. Por outro lado, isto permite um trabalho em equipa síncrono face à rapidez e a destreza necessárias para atuar na complexidade das situações do meio pré-hospitalar, propiciando a adaptação e até criatividade, que só são conseguidas com a experiência e a uniformização da atuação dos elementos da equipa.

Outra experiência surpreendente foi a visita à base do SHEM, em Évora, onde a enfermeira orientadora me proporcionou uma explicação e demonstração sobre o funcionamento e gestão específicos deste meio assim como, os procedimentos característicos para o transporte do utente, quer seja como transporte primário (a partir do local) ou secundário (transferência inter-hospitalar).

A atuação em meio pré-hospitalar é repleta de imprevistos e situações que requerem a análise das condições, dos recursos e ajuste dos procedimentos, para conseguir proporcionar um cuidado com segurança ao utente. A maioria das alterações provocadas no utente podem, também, causar a sua instabilidade. O enfermeiro especialista tem de identificar as necessidades imediatas do utente e os momentos apropriados para a sua intervenção tomando as decisões com base nos princípios, valores e normas mais atualizados.

Como já referido a maioria do ensino clínico foi realizado numa ambulância SIV da grande Lisboa. Este meio foi criado em 2007, com o objetivo de “garantir cuidados de saúde igualmente diferenciados, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa com capacidade de prestação de Suporte Avançado de Vida, cuja tripulação tem a possibilidade de administrar fármacos e realizar atos invasivos, mediante protocolos aplicados sob a orientação médica” (INEM, 2020b, p.21). Para isto a equipa da SIV é constituída por um enfermeiro com

formação em SIV e um Técnico de Emergência Pré-hospitalar com formação em técnicas básicas de emergência e desfibrilhação automática externa.

Neste meio de socorro, os enfermeiros trabalham numa interdependência com o médico do CODU. Tal como referido no Regulamento Profissional do Exercício dos Enfermeiros (REPE, 1996), as intervenções dos enfermeiros dividem-se em autónomas e interdependentes, sendo que no contexto pré-hospitalar, as intervenções interdependentes requerem ações "previamente definidas por protocolos de atuação, algoritmos e/ou planos de ação, que permitem ao enfermeiro ajuizar, organizar, executar, supervisionar e avaliar as suas intervenções" (OE, 2008, p.1).

É nesta interdependência que as competências do enfermeiro especialista são evidenciadas, considerando os limites da sua autonomia, o reconhecimento da necessidade de referenciação, as dificuldades na tomada de decisão promovendo, ao mesmo tempo e em todas as situações, os direitos, a segurança, a privacidade e a dignidade do utente.

## 2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O conceito de competência definido por Le Boterf (2006), é composto por 3 dimensões essenciais: a dimensão dos recursos, que engloba conhecimentos, capacidades e saberes que podem ser mobilizados; a dimensão da ação, em que se considera o desempenho profissional e efeitos produzidos; e a dimensão do distanciamento, que pressupõe uma reflexão e uma análise da prática, possibilitando o desenvolvimento de aprendizagem e a sua transmissão. Como resultado as competências encontram-se em permanente construção, sendo um processo dinâmico que reflete a capacidade de aprendizagem e adaptação a futuras situações.

As competências conferem, assim, ao especialista a sua capacidade de atuar de forma diferenciada mobilizando, tanto os conhecimentos da sua formação inicial, como ainda, aquelas adquiridos pela experiência e aprendizagem contínua.

A prática especializada é caracterizada por Benner, Tanner e Chesla (2009) como um conjunto de ligações que o especialista estabelece, recorrendo a uma capacidade ampliada de reconhecer os padrões e especificidades de uma situação e, desenvolver as respostas possíveis, tendo por base a experiência.

Em concordância, o enfermeiro especialista é definido pela OE (2019a) como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (OE, 2019a, p. 4744), sendo detentor de Competências comuns a todos enfermeiros especialistas, "demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria" (OE, 2019a, p. 4745).

O perfil das competências comuns do Enfermeiros Especialistas é, atualmente, definido pela OE com o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Estas competências foram estruturadas em Domínios que uniformizam a intervenção do enfermeiro especialista, sendo elas: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a).

Para colmatar as minhas necessidades de desenvolvimento no âmbito da aquisição de competências comuns como futura enfermeira especialista, recorri à reflexão e análise das situações vivenciadas através da prática durante os ensinamentos clínicos deste mestrado. Segundo Tojal (2011), “a formação em enfermagem deve ajudar a desenvolver atitudes de análise, de

resolução de problemas e de pensamento crítico sobre os valores e os princípios fundamentais dos cuidados de enfermagem" (Tojal, 2011, p.18).

De seguida, é elaborada uma descrição e reflexão sobre as atividades desenvolvidas, no âmbito dos diferentes domínios das competências comuns, por forma a obter os atributos necessários como futura enfermeira especialista.

## 2.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

O domínio da responsabilidade profissional ética e legal é descrito pela OE (2019a) como a prática desenvolvida pelo enfermeiro especialista, adotando uma conduta responsável, baseada nas normas legais e princípios éticos e deontológicos próprios da enfermagem. Isto reflete um exercício baseado em idoneidades que permitem a tomada de decisão ética e deontológica, para uma prática segura que respeita os direitos humanos e as preferências do utente.

Ao longo dos EC, acompanhei e participei em diferentes processos de tomada de decisão que sempre tiveram por base os princípios da bioética (Beneficência, Não Maleficência, Autonomia e Justiça), juntamente com os princípios orientadores da responsabilidade deontológica dos enfermeiros (responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; respeito pelos direitos humanos dos destinatários dos cuidados; excelência do exercício no desempenho da profissão e na relação com outros profissionais) na defesa do utente e da atuação do enfermeiro (OE, 2015a).

No contexto de prestação de cuidados ao utente em situação crítica, devido às situações desafiantes que se apresentam, é exigido do enfermeiro especialista uma tomada de decisão rápida que, por vezes, suscita questões relacionadas com princípios éticos, deontológicos e legais. Para colmatar estas questões, o enfermeiro especialista deve suportar a tomada de decisão nas normas existentes, na evidência mais atualizada e na experiência.

A prestação de cuidados no SU requer do enfermeiro o desenvolvimento de estratégias para conseguir respeitar a privacidade e intimidade dos utentes. A sobrelotação do SU do EC, evidenciou questões importantes sobre o direito à privacidade e respeito pela intimidade dos utentes.

Nestes espaços os utentes estão, muitas vezes, a poucos centímetros uns dos outros e torna-se um desafio, quase criativo, conseguir preservar a privacidade dos utentes, recorrendo a

estratégias de utilização de lençóis ou biombos ou até deslocando a maca para outra zona, para prestar cuidados.

Também no ambiente pré-hospitalar, as situações requerem a análise das condições, dos recursos e ajuste dos procedimentos, para conseguir proporcionar um cuidado com segurança e privacidade do utente. Muitas vezes, no terreno à promoção da privacidade e a dignidade do utente, apesar de não ser o ideal.

Já na UCIP as condições para respeitar a dignidade e a privacidade, são facilitadas pela estrutura do serviço, pela disposição dos utentes em boxes individualizadas e pelo rácio de enfermeiros que permite prestar cuidados num ambiente calmo, fomentando a privacidade e o respeito pela dignidade do utente e promovendo os seus direitos.

É fundamental que o enfermeiro tenha na sua base de atuação os interesses do utente, quer ao nível dos seus direitos, quer ao nível dos princípios éticos básicos. Nesta sequência, a prestação de cuidados em contexto de urgência requer que o enfermeiro tome decisões baseadas em fazer o melhor pelo utente, sem causar danos, atendendo a igualdade e equidade de todos os utentes e à promoção de decisões, informadas e esclarecidas por parte do utente, sobre a sua condição de saúde e o seu cuidado (OE, 2015a).

Numa situação de urgência, (tal como em qualquer outro contexto) a prestação de cuidados com base na justiça está subjacente a qualquer intervenção. No entanto, muitas vezes, o utente crítico não tem a capacidade de tomar decisões, como é exemplo o utente inconsciente que pela sua condição crítica, pode não ter plena capacidade de utilização das suas funções mentais, pelo que o princípio da autonomia se revela uma tarefa árdua de fazer cumprir.

É importante realçar que, os princípios da beneficência e não maleficência são pilares das decisões tomadas no contexto crítico, tendo em consideração que a maioria das alterações provocadas no utente podem, também, causar a sua instabilidade. As intervenções devem ser sempre baseadas em fazer o bem, não provocando danos. Neste sentido, o enfermeiro especialista é o profissional que demonstra capacidade superior de tomada de decisão sobre o cuidado ao utente crítico, tendo por base os princípios éticos e deontológicos fundamentais da enfermagem em concordância com os direitos do utente.

Destaca-se ainda, a importância dos direitos do utente como estando inerentes à prestação de cuidados. Um destes direitos refere-se à informação do utente e família. Particularmente, a informação à família é um dever reforçado no código deontológico do enfermeiro e cabe ao

enfermeiro adequar o nível de informação e a sua transmissão, sem prejudicar o sigilo e a confidencialidade. Numa época tão peculiar como a que vivemos com a pandemia do SARS-COV2, a informação ao utente e aos familiares permite a gestão da ansiedade de ambos e um contato mais aproximado com os seus cuidados, tendo em conta o regime em vigor sem visitas ou de horário reduzido.

Considero de extrema importância realçar o sistema de informação existente no SU, onde estagiei. Aqui, existia uma equipa dedicada à prestação de informações à família (via telefone), de todos os utentes presentes no SU há mais de 24h, quando estes se encontram em áreas de ambulatório. Já nas UO, a informação aos familiares é assegurada (via telefone) pela equipa de enfermagem em horários estipulados pelo serviço, na manhã e na tarde. Na UCI existia um regime de visitas organizadas que permite o contacto direto entre os utentes e os seus familiares e no pré-hospitalar a informação é prestada *in loco*, existindo uma preocupação com o apaziguamento das emoções e do stress que a situação de urgência inesperada pode suscitar.

Na mesma perspetiva, o envolvimento do utente e família nos seus cuidados e a adoção de uma linguagem assertiva e esclarecedora, permitem a obtenção de um consentimento informado, quando possível. No entanto, a gestão eficaz do tempo, o estado de instabilidade do utente, a alteração neurológica e incapacidade de compreensão, podem apresentar-se como um desafio à integração do utente/família nos seus cuidados, pelo que numa urgência, muitas vezes, impera o consentimento presumido, considerando as situações descritas no Artº8 da Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001 de 3 de janeiro, atuando segundo os princípios de beneficência e não-maleficência. Contudo, independentemente do ambiente, é inerente à prática do enfermeiro especialista, assegurar o respeito do utente à escolha e à autodeterminação, respeitando os seus valores, costumes e crenças.

Tal como refere Meleis *et al* (2000, p. 12), “as mudanças na saúde e doença dos indivíduos criam um processo de transição, e clientes em transição tendem a ser mais vulneráveis a riscos que, por sua vez, podem afetar sua saúde”. A mesma autora aponta os enfermeiros como sendo, participantes ativos no cuidado do utente e da família, durante os processos de transição, isto proporciona ao enfermeiro um lugar facilitador na preparação do utente/família, para os processos de transição. Meleis (2000) indica ainda que, o conhecimento é “potenciador para aqueles que o desenvolvem, para aqueles que o utilizam, e para aqueles que dele beneficiam” (Meleis *et al.*, 2000, p.17). Assim, a compreensão do processo de transição potencia o

desenvolvimento de cuidados de enfermagem adaptados às experiências únicas dos utentes/famílias, promovendo respostas saudáveis à transição.

Muitas vezes, foi possível verificar o esforço para integrar o utente e a família. Por exemplo, quando no SU, o familiar que acompanha o utente é uma fonte de informação que permite compreender o problema atual e o estado prévio do utente, assim como as suas preferências. No pré-hospitalar existia a preocupação de explicar os procedimentos que iríamos fazer, procurando obter o consentimento do utente, quer para as intervenções, quer na decisão de transporte para o hospital.

Os enfermeiros especialistas têm de ser criativos e adaptáveis na prestação de cuidados ao utente em situação crítica ou de emergência, tendo em conta o ambiente, a gestão do tempo e a limitação dos recursos e meios, proporcionando ao utente os cuidados diferenciados necessários e, simultaneamente, direcionando as ações da equipa de enfermagem de acordo com os princípios éticos e deontológicos básicos.

## 2.2. DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE

A melhoria da qualidade é uma obrigação ética, contribuindo para a redução de riscos evitáveis, para a equidade e o respeito na prestação dos cuidados (Ribeiro, Martins, & Tronchin, 2017).

No que respeita à melhoria da qualidade, está previsto no código deontológico do enfermeiro, que este tem o dever de exercer a profissão com recurso aos conhecimentos científicos e técnicos mais atualizados, respeitando a vida, a dignidade humana e o bem-estar da população, através da adoção de medidas que assegurem a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (OE, 2015a).

O enfermeiro especialista evidencia as suas funções como elemento de referência no âmbito da melhoria da qualidade através da criação de sistemas de qualidade em saúde, que envolvam a equipa multiprofissional. Sendo um profissional inserido na instituição de saúde, o enfermeiro especialista deve ser proactivo em reconhecer o seu nível de competências e criar protocolos que melhorem os cuidados prestados aos utentes, com base na evidência mais atualizada. Estes protocolos devem refletir a *praxis* e os objetivos que satisfazem os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Desta forma, o enfermeiro especialista é o

responsável por detetar as necessidades de formação e desenvolvimento do conhecimento dentro da equipa, e que visem o aprimoramento dos cuidados prestados.

Para desenvolver competências neste domínio, foram detetadas algumas necessidades de desenvolvimento de conhecimentos no que concerne à prática da enfermagem forense. Nos 3 contextos de EC, foi apontado pelos enfermeiros que esta era uma necessidade, visto não existirem protocolos para atuação nas vítimas de foro forense. Sendo esta, uma área de grande interesse particular, decidi desenvolver trabalhos de melhoria nesta área, adaptados aos diferentes contextos (Apêndices I e II).

Como exemplos, no SU foi elaborado um "Fluxograma de Atuação na vítima por arma - Cadeia de Custódia" complementado por um "Guião" de consulta sobre a mesma temática (Apêndice I), com a discriminação pormenorizada dos elementos desse fluxograma e a sua justificação com base na bibliografia científica atualizada. Na UCI, foi efetuada a partilha de informações e esclarecimentos, sobre a prestação de cuidados ao utente do foro forense e preservação da cadeia de custódia, recorrendo a conversas informais com os colegas da equipa, com base em evidência atualizada. Por último, na SIV, foi realizado um trabalho que permite, conhecer algumas orientações para atuar em concordância com os cuidados especiais inerentes à vítima de crime por arma branca ou de fogo e à preservação da Cadeia de custódia, em contexto pré-hospitalar (Apêndice II). Tendo, ainda, apresentado o meu trabalho, em *webinar*, para vários elementos do INEM.

Apesar da importância da formação contínua, existem diversos motivos para que a formação não disponha do investimento que lhe é merecido. Considerando a sobrecarga dos horários e a desmotivação das equipas para investirem na formação, o enfermeiro especialista deve ser o elemento estratega que motiva e procura a mudança comportamental de forma perspicaz, realizando formações e estimulando o pensamento crítico da equipa. Posto isto, a minha intervenção procurou ir de encontro às lacunas existentes nos EC e às necessidades apontadas pelos enfermeiros, procurando desenvolver instrumentos práticos e que, de alguma forma, fossem atrativos para motivar à sua utilização.

Outro aspeto de relevância no desenvolvimento deste domínio, foi a promoção de um ambiente seguro na prestação de cuidados. Apesar de existirem várias ferramentas adjuvantes para a prestação de cuidados, o conhecimento teórico atualizado deve estar na base de qualquer intervenção para diminuir a probabilidade de erro e aumentar a segurança nos cuidados. Para

este efeito, a consulta de protocolos e documentos de atuação nos diferentes estágios, foi crucial para adotar uma atitude antecipatória das necessidades do utente e preventiva de complicações decorrentes dos cuidados. Alguns exemplos dos documentos consultados, foram: protocolo de prevenção de úlceras de pressão e prevenção de quedas; protocolo de administração terapêutica; protocolo de procedimentos e algoritmos da SIV; protocolo de atuação da equipa de emergência interna; protocolo de transferência de utentes intra/inter-hospitalar, entre outros.

Outra forma de garantir a melhoria dos cuidados, é através do seu registo. Os registos são elementos de consulta, partilha de informação e avaliação das intervenções, que permanecem guardados na posteridade. A OE, através dos padrões de qualidade, evidencia a existência de um sistema de registos como um elemento essencial, na organização dos cuidados de enfermagem e na procura pela excelência (OE, 2012).

Para Mendes (2013) os registos de enfermagem são descritos como uma oportunidade de produzir indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem que dependem da quantidade e qualidade dos dados que os originam. A mesma autora enfatiza que a "qualidade dos cuidados de saúde prestados está, atualmente, muito dependente da informação partilhada entre os vários níveis do sistema de saúde" (Mendes, 2013, p.13).

Ao longo dos EC, foi possível verificar, o esforço para reproduzir em registos informáticos, os cuidados prestados aos utentes. Apesar dos registos serem uma preocupação constante no trabalho dos enfermeiros, muitas vezes, a sua produção pode ser menos acurada ou negligenciada, em prol do tempo para prestação de cuidados diretos ao utente. Vários podem ser os fatores para este fenómeno: o stress, a exigência dos cuidados, a rapidez, a sobrecarga de trabalho ou a própria impossibilidade perante o contexto do momento.

Foi possível verificar que nos contextos de SU e SIV, existe uma maior dificuldade em efetuar registos no momento da prestação de cuidados, pelo que estes são feitos posteriormente, num momento mais oportuno, podendo fomentar registos incompletos, básicos, sem individualidade e que não refletem todo o trabalho desenvolvido com o utente.

No SU, todos os registos de avaliação dos utentes são informatizados, existindo momentos estabelecidos para a sua execução em cada turno (além dos registos isolados de alterações), por forma inserir estes momentos na organização do trabalho. São ainda, registadas escalas de risco na avaliação inicial dos utentes, que englobam: risco de úlcera de pressão, risco de quedas e escala de grau de dependência. Na UCI, existe um conjunto de registos essenciais preconizados

e de atualização constante, que englobam: escalas de risco de quedas e úlcera de pressão, escalas diferenciadas afetas a cada condição (ex.: escala de Ramsay, Richmond Agitation-Sedation Scale, Behavioral Pain Scale); registo regular de sinais vitais e monitorização hemodinâmica, avaliação do utente no início e final do turno e ainda, consoante as alterações decorridas ao longo do turno. Nos meios do INEM, observei que os registos são executados conforme a situação, muitas vezes, isto só é possível no final da ocorrência, ou a caminho do hospital, devido à dificuldade de interromper as atividades para registar alterações.

Os sistemas informáticos utilizados são diferentes em todos estes contextos de estágios, no entanto, considero importante salientar o sistema ITEAMS (INEM Tool for Emergency Alert Medical System) desenvolvido pelo INEM. Segundo a informação disponibilizada no site do INEM, "o ITEAMS foi desenvolvido com base em escalas com fundamento científico e que permitem aferir, de forma rápida, a gravidade dos doentes e, assim, agilizar o processo do socorro... é uma ferramenta de registo clínico e de suporte interativo entre o CODU e os meios que estão no terreno" (INEM, 2020c). Este sistema pretende ser uma inovação na ligação entre o pré-hospitalar e os hospitais do SNS, facilitando a transmissibilidade de informação entre pré-hospitalar e intra-hospitalar. No entanto, neste momento, apenas alguns hospitais aderiram a esta ferramenta, sendo ainda um sistema em evolução.

Quanto à metodologia de passagem de informação, nos locais dos EC, é utilizada essencialmente a metodologia ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation) que, segundo a DGS permite uma "comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente" (DGS, 2017). Além disto, a linguagem utilizada é a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), fornecendo uma base comum na formulação dos registos. A CIPE acorda uma linguagem comum os enfermeiros de forma a refletirem de forma unanime, o trabalho que desempenham na prestação de cuidados, permitindo a partilha de informação com o intuito de obter ganhos em saúde (OE, 2016).

A produção de registos de enfermagem estruturados, que utilizam uma linguagem comum CIPE, permitem a construção de informação a ser utilizada no processo de tomada de decisão para facilitar a continuidade de cuidados. É desta forma que considero que, na perspetiva da enfermagem especializada, a promoção de registos estruturados e detalhados, é uma necessidade que deve estar patente na prática como na formação dos enfermeiros. A CIPE é um instrumento em atualização e nesse sentido, é fulcral que o enfermeiro especialista seja um

elemento atualizado dentro da equipa e motive a equipa para expor os seus cuidados através dos registos.

No sentido desenvolver a análise de situações, utilizando a metodologia CIPE, foram realizados 3 trabalhos de reflexão sobre situações experienciadas nos EC que estão apresentadas nos apêndices III, IV e V. Estes documentos refletem sobre a prestação de cuidados e o desenvolvimento de competências como futura enfermeira especialista, utilizando a linguagem comum CIPE como ferramenta de produção de dados.

### 2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS

A gestão, é uma área da enfermagem especializada que, visa a otimização das respostas da equipa de enfermagem, em articulação com a equipa de saúde, para garantir a segurança e qualidade das tarefas efetuadas e delegadas (OE, 2019a).

Alguns autores defendem que, o papel da gestão na enfermagem, ocupa um lugar na linha da frente, produzindo cuidados que respondem às elevadas expectativas dos utentes, não desfavorecendo o nível de qualidade e a segurança dos cuidados e ainda, permitindo manter a equipa motivada (Potra, 2015).

Nas suas diversas competências, o enfermeiro especialista tem de gerir os cuidados que executa e que delega, dentro da equipa multidisciplinar, otimizando as respostas da equipa, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados. Em concordância, reconhece, ainda, as distintas e interdependentes funções de todos os membros da equipa, fomentando um ambiente positivo e favorável à prática (OE, 2019a).

Primeiramente, é importante referir a importância da integração numa equipa multidisciplinar, como um imperativo na prestação de cuidados de excelência. Esta integração deve ser eficaz e organizada, para que exista uma complementaridade entre as competências de cada elemento. Sheehy (1998) refere que “uma das características inerentes aos cuidados de urgência é a integração na equipa. Em nenhuma outra vertente dos cuidados de saúde é tão importante o trabalho em equipa e o respeito mútuo. A qualidade dos cuidados assenta neste conceito de equipa” (Sheehy, 1998, p.5).

Ao longo dos EC, foi possível verificar a importância do trabalho em equipa nos diferentes contextos. Na prestação de cuidados ao utente em situação crítica, é fundamental que exista

uma integração eficiente dos elementos da equipa de enfermagem, entre si e com a equipa multidisciplinar, para que o trabalho seja desenvolvido de forma fluente, complementando as diferentes áreas de atuação no utente crítico. Portanto, o enfermeiro especialista atua como um elo de conexão entre os diferentes elementos da equipa, participando na construção da tomada de decisão em equipa, desempenhando o papel de consultor na sua área de especialidade.

Como reflexo das suas competências, o enfermeiro especialista garante o estabelecimento de uma ligação de cooperação entre a equipa multidisciplinar, afirmando-se como um líder de referência no desenvolvimento dos projetos da equipa e da instituição.

Várias são as funções que o enfermeiro especialista pode desempenhar dentro equipa, como a gestão logística e de recursos humanos, formador, avaliador dos cuidados, promotor de projetos e investigador. Todo este trabalho envolve preparação e organização de modo a manter a equipa motivada para que o nível de máximo empenho e qualidade sejam assegurados, garantindo ao mesmo tempo, a segurança do utente e dos profissionais.

No decorrer dos EC, foram diversas as situações em que tive oportunidade de acompanhar os enfermeiros orientadores nas suas funções de gestão, assim, como participar na tomada de decisão em equipa.

No SU como na UCIP, o coordenador de turno tem, uma panóplia de tarefas a desenvolver: organizar os recursos existentes; agilizar a transferência de utentes; gerir as vagas e as necessidades do serviço; equilibrar a distribuição dos utentes com as competências dos elementos da equipa e assim, gerir os recursos de forma eficiente fomentando a melhoria da qualidade. Neste processo, a comunicação é essencial para que o coordenador consiga conhecer o essencial do que ocorre no serviço e possa responder às necessidades de gestão dos utentes, dos cuidados e dos profissionais, no imediato. Neste sentido, é fundamental que o coordenador seja detentor de competências de gestão e de liderança que lhe permitam, articular as diferentes funções que lhe são exigidas.

Durante o EC no INEM, foram diversas as oportunidades de acompanhar as funções da orientadora como: organização de horários, coordenação de equipas e gestão de logística, principalmente no âmbito do combate à pandemia SARS-Cov2. Nestes momentos, compreendi as complexidades inerentes às metodologias de gestão e as adaptabilidades necessárias à resolução de problemas.

Outra das características afeta às competências do enfermeiro especialista, é o seu reconhecimento como elemento de referência. O enfermeiro especialista, como membro mais diferenciado na equipa de enfermagem assume o papel de líder, contudo reconhece as suas capacidades e os seus limites. O seu nível de autonomia é ditado pelas suas habilidades, conhecimentos e competências e delimitado pelos protocolos e normas estabelecidos. Declarar a enfermagem como uma profissão autónoma pressupõe a capacidade de juízo crítico e tomada de decisão na prestação de cuidados, tal como refere o código deontológico do enfermeiro, que afirma que o enfermeiro é responsável “pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega” (OE, 2015<sup>a</sup>, p.8078). Algo que já faz parte da minha conduta como enfermeira a exercer funções num SU, é o reconhecimento dos limites subjacentes à minha prática e à necessidade de encaminhamento das situações para os profissionais competentes, nas diferentes áreas.

Ainda no âmbito da gestão, um fator fulcral a ter em consideração é a gestão de recursos humanos de acordo com as dotações seguras. Tal como descrito pela OE, as dotações seguras de um serviço, garantem a quantidade de enfermeiros necessários para a prestação de cuidados, refletindo “a adequação dos recursos humanos face às características demográficas da população, aos perfis de saúde e de doença, às tecnologias de saúde e à maior diversidade de métodos e metodologias de gestão, garantindo, a qualidade e segurança, ... através do reforço dos cuidados de enfermagem, de acordo com as melhores práticas e recomendações internacionais” (OE, 2019b, p.128). Nos diferentes contextos, foi possível verificar o comprometimento das equipas e dos coordenadores para que os cuidados sejam efetuados dentro das recomendações normativas da OE.

A UCIP, é um local que exige um rácio de enfermeiro/utente rigoroso, para garantir a segurança do utente. Aqui, as dotações seguras são asseguradas no que se refere ao rácio de enfermeiro/utente, no entanto não cumprem os requisitos relativos à formação especializada, apresentando um número reduzido de enfermeiros especialistas, tal como já foi descrito no capítulo 1. Na SIV, o número de elementos é fixo, tendo em consideração que na falta de um elemento, o meio fica inoperacional, se não existir um elemento de fora para preencher o turno. Esta situação pode significar um risco acrescido para a população, pois, é menos um meio de socorro em funções no atendimento da comunidade e se considerarmos que no meio pré-hospitalar cada minuto é fulcral, no elo de sobrevivência, o atraso no atendimento de um utente pode colocar em risco a sua vida.

Por sua vez, no SU as dotações seguras são definidas em elementos por turno (tal como já referido anteriormente neste relatório) e existe ainda, uma diferenciação entre os elementos mais experientes no serviço e os mais novos. Desta forma, a contabilização de enfermeiros é diferente para elementos experientes e elementos menos experientes. Como resultado, é assegurada a existência de elementos com competências mais diferenciadas para preencher os lugares de maior complexidade, como seja a Sala de Emergência.

Outra área fulcral da gestão em enfermagem é a avaliação dos cuidados prestados, na procura da melhoria da qualidade. Para este efeito, (tal como já mencionado) os registos são uma ferramenta fundamental para documentar, fundamentar e avaliar a atuação dos enfermeiros. O enfermeiro especialista, deve participar na avaliação dos cuidados, tendo por base os indicadores de qualidade definidos no serviço e fazendo cumprir os requisitos dos diferentes órgãos normativos e de acreditação. Neste sentido, primeiramente o enfermeiro especialista deve identificar as necessidades existentes através dos métodos de avaliação e formar a equipa, fazendo deste um processo contínuo.

Considero relevante expor um método de gestão de recursos, observado na UCIP, que considerei inovador. Nos locais de armazenamento de consumíveis, a identificação do material inclui o seu preço por unidade. Desta forma, existe uma ponderação e uma autoconsciência, para que todos sejam gestores do material que utilizam. Este sistema, funciona como um adjuvante à planificação dos cuidados, consciencializando para evitar o desperdício. A UCIP é um serviço que requer uma gestão de recursos rigorosa e cujos consumíveis podem atingir preços elevados, assim, o sistema instaurado fomenta a ideia de que todos são responsáveis pela gestão de material e gastos no serviço.

Segundo Potra (2015) a gestão em enfermagem deve assegurar que os contextos de cuidados respondam às necessidades dos profissionais e dos utentes, quer em recursos humanos quer materiais. Considero que, as diferentes experiências aqui nomeadas, contribuíram bastante para compreender as metodologias de gestão que, requerem do enfermeiro especialista as competências para colmatar as necessidades existentes nos contextos e lhe fornecem as ferramentas para adaptar as normas à realidade, procurando sempre obter ganhos em saúde com a maior segurança para o utente, mas também para a equipa.

## 2.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

O desenvolvimento do processo de aprendizagem para o enfermeiro se tornar especialista ou mestre numa determinada área requer, uma reflexão, identificação e avaliação das capacidades, competências e lacunas do próprio. A partir daqui o enfermeiro especialista deve desenvolver a sua prática baseando-se em evidências atuais, projetando-se como um líder na execução de projetos de formação, assessoria e investigação que fortaleçam os conhecimentos e as práticas na sua área de especialidade.

A perícia profissional é conseguida através da aprendizagem adquirida com a experiência. Benner sugere que “o perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder com soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p.54). Phaneuf (2005), refere que as habilidades aplicadas pela enfermeira na sua da prática, derivam de qualidades e atitudes individuais, desenvolvimento de conhecimentos científicos e experiência pessoal.

Reconheço que a prestação de cuidados ao utente em situação crítica, requer um vasto leque de aptidões e habilidades pelo que, senti a necessidade de pesquisar e validar conhecimentos, considerando a elevada diferenciação necessária nos contextos de estágio. Procurei oportunidades de aprendizagem diversificadas, que me permitissem sair da área de conforto e, desenvolver o autoconhecimento e a assertividade para melhorar a minha prestação de cuidados. Isto permitiu-me aprimorar o meu raciocínio crítico e despertar a atenção para a abordagem do utente segundo uma visão global, baseada na evidência científica, perspetivando o desenvolvimento dos cuidados especializados.

No SU, participei numa ação de formação interna sobre "Encaminhamento de doentes triados de azul e verde para os cuidados primários", que apresentou os dados colhidos, relativamente ao encaminhamento de utentes não urgentes, segundo protocolo da DGS. Esta experiência, proporcionou-me a consolidação de conhecimentos adquiridos em diversas temáticas abordadas nas Unidades Curriculares do mestrado: ao nível da Investigação, da Supervisão e da Gestão em enfermagem. Permitindo-me, ainda, compreender a aplicabilidade e os contributos reais, desse trabalho para gestão de utentes e do próprio serviço e ainda, o papel fundamental do enfermeiro especialista no desenvolvimento da investigação em enfermagem.

Durante o estágio de opção, fui convidada a participar na discussão final dos estudos de caso apresentados pelos elementos do curso de SIV. Esta revelou-se uma de oportunidade de partilha de conhecimentos, bastante enriquecedora. Foi evidente que os profissionais desta área são treinados para conseguirem atingir um grande sentido de pensamento crítico que colocam na análise da sua prática, evidenciando uma das competências essenciais do enfermeiro especialista que é o desenvolvimento do autoconhecimento e a assertividade, permitindo-me também, incrementar esta competência.

A prestação de cuidados no pré-hospitalar requer um vasto leque de conhecimentos em diversas áreas, pois, a tipologia de utentes é extremamente variada, pelo que a equipa tem de estar preparada para prestar cuidados a todo o tipo de utentes, nas mais diversas situações. O enfermeiro que presta cuidados na ambulância SIV, depara-se com a tomada de decisões em contextos que lhe podem ser menos familiares. Nestes momentos, os conhecimentos teóricos e os práticos complementam-se, para produzir os melhores resultados para os utentes. Para isto, a formação contínua e o desenvolvimento de investigação baseada na prática quotidiana, são ferramentas essenciais para que os conhecimentos sejam transmitidos aos diversos elementos que prestam cuidados em pré-hospitalar.

Durante o desenvolvimento de estágio na SIV, foi uma prática comum o desenvolvimento de momentos de *debriefing* após a prestação de cuidados. Estes momentos de reflexão, proporcionam uma base mais sustentada para corrigir os erros e melhorar as minhas intervenções, desenvolvendo ainda o autoconhecimento, num contínuo de aprendizagem.

Ainda na UCIP acompanhei a equipa da EEMI, (Equipa de Emergência Médica Interna) da UCIP, de forma a observar a articulação entre os diferentes membros desta equipa com a equipa do serviço ativador e, todo o plano estabelecido para mobilizar os recursos e corrigir a situação de forma eficaz e coordenada. Esta experiência permitiu-me refletir sobre as capacidades de liderança e atuação em situação de pressão.

No desenvolvimento de competências no âmbito do domínio das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista deve desenvolver o autoconhecimento, como deve ser interventivo, no desenvolvimento de projetos que criem conhecimento pertinente para a equipa. O enfermeiro especialista tem um dever acrescido de manter os seus conhecimentos atualizados de acordo com os mais recentes desenvolvimentos tecnológicos e evidências científicas, emitidas na área da saúde, para isto o desenvolvimento de projetos de investigação junto da equipa, devem

produzir as evidências mais atualizadas que permitam ir de encontro às necessidades da equipa e da instituição.

O delinear dos meus objetivos foi efetuado com recursos à estruturação inicial de projetos de estágio em cada contexto, que orientaram o meu percurso e me guiaram na procura de aprendizagens relevantes e direcionadas para atingir os meus objetivos.

A aprendizagem sobre protocolos de atuação específicos, a integração nas diferentes equipas, a participação na partilha de conhecimentos constante assim como, a prestação de cuidados aos utentes nos diferentes contextos, foram experiências que permitiram o desenvolvimento de aprendizagens tanto pessoais como profissionais e permitiram o desenvolvimento de competências comuns como futura enfermeira especialista e mestre na área do cuidado ao utente em situação crítica.

Ao longo deste capítulo, foram descritos diversos momentos e processos de aprendizagem que permitiram desenvolver novos processos de tomada de decisão, baseados nos conhecimentos adquiridos e nos fortes padrões de conhecimentos existentes, nesta área de especialidade.

### **3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Neste capítulo, será descrita uma análise reflexiva sobre as experiências que vivenciei e as relações que efetuei, ao longo dos EC, para desenvolver as competências exigidas como futura enfermeira especialista e mestre, na área da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

O Regulamento n.º 429/2018 da OE define as Competências Específicas do enfermeiro especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Este regulamento reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com a área de especialidade dentro da Enfermagem Médico-cirúrgica, inerentes à prestação de cuidados de enfermagem especializados, nos diferentes contextos de intervenção (OE, 2018).

A OE, definiu os padrões de qualidade dos cuidados específicos da enfermagem na área da pessoa em situação crítica, através do Regulamento nº361/2015 de 26 de junho. Estes pretendem ser uma ferramenta de referência norteadora da prática especializada na área da pessoa em situação crítica.

As competências da área de especialidade juntamente com os padrões de qualidade definidos pela OE e a formação base, conferem ao enfermeiro especialista os recursos fundamentais para a prestação de cuidados mais eficiente, com o nível de qualidade exigido de cuidados altamente qualificados.

#### **3.1. CUIDA DA PESSOA A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA**

É imposto ao enfermeiro especialista que este desenvolva competências específicas que evidenciem a sua compreensão dos processos de doença, a capacidade de resposta rápida e sistematizada e o pensamento crítico e antecipatório das complicações decorrentes da situação clínica e dos próprios cuidados prestados.

Uma competência essencial do enfermeiro especialista é “prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (OE, 2018, p.19363). Para isto, a abordagem do utente deve ser feita de forma holística, tendo em consideração o indivíduo, o contexto e a família, potenciando os melhores resultados possíveis.

Nos diferentes contextos, a diversidade de intervenções passou por: colaborar em procedimentos técnicos de elevada complexidade, controle sintomático, estabilização hemodinâmica, SAV, previsão e correção de situações de instabilidade, entre outros. Nestas situações deparei-me com a necessidade de tomar decisões em tempo útil, que exigiram uma base teórica sólida e uma atuação dirigida e eficaz. Ao longo dos ensinamentos clínicos, foquei-me na procura de instrumentos que auxiliassem a minha tomada de decisão e intervenção. O SU, a UCI e até o pré-hospitalar constituem ambientes com características singulares que requerem a uma abordagem sistematizada, focada na prevenção da instabilidade do utente e das complicações decorrentes dos cuidados.

Como ferramentas essenciais da intervenção em urgência, as abordagens sistematizadas são potentes marcos no tratamento em contexto de emergência, facilitando a gestão de tempo e reconhecimento precoce da deterioração clínica. Como exemplo, a abordagem segundo o algoritmo ABCDE (Airway/Breathing/Circulation/Disability/Exposure) permite a “identificação das condições potencialmente fatais e o início do tratamento emergente de forma contínua e sequencial permite evitar a deterioração da condição clínica ” (INEM, 2019, p.7). Tal como definido pelos padrões de qualidade do enfermeiro especialista, a prevenção de complicações é possível através da “identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas da pessoa em situação crítica...para evitar esses mesmos problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis” (OE, 2015b, p.17342). Esta metodologia ABCDE foi uma das ferramentas utilizadas nos diferentes contextos ao longo dos EC, sempre que se verificou a necessidade de prestar cuidados ao utente urgente, sendo esta uma abordagem que permite a deteção precoce de problemas e antecipar situações de instabilidade e gravidade.

Os diferentes contextos clínicos, permitiram o contacto com uma grande variedade de condições, que me proporcionaram o desenvolvimento de competências quanto à administração de protocolos terapêuticos complexos, assegurando um ambiente seguro para o utente e atuando com vista à prevenção de complicações.

Uma situação que considere importante, ocorreu durante o estágio na SIV, onde colaborei na aplicação do “Protocolo de taquicardia”, com administração de adenosina, numa vítima consciente e orientada, com Taquicardia Supraventricular, traduzida no eletrocardiograma (ECG), após validação com o médico assistente do CODU. Todos os procedimentos foram explicados ao utente assim como, os efeitos secundários da terapêutica e, foi obtido o consentimento informado. Posteriormente, administraram-se 6mg de adenosina, (sob

monitorização cardíaca contínua), revertendo para Taquicardia sinusal, verificado no segundo o ECG de controlo, com melhoria da dor torácica e seguidamente, o transporte para hospital decorreu sem intercorrências.

Este foi um momento importante para a consolidação de competências relacionadas com: o estabelecimento de relação terapêutica com o utente/família; com a prestação de informações ao utente com vista à obtenção de consentimento informado; com a aplicação de protocolos terapêuticos complexos; com estabelecimento de um plano terapêutico que previne as complicações e garante um ambiente seguro. O papel do enfermeiro especialista foi fundamental para o sucesso da intervenção na observação do utente, na identificação dos focos de instabilidade e na antecipação de situações de maior risco. Por outro lado, o envolvimento do utente durante todo o processo foi essencial para manter o controlo sobre os fatores de stress e mal-estar associados à dor e à administração da terapêutica instituída.

Outra situação marcante durante o estágio na UCIP foi a prestação de cuidados, em colaboração com a equipa multidisciplinar, numa situação de Paragem Cardiorrespiratória (PCR), decorrente da prestação de cuidados. Esta situação ocorreu durante a prestação de cuidados e, mais especificamente a aspiração as secreções de um utente ventilado, este iniciou um quadro de PCR, que foi revertida com sucesso, através de uma atuação rápida, coordenada e eficaz de toda a equipa. O planeamento dos cuidados do utente foi discutido e planeado previamente com o orientador, existindo uma necessidade inadiável de assegurar a via aérea. As intervenções foram efetuadas em conjunto com o enfermeiro orientador do EC, durante a prestação de cuidados existia uma monitorização contínua do utente e os cuidados inerentes à aspiração de secreções em utentes ventilados foram assegurados. No entanto, a sua condição clínica de instabilidade, levou a que este utente tivesse um limiar de atuação bastante ténue e a execução de um procedimento essencial à manutenção das suas funções vitais, foi suficiente para destabilizar o utente.

Esta situação gerou alguns sentimentos de incerteza e insegurança, pois o contato com utentes ventilados é sempre um momento de maior dedicação, que requer um rigor e planeamento minuciosos e, como enfermeira em SU, o contato com este tipo de utentes não é tão regular como o desejado, para manter as minhas aptidões e destreza acuradas. No entanto, em discussão com o enfermeiro orientador, pude compreender melhor que este é um quadro que não é incomum e que é neste momento que o enfermeiro especialista, tem o papel fundamental de planear os cuidados e com o objetivo de prevenir as complicações como centro das suas

intervenções. A monitorização e vigilância do utente é uma grande responsabilidade dos enfermeiros. O enfermeiro é evidentemente o profissional que maior contacto temporal tem com os utentes, sendo o elemento na linha da frente na antecipação dos processos de declínio orgânico e provisão de respostas eficientes.

Outro aspeto importante na prestação de cuidados à PSC, são os momentos da transição de cuidados. Estes momentos são vulneráveis para a segurança do utente como, é exemplo, a transferência para outro nível de cuidados. Esta transição deve obedecer a uma comunicação eficaz entre as equipas devendo ser normalizada pela técnica ISBAR e evitando as falhas mais comuns de comunicação entre profissionais de saúde, como: as omissões de informação, erros, falta de precisão e a falta de priorização das atividades (DGS, 2017).

O transporte destes utentes envolve sempre riscos, no entanto, a sua justificação baseia-se na necessidade de fornecer um nível superior e especializado de cuidados, ou até para realizar exames complementares de diagnóstico e tratamento (MCDT), não exequíveis no serviço ou na instituição onde o utente se encontra (SPCI, 2008).

Apesar da decisão do transporte de utentes ser da competência médica, o planeamento do transporte é feito em equipa com o enfermeiro, considerando: coordenação, comunicação, estabilização, a equipa e sua diferenciação, equipamentos disponíveis, o meio de transporte e toda a documentação de referenciação (SPCI, 2008). Isto, "permite a antecipação de problemas, nomeadamente a preparação de terapêutica e equipamento adequados ao transporte" (SPCI, 2008, p.28).

No contexto pré-hospitalar, o grau de estabilidade/instabilidade do utente é um fator determinante nesta decisão, sendo o enfermeiro no local, aquele que detém o conhecimento e autonomia para avaliar a situação e definir quais as necessidades prioritárias do utente. A decisão de transporte com enfermeiro é tomada em conjunto com o médico regulador após a passagem de dados ao CODU, permitindo uma gestão dos meios diferenciados mais eficaz e assertiva consoante o grau de gravidade do utente crítico.

Além da instabilidade dos utentes, os processos de dor e ansiedade dos utentes, estão frequentemente associados ao utente crítico a vivenciar processos de doença aguda. O enfermeiro especialista tem as aptidões e competências para fazer a gestão da dor e do bem-estar do utente crítico, otimizando as respostas diferenciadas adequadas de combate à dor, quer sejam farmacológicas ou não farmacológicas.

No âmbito da enfermagem, a prevenção e o controlo da dor são pilares básicos, fundamentais da atuação do enfermeiro. Teixeira e Durão (2016) afirmam que a dor “está quase sempre presente na pessoa em situação crítica, tendo esta impacto no estado geral do indivíduo” (Teixeira & Durão, 2016, p.135). As autoras afirmam que a gestão da dor deve englobar um conjunto de intervenções desde a avaliação, monitorização e tratamento, mantendo um contínuo de avaliação da eficácia destas intervenções através do recurso a escalas apropriadas.

No que se refere à gestão da dor do utente crítico, a Ordem dos Médicos (2020) recomenda que "deve ser priorizada a analgesia sobre a sedação, mantendo o nível mínimo de sedação necessário em cada momento" (OM, 2020, p.1). No entanto, Mata *et al* (2021) afirmam que isto requer uma maior disponibilidade e competências variadas, por parte dos enfermeiros, assim como, mais recursos para o aumento da vigilância e para evitar as consequências adversas dos baixos níveis de sedação.

Outro fator potenciador do mal-estar, é a ansiedade. O utente que vivencia processo de doença aguda vê, de um momento para o outro, o seu quotidiano alterado, além de estar em sofrimento, pelo que se torna essencial intervir para a estabilização tanto emocional do utente como física. Pinto (2011) afirma que no caso do utente crítico a sedo-analgesia permite o alívio da ansiedade, promove o conforto e facilita a prestação de cuidados.

Este fato foi observado por diversas vezes, no contexto pré-hospitalar, como no contexto de SU e UCI. Ao longo dos diferentes contextos dos EC, recorri a diferentes instrumentos de avaliação da dor como são exemplo: a escala numérica da dor em SU e pré-hospitalar; a escala de avaliação da sedação Ramsay, escala de desorientação/agitação RASS, e BPS utilizadas na UCIP. A capacidade de avaliação do utente e das suas necessidades, permitiu-me o desenvolvimento de diferentes estratégias para assegurar a estabilização do utente, quer a nível físico, quer a nível emocional.

Outra competência essencial do enfermeiro especialista é a “gestão da comunicação que fundamenta a relação terapêutica” (OE, 2018, p.19363). Como tem sido descrito ao longo deste relatório, existiram momentos em que a comunicação com o utente foi um momento fundamental na prestação de cuidados, quer para a gestão da ansiedade, quer para a estabelecer a confiança com o utente ao longo da relação terapêutica, quer ainda para fornecer ao utente as informações necessárias para que este seja envolvido nos seus cuidados e tome decisões informadas e esclarecidas.

No decorrer dos EC, existiram diversas ocasiões que me proporcionaram a capacidade de praticar técnicas e estratégias de comunicação e desenvolver o meu discurso, adaptado às necessidades dos utentes. Numa ocasião específica, um utente demonstrava períodos de agitação acrescida e alguma desorientação. No entanto, aplicando técnicas de comunicação, consegui perceber que apesar de ter uma agudização grave da sua situação clínica, a sua maior preocupação era o afastamento de casa e dos familiares, não compreendendo a necessidade de permanecer num hospital afastado da sua área de residência. Após alguma conversa, o utente passou a ser muito mais colaborante e comunicativo, não apresentando mais períodos de agitação ou desorientação durante a minha prestação de cuidados.

Outra área importante da intervenção do enfermeiro especialista, no âmbito da comunicação, é a comunicação de más notícias e a facilitação do processo de luto. A comunicação de más notícias é um papel presente no quotidiano do enfermeiro que presta cuidados ao utente em situação crítica. No seu espectro de intervenção, o enfermeiro depara-se muitas vezes, com a necessidade de transmitir à família a notícia da morte e colaborar na gestão de emoções decorrentes do processo de luto.

Nos diferentes contextos da prática, existiram momentos que necessitaram de uma preparação do utente ou dos familiares para compreenderem a informação que lhes era prestada, tendo sempre o cuidado de ajustar a linguagem ao utente e à complexidade da situação. É necessário que o enfermeiro especialista demonstre conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação, adaptando a comunicação à complexidade da situação.

Por exemplo, no pré-hospitalar, a situação de morte de um ente querido pode ser um momento de grande stress para a família que é surpreendida pela notícia. Uma das dificuldades que encontrei neste contexto, foi a transmissão da notícia da morte a uma esposa e a gestão do seu nível de stress. Após planear uma estratégia de abordagem, tentei estabelecer uma comunicação empática que permitisse a preparação para a notícia, no entanto, após fazer a transmissão da notícia, a reação da esposa foi difícil de gerir, demonstrando angústia e sofrimento extremos, pelo que foi necessário utilizar medidas de conforto e redutoras de stress, para que a esposa conseguisse ultrapassar aquele momento.

Tendo em consideração os elementos descritos, considero que a obtenção de competências para prestar um cuidado de excelência ao utente em situação crítica não é um processo elementar e requer uma panóplia vasta de conhecimentos, experiência, reflexão contínua, aptidões da gestão

e liderança e ainda, uma relação bastante trabalhada com o utente a vivenciar um processo de doença aguda e a família.

### 3.2. DINAMIZA A RESPOSTA A SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE OU EMERGÊNCIA MULTIVÍTIMA, DA CONCEÇÃO À AÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2019), as catástrofes são desastres em grande escala, que podem provocar consequências significativas para a saúde pública, o bem-estar e desenvolvimento da saúde. Estas provocam repercussões a nível, económico, político e social, que podem ser devastadores na fase aguda e a longo termo.

Numa situação de catástrofe, os enfermeiros desempenham papéis fulcrais trabalhando, muitas vezes, em condições difíceis, com recursos limitados. Nestas situações, as funções dos enfermeiros são diversas, desde: *first responders*, triagem, coordenação, aconselhamento, informação e educação. Contudo, os sistemas de saúde e a prestação de cuidados durante um desastre, apenas podem ser bem-sucedidos quando os enfermeiros detêm as competências e habilidades fundamentais para dar uma resposta rápida e eficaz (ICN, 2019). O International Council of Nursing (ICN) define, os seguintes domínios da atuação da enfermeira de catástrofe: preparação e planeamento, comunicação, sistemas de gestão de incidentes, segurança e proteção, avaliação, intervenção, recuperação e lei e ética (ICN, 2019).

Perante um cenário de exceção, a preparação e a formação são elementos essenciais. O Regulamento nº 429/2018, define que nas competências do enfermeiro especialista deve estar vinculada a sua atuação como elemento conhecedor, formador e dinamizador do plano de catástrofe junto da equipa.

Do enfermeiro especialista é espectável que demonstre conhecimentos sobre a gestão de uma situação de emergência e catástrofe, cenário multivítimas ou situação de exceção. O enfermeiro especialista, como líder na implementação e gestão do plano de catástrofe, tem um conhecimento profundo do plano de catástrofe da sua instituição para elaborar a sua atualização constante segundo as necessidades do momento vivido.

O cenário atual de pandemia por SARS-COV2 requer responsabilidade *major* para o sucesso das medidas implementadas, englobando: a gestão de cuidados; gestão de recursos; gestão da equipa (atendendo a fatores como a motivação e a exaustão); organização estrutural do serviço;

e articulação com diferentes unidades e profissionais, a nível nacional. A pandemia SARS-Cov2 veio colocar à prova todas estas competências, que evidenciam o enfermeiro especialista como um elemento-chave na gestão e, na permanente adaptação às exigências, de uma situação de exceção imprevista e desconhecida.

Para adquirir competências, neste campo, consulte e analisei os planos de catástrofe e emergência existentes nos locais de estágio. A minha atenção virou-se para a comparação entre as diferenças e adaptações feitas nos contextos de estágio, tendo em consideração a sua aplicação atual no cenário de pandemia por SARS-COV2. Uma das evidências observadas foram as reestruturações efetuadas quer a nível das infraestruturas, como ao nível da reorganização das equipas e da prestação de cuidados, por forma a responder às necessidades que se verificaram com a sobrelotação de utentes.

Na UGP, a situação pandémica está prevista no plano de catástrofe, dentro das "situações de baixa intensidade e longa duração" com alta transmissibilidade nosocomial. Na altura da sua elaboração, o plano de catástrofe estava vocacionado para a atuação na pandemia por vírus Ébola, na realidade atual, no momento do estágio esta situação foi adaptada à pandemia SARS-COV2. Neste plano, as orientações técnicas e estruturais englobam procedimentos inerentes à prestação de cuidados, utilização de equipamento de proteção individual e circuito do utente. Destaco assim, a capacidade adaptativa e organizativa da UGP, sendo que esta tem um papel fundamental na resposta imediata às situações de emergência/catástrofe.

Durante o estágio na UCIP verifiquei que a situação de pandemia também está prevista no Plano de Emergência Hospitalar do Hospital B, no entanto, a gravidade da pandemia requereu reestruturações constantes ao longo do tempo. Como exemplo, no início do meu estágio, a UCIP ainda estava dívida entre: área COVID, na zona da UCI e área Não COVID, na zona da UCInt. A diferença da tipologia de utentes nestas áreas, era determinada pela elevada quantidade de utentes com necessidade de isolamento devido à pandemia SARS-Cov2. Posteriormente, com a diminuição de utentes críticos com necessidade de isolamento, estas unidades voltaram ao seu funcionamento normal, utilizando os quartos de isolamento com pressão negativa existentes nas duas unidades para os utentes com SARS-Cov2.

Nestes casos, o papel do enfermeiro especialista, foi destacável devido às suas competências de gestão em catástrofe, garantindo a concordância da prestação de cuidados com as *guidelines* mais atuais. A pandemia Sars-Cov2 veio colocar à prova todas estas competências, que

evidenciam o enfermeiro especialista como um elemento-chave na gestão e, na permanente adaptação às exigências, de uma situação de exceção imprevista e desconhecida.

Outra experiência que considerei bastante enriquecedora foi a integração na equipa multiprofissional perante um cenário de multivítimas (7 adultos e 3 crianças) com intoxicação por Monóxido de Carbono. Onde integraram diversos meios como: Polícia de Segurança Pública, bombeiros, sapadores, SIV e VMER.

Uma das premissas fundamentais de atuação em pré-hospitalar, é garantir as condições de segurança no local, quer para os utentes quer para os profissionais. Isto foi verificado, pois a equipa de socorro só avançou quando surgiu a ordem de condições de segurança asseguradas. A atuação em equipa foi coordenada pelo médico no local e pelo chefe de viatura dos sapadores, com a colaboração da enfermeira da SIV. A atuação da enfermeira especialista da SIV foi fundamental como elemento de referência devido à sua experiência e capacidade de liderança. O líder da equipa pré-hospitalar é uma parte crucial na dinâmica da equipa, direcionando as atribuições estratégicas apropriadas aos membros da equipa, certificando-se que todas as tarefas são realizadas, com base na sua habilidade e proficiência (Lynn & Lieberman, 2019). Esta posição deve ser assumida pelo elemento mais diferenciado no local, reconhecido pelas suas competências técnicas e organizacionais (Lennquist, 2012).

Durante a ocorrência, coordenei as minhas intervenções com a enfermeira orientadora da SIV, no sentido de intervir de forma rápida e organizada, perante a complexidade do cenário. Todos os utentes foram avaliados no local e transportados para o hospital, sem intercorrências. No final foi feito um *debriefing* entre os elementos da SIV, para determinar possíveis melhorias de atuação na próxima ocorrência. No *debriefing*, identificaram-se algumas lacunas no desenvolvimento dos procedimentos, que acabaram por ser colmatadas no decorrer dos mesmos, devido à intervenção diferenciada e experiente da enfermeira especialista.

Considerando o que foi observado e vivenciado nos diferentes EC, é possível depreender que o enfermeiro especialista deve ser capaz de se afirmar como um líder e elemento de referência com formação específica, experiência prática e conhecimentos vastos e atualizados, quando existe um cenário de exceção ou catástrofe.

### 3.3. MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E OU FALÊNCIA ORGÂNICA.

As infeções são um problema permanente e que requer uma dedicação reforçada por parte de todos os profissionais de saúde, tal como afirma a DGS, (2018, p.4) "as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial" (DGS, 2018, p.4). As IACS acarretam implicações para as instituições de saúde, para os utentes e para a comunidade, tais como: aumento da morbilidade e a mortalidade, prolongamento do tempo de internamento e aumento de gastos em saúde (DGS, 2018).

No que se refere à atuação do enfermeiro especialista, o Regulamento nº 429/2018 prevê que este seja proficiente na gestão dos cuidados considerando o risco de infeção associado aos cuidados de saúde e produzindo respostas eficazes na prevenção, intervenção e controlo da infeção" (OE, 2018, p.19364).

Na sua esfera de intervenções, o enfermeiro especialista é um elemento na vanguarda da prevenção e controlo de infeção, mantendo-se atualizado e pró-ativo na conceção e atualização dos planos de prevenção e controlo de infeção, na implementação de estratégias e procedimentos dentro da equipa, para fazer cumprir o Plano Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (PNPCIRA), instituindo a formação e supervisão dos procedimentos instaurados (OE, 2018).

Nos diferentes EC foi possível verificar que esta uma função de extrema importância no quotidiano do enfermeiro especialista. Na UGP como na UCIP são efetuados procedimentos invasivos que devem ser executados segundo critérios escrupulosos de assepsia, promovendo a segurança do utente e a prevenção de complicações relacionadas com as IACS.

Na UGP verifiquei que, na prestação de cuidados, o tempo de atuação é categórico e recursos, por vezes, limitados. Nestas circunstâncias, poderia existir uma propensão para priorizar os cuidados urgentes, em detrimento de uma atitude de boas práticas de controlo de infeção pois, isto poderia significar o atraso nas intervenções. Na realidade, a coordenação da equipa multidisciplinar, permite que as diretrizes de boas práticas no controlo de infeção e assepsia, sejam uma constante no desenvolvimento dos cuidados, e principalmente são os enfermeiros que demonstram uma preocupação maior com a aplicação destas medidas.

Por sua vez, na UCIP os utentes estão mais vulneráveis a múltiplas infeções que podem decorrer da prestação de cuidados, sobretudo: procedimentos invasivos, terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora e internamentos prolongados. Morais (2017) afirma que com o desenvolvimento tecnológico na área da saúde, verifica-se o aumento do uso de dispositivos invasivos para monitorização e tratamento, que são portas de entrada artificiais para os microrganismos, levando a infeções na corrente sanguínea, nas vias respiratórias e/ou nas vias urinárias.

Na UCIP, foi possível verificar a existência de estratégias para a prevenção e controlo das IACS como; Bundles, Checklist e supervisão efetuada pelos elementos ligados à equipa de controlo de infeção dentro do hospital. Existe ainda, uma preocupação constante dos enfermeiros em planear a sua intervenção, por forma a antecipar as necessidades de material e diminuir as suas deslocações, principalmente na prestação de cuidados ao utente em isolamento. Ainda, a utilização de EPI completos adequados a cada situação é gerida tendo em conta o tipo de isolamento a que o utente está sujeito.

A realçar ainda, que o trabalho em equipa é evidente nesta UCIP, sendo fundamental no planeamento e execução dos cuidados, promovendo a prevenção da infeção cruzada. Neste contexto, a experiência de planear os cuidados e executar procedimentos segundo um nível de excelência diferenciado providenciou-me a oportunidade de desenvolver conhecimentos especializados na área da prevenção e controlo de infeção no utente crítico.

No atendimento pré-hospitalar existe um risco acrescido de infeção, tendo em conta que muitos ambientes não fornecem as condições de limpeza e assepsia ideais. Neste meio, o risco para os profissionais de saúde também é amplificado, quer pela escassez de informação sobre o utente, quer pelos riscos inerentes aos ambientes físicos ou pela limitação de recursos. No contexto de pandemia por SARS-COV2, para além do que já seria praticando anteriormente, existe, hoje, a preocupação de identificar os utentes infetados com SARS-COV2, permitindo à equipa de pré-hospitalar, adequar os equipamentos de proteção individual, como outras medidas necessárias.

No EC em pré-hospitalar deparei-me com algumas dificuldades para fazer cumprir os princípios de prevenção de infeção. Muitas vezes, estas dificuldades foram superadas recorrendo aos materiais existentes no local ou através de estratégias de adaptação. Para isto, os conceitos de precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) foram determinantes para conseguir prestar os melhores cuidados, promovendo a prevenção de infeção. As PBCI são definidas pela DGS

como “um conjunto de boas práticas desenvolvidas e padronizadas, a implementar consoante os procedimentos clínicos e os seus riscos inerentes” (DGS, 2018, p.6).

É uma preocupação constante do enfermeiro especialista fazer cumprir as PBCI assim como, as precauções específicas de isolamento de um agente. Ao longo do meu estágio, procurei compreender o nível de exigência que a prestação de cuidados ao utente em situação crítica requer na adequação das medidas de prevenção e controlo de infeção. Proporcionando-me competências que me permitissem desenvolver conhecimentos e um pensamento crítico a prevenção e controlo de infeção no utente crítico.

## **PARTE II: A PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA – PROJETO DE INVESTIGAÇÃO**

## 1. FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO

O estudo de investigação apresentado, foi elaborado com base no documento emitido pela Ordem dos Enfermeiros “Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, inserido no programa dos Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2013).

O estudo foi desenvolvido num SU, situado num Hospital da Grande Lisboa, doravante denominado “Hospital X”.

### 1.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os SU têm a missão de responder às necessidades de todos os utentes que procuram os seus serviços e a triagem é um elemento fundamental no SU para a priorização de utentes, representando o início do processo de prestação de cuidados.

Atualmente, os SU deparam-se com um elevado afluxo de utentes, conduzindo a sua sobrelotação. Este fenómeno exige uma gestão dos utentes do serviço, por forma a garantir a organização do serviço e dos recursos e a priorizar as situações que carecem de atendimento imediato. Torna-se, assim, imprescindível a existência de um sistema de triagem que garanta, em tempo adequado, a assistência dos utentes consoante o grau de gravidade (DGS, 2001).

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) foi criado em 1994 no Reino Unido e implementado em Portugal pelo Grupo Português de Triagem (GPT), no ano 2000 passando a ser implementado nos SU segundo o Despacho nº 1057/2015 de 2 de fevereiro do Ministério da Saúde, admitindo este sistema como uma ferramenta reconhecida internacionalmente, pela sua eficácia na gestão de cuidados de saúde em contexto de urgência hospitalar.

O STM foi criado com o objetivo expresso de estabelecer um consenso, entre médicos e enfermeiros do SU, quanto à criação de normas de triagem, utilizando uma metodologia sólida e, uma nomenclatura e definições comuns. Este sistema de triagem de prioridades consiste na atribuição de 5 cores correspondentes a 5 categorias de prioridades, definidas segundo tempos de espera até ao primeiro contacto médico (GPT, 2010; Mackway-Jones, Marsden, & Windle, 2014).

Assim temos na tabela 1:

**Tabela 1** - Prioridades do Sistema de Triagem de Manchester

<b>Categoria</b>	<b>Cor</b>	<b>Tempo até 1º contacto médico</b>
<b>Emergente</b>	Vermelho	0 minutos
<b>Muito Urgente</b>	Laranja	10 minutos
<b>Urgente</b>	Amarelo	60 minutos
<b>Pouco Urgente</b>	Verde	120 minutos
<b>Não Urgente</b>	Azul	240 minutos
<b>Outros Casos - Cor Branca</b>		

(Adaptado de Grupo Português de Triagem, 2010)

O processo de triagem requer a recolha de informações pertinentes sobre o utente contemplando a compreensão das suas necessidades e os fatores que as influenciam. Para desenvolver uma triagem de qualidade e segurança para o utente, o enfermeiro triador deve possuir competências bem desenvolvidas no âmbito do Processo de Tomada de Decisões Críticas.

As fases do Processo de Tomada de Decisões Críticas na triagem são definidas pelo GPT (2010) como: identificação do problema; colheita e análise das informações; avaliação das alternativas; seleção e implementação da hipótese mais adequada; e monitorização e avaliação os resultados.

O Processo de Tomada de Decisões Críticas requer, ainda, características bastante comuns ao enfermeiro, como: *raciocínio* intuitivo e dedutivo na análise das informações fornecidas pelo utente; *reconhecimento de padrões*, comparando os sinais e sintomas atuais, tendo por base a sua própria experiência; *formulação repetitiva de hipóteses*, com recurso à perícia para testar ou eliminar suposições; *representação mental*, focando o mais pertinente; e *intuição*, intimamente ligada à perícia do enfermeiro e reconhecida como a combinação entre a capacidade de ver o utente de forma holística e a experiência (GPT, 2010).

Tendo por base o Processo de Tomada de Decisões Críticas, o papel principal do enfermeiro na triagem é atribuir a prioridade exata aos utentes. No entanto, existem outras atividades inerentes a esta função como: a) encaminhamento e referenciação dos utentes; b) prescrição de exames complementares; c) prestação de primeiros socorros; d) administração de analgésico/antipirético/anti-hipertensivo segundo protocolos estabelecidos; e) prestação de informações sobre o STM e funcionamento do SU; f) promoção da saúde; g) gestão de utentes e acompanhantes, etc.

Numa perspetiva global, a execução de uma triagem adequada de acordo com os padrões definidos pode produzir ganhos em saúde, para qualquer pessoa que procura os cuidados do SU. O enfermeiro deve ir ao encontro das necessidades do utente como centro dos seus cuidados fazendo cumprir os enunciados dos padrões de qualidade definidos.

Os padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem visam a implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade, que têm como objetivo a reflexão sobre os cuidados de enfermagem. Os enunciados descritivos de enfermagem constituem-se assim, como um instrumento importante que ajuda a determinar o papel do enfermeiro e a representar os cuidados de enfermagem (OE, 2012).

A execução de uma triagem de qualidade reflete-se, segundo os seguintes enunciados descritivos: *Satisfação do doente*, valorizando as suas crenças e valores no momento de valorizar as suas queixas; *Promoção da saúde*, durante o momento de triagem, tal como preconizado pelo GTP; *Prevenção de complicações*, efetuando uma reavaliação (retriagem) quando necessário, ou solicitado; *Organização dos cuidados e gestão dos cuidados*, tendo em conta: a existência de um sistema de melhoria contínua, através das auditorias internas e externas ao STM; a satisfação dos enfermeiros e monitorização da mesma no desenvolvimento do STM; e a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade (OE, 2012).

No sentido de definir o conjunto de aspetos, relacionados com os indicadores de qualidade, relevantes para a produção de dados de enfermagem, surge o “Resumo mínimo de dados de enfermagem (RMDE)”. Segundo a OE (2007), este documento condensa o conjunto mínimo de condições respeitantes às dimensões específicas da enfermagem, englobando os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, de forma que estas condições correspondam às necessidades de informação dos diferentes utilizadores dos dados de saúde (OE, 2007).

A "Satisfação dos enfermeiros" faz parte do RMDE, sendo classificado como um indicador de estrutura, que deve ser avaliado segundo uma escala a definir para o efeito. Esta classificação é feita com base nos indicadores de qualidade de Avedis Donabedian. Segundo a descrição efetuada por Avedis Donabedian, no seu modelo de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde “estrutura-processo-resultado”, um indicador de estrutura, descreve o ambiente físico e organizacional em que a assistência à saúde é entregue, onde se incluem os profissionais de saúde e as suas qualificações (Donabedian, 2005).

Para que os dados de saúde sejam passíveis de análise, é necessário que exista ainda, uma linguagem comum. Para isto, a CIPE, é a ferramenta que permite a produção de focos e intervenções de enfermagem, baseados numa nomenclatura comum a todos os enfermeiros. No que concerne aos focos de enfermagem, este trabalho compreende os focos "Satisfação profissional" e "Satisfação com cuidados de saúde", segundo a CIPE versão 2015. "Satisfação" é descrita como *Status* cuja definição é: "Característica: condição da pessoa relativamente a outras; posição relativa de uma pessoa" (OE, 2016). Estes focos, representam o ponto de partida para compreender o nível de satisfação dos enfermeiros no desenvolvimento do processo de triagem no SU.

## 1.2. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

O SU em estudo, utiliza o STM para a classificação de prioridades dos utentes admitidos, cumprindo as normas estipuladas pelo GPT e os padrões de qualidade definidos para o serviço.

O ato de triagem é responsabilidade exclusiva dos enfermeiros. Esta função complexa de definir prioridades para cada problema e tomar decisões, leva a que os enfermeiros evitem desempenhar funções nesta área. Este facto foi motivo de reflexão para se perceber o porquê e se este assunto era impactante ao ponto de ser objeto de estudo.

Neste sentido, realizaram-se entrevistas em pequenos grupos, e individuais, junto dos enfermeiros triadores para apurar informação e identificar algumas insatisfações no decorrer da triagem. Destas entrevistas resultaram um conjunto de razões de insatisfação e foram referidos alguns fatores dificultadores do desempenho de uma triagem que cumpra com os padrões estipulados e que, ao mesmo tempo, consiga explorar a principal queixa do utente. As entrevistas mostraram ser um instrumento essencial para fazer o diagnóstico de problema.

Apresentam-se de seguida os resultados das entrevistas que mostram as dificuldades mencionadas as mais comuns:

- Efetuar tarefas administrativas - processo moroso por questões informáticas;
- Falta de conhecimento dos utentes sobre o STM;
- Interrupção para reclamações, solicitações e prestar informações, constantemente;
- Limite de 3 minutos para realizar a triagem - principalmente nas queixas inespecíficas;

- Limite de 10 minutos até à triagem - é uma dificuldade quando o serviço está sobrelotado;
- Queixas inespecíficas - representam uma dificuldade em escolher, rapidamente, o fluxograma e atribuir a prioridade correta;
- O STM não deteta determinadas situações regulares. Ex: Crise hipertensiva;
- Utentes tentam manipular o enfermeiro triador, agudizando ou exagerando as queixas.;
- A insegurança e/ou a necessidade de gestão de utentes leva a *overtriage* ou *undertriage*;
- Violência verbal e física por parte dos utentes e familiares contra o enfermeiro triador;
- Falta de renovação e atualização na formação de triagem.

### **1.2.1. Principais dificuldades do enfermeiro triador**

A triagem é um processo que envolve grande responsabilidade com recurso a um processo sistematizado de tomada de decisão num curto espaço de tempo, o que pode gerar a perceção de algumas dificuldades e/ou insatisfações por parte dos enfermeiros triadores.

No sentido de compreender o problema sobre as insatisfações e dificuldades acerca do desenvolvimento da triagem efetuada uma pesquisa bibliográfica com base na questão: “Qual a perceção dos enfermeiros triadores quanto a insatisfações e dificuldades que possam sentir e/ou influenciar o seu desempenho na triagem num serviço de urgência?”. Esta pesquisa foi efetuada através da base de dados online *B-on* e Repositórios dos Institutos Politécnicos de Leiria, de Viseu e da Universidade do Porto, utilizando os descritores: triagem de Manchester, satisfação dos enfermeiros na triagem. Na pesquisa bibliográfica, esquematizada no Quadro 1, foram contemplados os estudos:

- I.** "Dificuldades percecionadas e grau de Satisfação dos enfermeiros que fazem Triagem de Manchester nos serviços de urgência" (Freitas, 2014).
- II.** "Triagem de Manchester: satisfação dos enfermeiros" (Salgueiro, 2019).
- III.** "Sistema de Triagem de Manchester Satisfação dos profissionais de saúde do Serviço de Urgência Básica" (Fonseca, 2021).

Os estudos analisados compreendem um espaço temporal entre 2014 e 2021, o que proporciona uma visão evolutiva ao longo dos anos sobre o tema. Através da pesquisa bibliográfica foi possível reunir uma série de dados que fornecem uma base de partida para compreender a percepção dos enfermeiros triadores quanto a insatisfações e dificuldades que possam sentir e/ou influenciar o seu desempenho na triagem.

**Quadro 1 - Apresentação da pesquisa bibliográfica**

<b>"Dificuldades percebidas e grau de Satisfação dos enfermeiros que fazem Triagem de Manchester nos serviços de urgência" (Freitas, 2014)</b>	
<b>Objetivos do estudo</b>	Analisar as dificuldades percebidas pelos enfermeiros triadores e caracterizar o seu grau de satisfação com o STM, relacionando com as características sociodemográficas da amostra.
<b>Tipo de estudo</b>	Quantitativo, correlacional e transversal
<b>Instrumento de colheita</b>	Questionário
<b>Amostra</b>	183 enfermeiros
<b>Resultados</b>	Na generalidade, os inquiridos estavam satisfeitos com o seu desempenho na triagem. Foi reportado com maior satisfação, a utilização do STM em sistema informático, o contacto com utentes com diferentes queixas e autonomia na tomada de decisão, em contrapartida os itens que revelaram as maiores dificuldades foram as queixas dos utentes relativamente ao tempo de espera para o atendimento médico e as queixas inespecíficas dos utentes, no momento da triagem.
<b>"Triagem de Manchester: satisfação dos enfermeiros" (Salgueiro, 2019)</b>	
<b>Objetivos do estudo</b>	Analisar as características demográficas do utente do SU e o motivo de procura, relacionando as prioridades atribuídas e o cumprimento dos tempos de atendimento preconizados e analisar a percepção e a satisfação dos enfermeiros com a aplicação do STM.
<b>Tipo de estudo</b>	Quantitativo, descritivo-correlacional e analítico
<b>Instrumento de colheita</b>	Análise de base de dados Inquérito
<b>Amostra</b>	177.937 casos entre 01/01/2017 e 31/12/2017 113 enfermeiros
<b>Resultados</b>	A procura do SU é maior na população do sexo feminino e idoso, sendo o motivo principal doença. Os tempos de espera preconizados apresentam valores discrepantes quanto ao seu cumprimento. Globalmente, os enfermeiros consideram-se satisfeitos com o STM, considerando-o fiável e benéfico para os utentes. Em contrapartida, as instalações de triagem e a percepção dos utentes sobre o STM, foram apontados como as maiores insatisfações.
<b>"Sistema de Triagem de Manchester Satisfação dos profissionais de saúde do Serviço de Urgência Básica" (Fonseca, 2021)</b>	
<b>Objetivos do estudo</b>	Analisar a satisfação dos profissionais de saúde de um Serviço de Urgência Básica em relação ao STM.
<b>Tipo de estudo</b>	Descritivo exploratório
<b>Instrumento de colheita</b>	Inquérito
<b>Amostra</b>	25 – Médicos (8) e Enfermeiros (17)
<b>Resultados</b>	Mais de 3/4 dos profissionais consideram o STM fiável, sendo os itens de maior satisfação a organização do serviço e a contribuição para o correto encaminhamento do utente no SU. Por outro lado, os conhecimentos dos utentes acerca da triagem e a aceitação em relação aos tempos de espera os itens de maior insatisfação.

Considerando os estudos analisados é possível constatar que existem algumas diferenças nas dificuldades percebidas pelos profissionais nas diferentes amostras.

No que respeita à falta de informação por parte dos utilizadores do SU, nomeadamente sobre o STM e a sua aplicação, os enfermeiros veem constantemente a necessidade de fornecer explicações sobre o STM, os tempos de espera, a percepção de alguns utentes passarem à frente, etc. Isto propicia interrupções constantes na sala de triagem podendo prejudicar o seu fluente desenvolvimento.

Relacionado com este problema, existe ainda a questão dos utentes violentos e agressivos com os enfermeiros da triagem, sendo estes de mais fácil acesso. Estes momentos, também, são geradores de interrupções podendo atrasar os tempos definidos pelos padrões de qualidade da triagem. Neste conjunto não se incluem os utentes com distúrbios que possam propiciar a violência, mas apenas os utentes que escalam o seu nível de ansiedade e agressividade devido aos diversos fatores de stress que se podem observar num SU.

Apesar dos estudos efetuados admitirem uma satisfação global com o processo de triagem, existem algumas insatisfações expressas pelos enfermeiros nos diferentes estudos que são concordantes entre si e com as informações que serviram de ponto de partida para a identificação de insatisfações no SU em estudo.

### 1.3. PERCEBER AS CAUSAS DO PROBLEMA

A compreensão das causas potenciais das dificuldades e insatisfações dos enfermeiros triadores, implica considerar algumas das práticas, normas e protocolos instaurados, pois, a procura pela satisfação do utente e a qualidade dos cuidados, tende a tornar esta atividade cada vez mais exigente. Considerando as entrevistas individuais e a pesquisa bibliográfica efetuada, é possível considerar alguns fatores para estas insatisfações.

Primeiramente, os SU representam um acesso fácil aos serviços de saúde, o que leva ao problema da sua sobrelotação e, conseqüentemente, ao aumento do tempo de espera. Isto poderia ser reduzido com uma rede de CSP organizada e eficiente, que desse resposta às necessidades de cuidados crónicos ou de rotina (Salgueiro, 2019).

Por outro lado, os indicadores de qualidade estabelecidos para a triagem são definidos em tempo, sendo eles: o utente deve demorar o máximo de 10 minutos desde a admissão até à triagem e, que essa triagem deve ser feita num período igual ou inferior a 3 minutos (Amaral, 2017; Silva, 2009). Isto pode revelar fatores de stress e dificuldades para os enfermeiros, principalmente se existir sobrelotação do serviço.

No que se refere à tipologia de utentes, o GPT (2010) refere determinados aspetos como possíveis desafiadores na avaliação concreta das queixas do utente, de que são exemplo: problemas de desorientação e/ou memória; ansiedade; barreiras na comunicação (língua estrangeira, gestual ou incapacidade de se expressar); dificuldades de aprendizagem; má acuidade auditiva; utentes abusivos ou agressivos; utentes manipuladores tentam exagerar as queixas ou direcioná-las para serem atendidos precocemente; utentes sob influência de álcool, com alteração do estado de consciência (GPT, 2010).

Estes exemplos apresentam um desafio para a avaliação rápida dos utentes e as suas queixas podem ser difíceis de enquadrar num fluxograma adequado. Por outro lado, o enfermeiro é um especialista qualificado com capacidades de avaliação precisas e que, são postas à prova quando a queixa do utente não tem relação aparente com as observações do enfermeiro.

A avaliação da dor pode representar outro fator desafiante. Sendo subjetiva, a dor, deve ser avaliada com tal, segundo as escalas definidas. No entanto, um utente que verbaliza uma dor nível 10, mas refere que continua a desenvolver as suas atividades normais, requer que o triador aplique estratégias para reconhecer o motivo que leva àquela valorização (GPT, 2010). Esta questão pode ser um fator de demora para uma triagem rápida, clara e verídica.

Este conjunto de fatores pode influenciar a pressão, as insatisfações e dificuldades sentidas pelos enfermeiros, podendo considerar-se uma problemática, diretamente relacionada com o nível de cuidados prestados, sendo os utentes o centro da problemática em questão. Para ultrapassar isto, o enfermeiro deve dominar técnicas de comunicação para se relacionar com o utente/família e executar uma entrevista objetiva e clara da situação, fazendo cumprir os padrões de qualidade que definem uma triagem segura para os utentes.

## 2. ASPETOS METODOLÓGICOS

O estudo desenvolvido teve como objetivo inicial construir uma investigação-ação, no entanto, pelas condicionantes de autorização no contexto e limitações temporais, não foi possível.

O método de investigação-ação, sendo uma metodologia que emerge da necessidade de provocar mudança, relevando a prática baseada nas evidências, integrando a experiência clínica individual e a evidência externa proveniente da pesquisa sistemática, caracteriza-se por ser participativa e contextualizada, promovendo a reflexividade crítica e contribuindo para uma literacia em saúde funcional, interativa e crítica (Wright et al., 2018). Desta forma, as pessoas afetadas pelo problema em estudo são envolvidas, para melhorar a qualidade da investigação (Wright et al., 2018).

Amado (2017) afirma que esta metodologia pretende diagnosticar um problema, intervir sobre ele, gerando uma transformação e refletindo sobre as ações tomadas, contribuindo para o aumento do conhecimento “dos pesquisadores e das pessoas consideradas na situação e contexto investigado” (Amado, 2017, p.190).

Tendo por base o método de investigação suprarreferido, o presente trabalho centra-se no grupo de enfermeiros triadores do SU do Hospital X, com o objetivo de promover mudança e a melhoria no desenvolvimento da prática. Por conseguinte, pretende minorar as dificuldades percecionadas por estes profissionais, na medida em que foram desenvolvidas estratégias para promover a literacia dos utentes, sendo estes o centro dos cuidados, e dispondo estas medidas para avaliação por parte dos próprios enfermeiros triadores.

Este Projeto de Investigação, procurou intervir numa problemática afeta à prática profissional diária dos enfermeiros, tendo como alvo o aumento da literacia dos utentes, no que se refere à Triagem de Manchester e ao percurso do utente no SU.

Neste sentido a questão de partida deste estudo foi estabelecida através da metodologia PICO (População; Intervenção; Controlo; *Outcomes*-resultados), como:

- Que estratégia implementar no momento de triagem (I) para promover a qualidade da intervenção dos enfermeiros (O) na assistência ao utente (P) que recorre ao Serviço de urgência (C)?

Foram ainda, formuladas questões adicionais que se revelaram pertinentes ao longo da investigação:

- Quais dificuldades percecionadas pelos enfermeiros triadores?
- Qual a perceção dos enfermeiros sobre o nível de literacia dos utentes, no que refere ao Sistema de Triagem de Manchester e o percurso no Serviço de Urgência?

Quanto aos objetivos definidos para este trabalho, estes foram organizados segundo as fases de desenvolvimento do projeto, assim:

1ª Fase:

- Conhecer as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros triadores.

2ª Fase:

- Construir uma estratégia para colmatar dificuldades dos enfermeiros identificadas, através da criação de um vídeo expositivo e de uma aplicação telemóvel (APP) informativa sobre o Sistema de Triagem de Manchester e o percurso do utente no SU.
- Apresentar o vídeo para exposição em sala de espera e a APP aos enfermeiros, recorrendo a uma ação de formação online.

3ª Fase:

- Avaliar a opinião dos enfermeiros sobre a utilidade, usabilidade, satisfação e eficácia da implementação do vídeo e da APP.

O projeto contou com o parecer favorável dos Concelho de Administração do Hospital X e da respetiva Comissão de Ética, onde decorre o estudo, através dos documentos com as referências: CA\_276 e Parecer 1154/2021, respetivamente.

## 2.1. TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo descritivo-correlacional. Segundo Fortin, (1999) este tipo de estudo visa descrever as relações entre as variáveis, descobrindo fatores ligados a um determinado fenómeno.

Desta forma, este estudo pretende compreender as dimensões percecionadas pelos enfermeiros triadores, que estes consideram dificultadoras, no desenvolvimento da triagem, sendo estes avaliados segundo o seu nível de satisfação relativo aos critérios apresentados.

## 2.2. POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população delineada para a amostra foram os enfermeiros do SU do Hospital X. Foram determinados como critérios de inclusão: terem o mínimo de 2 anos de experiência em Serviço de Urgência Geral e o mínimo de 1 ano de experiência a realizar Triagem de Manchester.

De um total de 147 enfermeiros, dos quais 118 são triadores. No primeiro momento de colheita, responderam ao questionário 44 enfermeiros. No segundo momento de colheita de dados responderam ao questionário 63 enfermeiros.

### *Amostra do primeiro momento de colheita de dados*

Esta amostra totalizou, assim, 44 enfermeiros, sendo a maioria do sexo feminino (77.3%) e com idades dos 31 aos 40 anos (36.4%) e dos 41 aos 50 anos (36.4%). Quanto à “categoria”, a maioria era Enfermeiro de Cuidados Gerais (65.9%), 25% eram Enfermeiros Especialistas e 9.1% Enfermeiros Coordenadores.

Em média ( $\bar{x}$ ), os enfermeiros tinham 12.2 anos de experiência em SU ( $\pm 8.6$ ), predominando o grupo formado por enfermeiros com 10 anos ou menos de experiência com 54.5% (31.8% com  $\leq 5$  anos e 22.7% de 6 a 10 anos). Relativamente à experiência em Sistema de Triagem de Manchester (STM): 45.5% tinham até 5 anos de experiência, 18.2% de 6 a 10 anos, 34.1% de 11 a 15 anos e 2.3% tinham mais de 15 anos de experiência. A média de anos de experiência em Sistema de Triagem de Manchester era de 8 anos ( $\pm 5.5$ ) (Tabela 2).

**Tabela 2** - Caracterização da amostra do primeiro momento de colheita de dados (N = 44)

Variáveis		n	%
<b>Sexo</b>	Feminino	34	77.3%
	Masculino	10	22.7%
<b>Idade</b>	20-30 anos	11	25.0%
	31-40 anos	16	36.4%
	41-50 anos	16	36.4%
	Mais de 50 anos	1	2.3%
<b>Categoria</b>	Enfermeiro Coordenador	4	9.1%
	Enfermeiro Especialista	11	25.0%
	Enfermeiro de Cuidados Gerais	29	65.9%
<b>Anos de experiência em SU</b> Mínimo - máximo: 2 - 27 $\bar{x}(\pm)$ : 12.2 (8.6)	Até 5 anos	14	31.8%
	6 -10 anos	10	22.7%
	11 - 15 anos	3	6.8%
	16 - 20 anos	6	13.6%

Variáveis	n	%	
	21 - 25 anos	7	15.9%
	Mais de 25 anos	4	9.1%
<b>Anos de experiência em STM</b> Mínimo - máximo: 1 - 21 $\bar{x} (\pm)$ : 8.0 (5.5)	Até 5 anos	20	45.5%
	6 -10 anos	8	18.2%
	11 - 15 anos	15	34.1%
	Mais de 15 anos	1	2.3%

**Amostra do segundo momento de colheita de dados**

Esta amostra incluiu 63 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino (76.2%) e com idades até 50 anos (98.4%): 22.2% de 20 a 30 anos, 34.9% de 31 a 40 anos e 41.3% de 41 a 50 anos e 1.6% – apenas um dos enfermeiros tinha mais de 50 anos (1.6%). A maioria era Enfermeiro de Cuidados Gerais (71.4%) – 25.4% eram Enfermeiros Especialistas e 3.2% eram Enfermeiros Coordenadores de Turno.

No que respeita ao tempo de experiência em SU ( $\bar{x} = 2.67; \pm 1.092$ ), 17.5% tinham até 5 anos de experiência, 28.6% de 6 a 10 anos, 23.8% de 11 a 20 anos e 30.2% tinham mais de 20 anos de experiência. Relativamente ao tempo de experiência em STM ( $\bar{x} = 2.14; \pm 0.859$ ), 30.2% tinham até 5 anos de experiência, 25.4% de 6 a 10 anos e 44.4% tinham mais de 10 anos de experiência (Tabela 3).

**Tabela 3 - Caracterização da amostra do segundo momento de colheita de dados (N=63)**

Variáveis	n	%	
<b>Sexo</b>	Feminino	48	76.2%
	Masculino	15	23.8%
<b>Idade</b>	20 - 30 anos	14	22.2%
	31 - 40 anos	22	34.9%
	41 - 50 anos	26	41.3%
	Mais de 50 anos	1	1.6%
<b>Categoria</b>	Enfermeiro de Cuidados Gerais	45	71.4%
	Enfermeiro Especialista	16	25.4%
	Enfermeiro Coordenador de Turno	2	3.2%
<b>Anos de experiência em SU</b> $\bar{x} (\pm)$ : 2,67 (1,092) Mediana: 3	Até 5 anos	11	17.5%
	De 6 a 10 anos	18	28.6%
	De 11 a 20 anos	15	23.8%
	Mais de 20 anos	19	30.2%
<b>Anos de experiência em STM</b> $\bar{x} (\pm)$ : 2,14 (0,859) Mediana: 2	Até 5 anos	19	30.2%
	De 6 a 10 anos	16	25.4%
	Mais de 10 anos	28	44.4%

### 2.3. COLHEITA DE DADOS

Os dados foram colhidos numa fase inicial, o mês de março de 2022, onde foram obtidos os dados sobre as dificuldades dos enfermeiros triadores no desenvolvimento da triagem, através de um questionário disponível online, na Plataforma *Google Forms*, (Apêndice VI) elaborado pela investigadora, tendo como base a adaptação do “Inquérito de satisfação – Triagem de Manchester” elaborado pelo GPT. Este questionário, denominado “As dificuldades dos enfermeiros triadores”, constituiu-se de 23 perguntas, com possibilidade de resposta segundo uma escala de Likert de nível de satisfação em 4 pontos: 4 = “Muito Satisfeito”, 3 = “Satisfeito”, 2 = “Insatisfeito” e 1 = “Muito insatisfeito”. Foi ainda incluída uma pergunta para avaliar o processo de triagem com 3 opções de resposta: 1 = “Pouco Fiável”, 2 = “Fiável” e 3 = “Muito Fiável”. Seguidamente, foi elaborada a análise estatística dos dados recolhidos, sendo os valores mais baixos representativos de níveis de satisfação menores.

A partir da análise do primeiro questionário, foi possível compreender os problemas identificados pelos enfermeiros e criar medidas de melhoria que foram apresentadas à população alvo. Essas medidas incluíram a criação de um vídeo e de uma aplicação de telemóvel informativos para posteriormente serem disponibilizados aos utentes do SU. Após a apresentação destas medidas aos enfermeiros triadores, existiu uma segunda colheita de dados junto destes, onde foram reunidos os dados sobre a sua avaliação relativamente à utilidade, usabilidade e satisfação com a possibilidade de implementação destas medidas no SU.

Este segundo questionário, denominado “Avaliação sobre as estratégias”, foi implementado durante o mês de julho de 2022, através da plataforma *Google Forms*, (Apêndice VII). O referido questionário, foi elaborado pela investigadora, constituído de 17 perguntas de resposta tipo Likert de nível de concordância, divididas em 3 dimensões com perguntas que avaliavam o vídeo (6 perguntas), a aplicação móvel (5 perguntas) e as ideias apresentadas (6 perguntas) com opções de resposta desde: 0 = “Discordo plenamente”, 1 = “Discordo”, 2 = “Concordo” e 3 = “Concordo plenamente”. Pelo que quanto maior é a pontuação da resposta, maior é nível de concordância com as medidas propostas, por parte dos enfermeiros.

Todos os questionários, foram obtidos com o consentimento dos inquiridos fornecido previamente ao seu preenchimento e sendo de carácter anónimo.

### 3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta secção, são apresentados os resultados relativos à análise dos dados obtidos através dos 2 momentos de colheita de dados.

No primeiro questionário “As dificuldades dos enfermeiros triadores”, foi avaliada a percepção dos enfermeiros sobre quais as dificuldades apontadas no desenvolvimento da triagem. O segundo questionário “Avaliação sobre as estratégias”, pretendeu obter a opinião dos enfermeiros sobre as estratégias apresentadas para colmatar as dificuldades percebidas anteriormente, no primeiro questionário.

A análise estatística dos dados foi realizada formulando uma base de dados no programa de análise estatística IBM SPSS, versão 28 para Windows de 2021.

A amostra e as respostas às perguntas do questionário da satisfação (variáveis categóricas) foram caracterizadas através de frequências absolutas ( $n$ ) e relativas (em %). As variáveis contínuas (índices de satisfação) foram caracterizadas através das medidas descritivas mínimo, máximo, mediana, média e desvio-padrão.

Assim, para a análise da relação entre as dimensões dos questionários e as variáveis sociodemográficas e profissionais foram utilizados os testes não paramétricos:

- Teste de *Mann-Whitney* para a comparação entre dois grupos independentes;
- Teste de *Kruskal-Wallis* para a comparação entre 3 ou mais grupos independentes;
- Coeficiente de Correlação de *Spearman* para a correlação entre variáveis pelo menos ordinais;
- ANOVA de Friedman para a comparação entre 3 variáveis emparelhadas (Índices).

A consistência interna dos questionários foi avaliada através do *Alpha de Cronbach*, considerando valores superiores a 0.70 como adequados (Hair, *et al*, 2010, p.124).

O valor de significância ( $p$ ), é o limite que revela se os resultados do estudo podem ser considerados estatisticamente significativos depois de se realizarem os testes de normalidade necessários. Foi considerado um nível de significância de 5%, ou seja, as associações estudadas foram consideradas estatisticamente significativas quando o valor de significância foi inferior a 0.05 ( $p < 0.05$ ).

### 3.1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: “AS DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS TRIADORES”

Considerando as respostas do primeiro questionário à pergunta “O processo de triagem é...” cujas opções de resposta eram: “Muito fiável”; “Fiável” e “Pouco Fiável”. A maioria dos 44 enfermeiros considerou o processo de triagem fiável (n = 35); 5 enfermeiros consideraram-no pouco fiável; 4 enfermeiros consideraram-no muito fiável (Gráfico 1).

Os resultados obtidos são de acordo com os estudos de Salgueiro (2019) e Fonseca (2021), no quais a maioria dos inquiridos considerou o STM fiável.

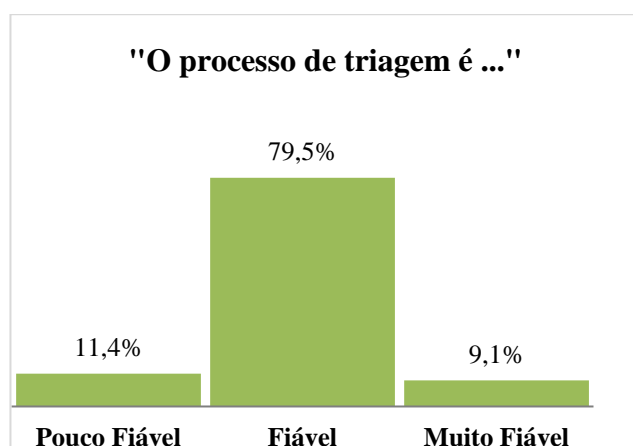


Gráfico 1 - Avaliação do processo de triagem (N = 44)

- Relativamente à análise das restantes questões do primeiro questionário, os dados recolhidos demonstram que os “Benefícios da triagem para os utentes” foi o aspeto no qual os enfermeiros demonstraram mais satisfação: 45.5% responderam “muito satisfeito” e 52.3% “satisfeito” – apenas 2.3% responderam “insatisfeito” (Gráfico 2 e Apêndice VIII -Tabela 1).

Nos estudos de Salgueiro (2019) e Fonseca (2021) os benefícios para os utentes também foram considerados pela maioria dos inquiridos.

- As seguintes perguntas tiveram mais de 90% de respostas muito satisfeito ou satisfeito: “Contribuição para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados”, “Contribuição para a organização do seu trabalho”, “Contribuição para a organização do seu serviço”, “Contribuição para uma melhor fluência do circuito do utente no serviço”, “Contribuição para o correto encaminhamento do utente no Serviço de

Urgência”, “Benefícios da Triagem para os profissionais” (Gráfico 2 e Apêndice VIII - Tabela 1).

Estes resultados estão de acordo com os estudos de Freitas (2014), Salgueiro (2019) e Fonseca (2021), nos quais se considera que as contribuições do STM para o serviço e para a melhoria dos cuidados apresentam valores de satisfação elevados.

- As seguintes questões tiveram mais de 80% de respostas muito satisfeito ou satisfeito: “Adaptação à realidade do Serviço de Urgência”, “Contribuição para o Trabalho em equipa”, “Sequenciação do guião das entrevistas da triagem”, “O seu grau de satisfação global”, “Adequação da formação frequentada no Curso de Triagem”, “Adequação do Guião à população do Serviço de Urgência” e “Segurança da aplicação da triagem com base na sua fundamentação teórica” (Gráfico 2 e Apêndice VIII -Tabela 1).

Os estudos de Freitas (2014) e Fonseca (2021) estão concordantes com estes resultados. Por outro lado, existe uma discrepância com o estudo de Salgueiro (2019), onde mais de um terço dos inquiridos estava insatisfeito com a adaptação do STM à realidade do SU onde trabalha. Freitas (2014) ainda referiu que na sua amostra os inquiridos revelaram dificuldades com as queixas inespecíficas dos utentes.

- Com menores níveis de satisfação e percentagens de muito satisfeito ou satisfeito acima de 60%, seguiram-se as perguntas: “Adequação do espaço físico, tendo em conta a localização, a acessibilidade, o espaço de trabalho”, “Cumprimento do atendimento dos utentes segundo o grau de prioridade da sua situação clínica” e “Adequação do guião das entrevistas para a sua realização em tempo máximo de três minutos” (Gráfico 2 e Apêndice VIII -Tabela 1).

Os estudos de Salgueiro (2019) e Fonseca (2021) corroboraram os resultados aqui apresentados. No entanto, o estudo de Freitas (2014) comprovou-se que existiam algumas discrepâncias no cumprimento dos tempos preconizados para atendimento de acordo com a prioridade e que estes nem sempre seriam cumpridos.

No que se refere ao espaço físico para realização de triagem, Freitas (2014) e Fonseca (2021) também revelaram elevada satisfação neste item. No entanto, o estudo de Salgueiro (2019) revelou que a maioria dos inquiridos estava insatisfeito com o espaço físico da triagem.

As restantes perguntas tiveram percentagens de “Insatisfeito” ou “Muito Insatisfeito” superiores a 50%, como se verifica seguidamente:

- Aproximadamente 60% dos enfermeiros mostraram-se insatisfeitos ou muito insatisfeitos com a “Aceitação dos utentes em relação aos tempos de espera definidos na triagem” e com o “Conhecimento dos utentes sobre o percurso do doente dentro da urgência (triagem, 1ª observação médica, tratamentos/realização de exames-Reavaliação)” (Gráfico 2 e Apêndice VIII -Tabela 1).
- Mais de 3 em cada 4 enfermeiros mostraram-se insatisfeitos ou muito insatisfeitos com os aspetos avaliados pelas questões “Quantidade de tempo dispensado para prestação de informações aos utentes na triagem sobre o funcionamento do SU”, “Conhecimentos dos utentes acerca da triagem”, “Conhecimento dos utentes sobre o encaminhamento para o Centro de Saúde, segundo o protocolo de DGS de encaminhamento de doentes sem critérios de gravidade” e “Momentos de interrupção da triagem para realização de outras atividades” (Gráfico 2 e Apêndice VIII -Tabela 1).

A corroborar estes dados o estudo de Salgueiro (2019) e Fonseca (2021) afirmam que os maiores níveis de insatisfação revelados foram nas questões: “Aceitação dos utentes relativamente aos tempos de espera definidos na triagem”; “Conhecimento dos utentes acerca do STM”. Já Freitas (2014), refere que o menor nível de satisfação foi demonstrado em relação à carga psicológica de trabalho como triador e nas queixas dos utentes relativas aos tempos de espera.

No gráfico 2 abaixo, são apresentadas as frequências das respostas dos 44 enfermeiros às 23 perguntas do questionário da satisfação. Esta informação também pode ser observada na forma de tabela no Apêndice VIII – Tabela 1.



**Gráfico 2** - Percentagens de respostas às perguntas do questionário “As dificuldades dos enfermeiros triadores” (N = 44) (perguntas ordenadas por ordem decrescente da soma das percentagens de respostas “Satisfeito” + “Muito satisfeito”).

### 3.1.1. Correlação entre variáveis

#### 3.1.1.1. Índice Global da Satisfação

O valor de Alpha de Cronbach do conjunto das 23 perguntas do primeiro questionário foi de 0.878 – indicador de um nível de consistência interna muito bom. Isto permitiu o cálculo de um índice global da satisfação a partir da soma das pontuações das respostas a cada pergunta do questionário que foi, posteriormente, convertido numa escala de 0 a 100 pontos – pontuações mais altas indicam assim, níveis de satisfação mais elevados. Foram utilizados os seguintes intervalos para a classificação da satisfação global:

- Muito Insatisfeito: de 0 a 24 pontos;
- Insatisfeito: de 25 a 49 pontos;
- Satisfeito: de 50 a 74 pontos;
- Muito Satisfeito: de 75 a 100 pontos;

O índice da satisfação global variou do mínimo de 33.3 pontos ao máximo de 88.4 pontos, com mediana de 60.1, média de 58.9 e desvio-padrão de 10.3. Considerando este índice global da satisfação, a maioria dos enfermeiros estava satisfeito - 18.2% estavam insatisfeitos e 4.5% muito satisfeitos (Tabela 4).

Os estudos de Freitas (2014), Salgueiro (2019) e Fonseca (2021) corroboram estes dados, afirmando que, nos três estudos, a maioria dos inquiridos apresenta um nível de satisfação global elevado.

**Tabela 4** - Caraterização do Índice Global de Satisfação (N = 44)

Variáveis			
<b>Índice global de satisfação (score de 0 a 100 pontos)</b>	Mínimo	33.3	
	Mediana	60.1	
	Máximo	88.4	
	Média	58.9	
	Desvio-padrão	10.3	
			N
<b>Nível global de satisfação</b>	Muito Insatisfeito (0-24)	0	0.0%
	Insatisfeito (25-49)	8	18.2%
	Satisfeito (50-74)	34	77.3%
	Muito Satisfeito (75-100)	2	4.5%
			N

Através da análise efetuada na base de dados SPSS, foi efetuada uma correlação entre: sexo, idade, categoria, anos de experiência em SU e anos de experiência em STM e o índice de satisfação global criado. Tendo em conta os resultados obtidos verificou-se que não existe uma associação significativa entre estes elementos ( $p > 0.05$ ). Permitindo concluir que nenhuma das

variáveis representa um fator influenciador no índice de satisfação global (Apêndice VIII – Tabela 2).

### **3.1.1.2. Relação entre Sexo e as diferentes dimensões**

Considerando um nível de significância de 5% ( $p < 0.05$ ), as mulheres têm níveis de satisfação mais altos do que os homens na questão “Conhecimento dos utentes sobre o percurso do doente dentro da urgência” ( $\bar{x}_F = 2.4$ ,  $\bar{x}_M = 1.8$ ,  $p = 0.020$ )

Por outro lado, com valores próximos da significância temos que os homens apresentaram níveis de satisfação médios mais altos do que as mulheres relativamente à questão “Benefícios da Triagem para os utentes” ( $\bar{x}_M = 3.7$ ,  $\bar{x}_F = 3.4$ ,  $p = 0.075$ ), “Contribuição para uma melhor fluência do circuito do utente no serviço” ( $\bar{x}_M = 3.4$ ,  $\bar{x}_F = 3.1$ ,  $p = 0.062$ ) e “Contribuição para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados” ( $\bar{x}_M = 3.4$ ,  $\bar{x}_F = 3.1$ ,  $p = 0.077$ ). Enquanto as mulheres têm valores mais elevados que os homens relativamente à questão “Adequação do espaço físico, tendo em conta a localização, a acessibilidade, o espaço de trabalho” ( $\bar{x}_F = 2.8$ ,  $\bar{x}_M = 2.4$ ,  $p = 0.081$ ). A associação do sexo com as restantes questões não foi estatisticamente significativa (Apêndice VIII – Tabela 3).

### **3.1.1.3. Relação entre a Idade e as diferentes dimensões**

Pela análise da Tabela IV no apêndice VIII, no que se refere à associação das questões com a idade, foi encontrada uma correlação positiva com os “Conhecimentos dos utentes acerca da triagem” ( $R = 0.377$ ,  $p < 0.05$ ), indicando que a satisfação aumenta com o aumento da idade. Próximo da significância estatística, transmitindo a mesma correlação encontramos ainda a “Aceitação dos utentes em relação aos tempos de espera definidos na triagem” ( $R = 0.332$ ,  $p = 0.071$ ). A associação da idade com as restantes questões não foi estatisticamente significativa (Apêndice VIII - Tabela 4).

### **3.1.1.4. Relação entre a Categoria dos enfermeiros e as diferentes dimensões**

A comparação dos níveis de satisfação por categoria do enfermeiro mostrou a existência de diferenças estatisticamente significativas na satisfação do “Cumprimento do atendimento dos utentes segundo o grau de prioridade da sua situação clínica” ( $p = 0.040$ ) e nos “Conhecimentos dos utentes acerca da triagem” ( $p = 0.009$ ). Os enfermeiros coordenadores foram os que tiveram níveis de satisfação mais elevados em ambos os casos. A associação da categoria com as restantes questões não foi estatisticamente significativa (Apêndice VIII - Tabela 5).

### **3.1.1.5. Relação entre os Anos de experiência em SU e as diferentes dimensões**

Os resultados do estudo da associação com os anos de experiência em SU mostram a existência de uma correlação positiva com a questão: “Adequação do espaço físico, tendo em conta a localização, a acessibilidade, o espaço de trabalho” ( $p = 0.037$ ), indicando que a satisfação dos enfermeiros triadores aumenta com o aumento do número de anos de experiência em SU– os enfermeiros com 11 a 20 anos de experiência foram os que mostraram mais satisfação e os que tinham mais de 20 de experiência os que mostraram menos satisfação em ambos os casos.

Foram ainda registadas diferenças próximas da significância na questão “Conhecimento dos utentes sobre o encaminhamento para o Centro de Saúde, segundo o protocolo de DGS de encaminhamento de doentes sem critérios de gravidade” ( $p = 0.084$ ) e “Conhecimentos dos utentes acerca da triagem” ( $R = 0.286, p = 0.093$ ). A associação dos anos de experiência em Serviço de Urgência com as restantes questões não foi estatisticamente significativa (Apêndice VIII – Tabela 6).

### **3.1.1.6. Relação entre os Anos de experiência em STM e as diferentes dimensões**

Os resultados da Tabela 7 do Apêndice VIII, mostram que o número de anos de experiência em Sistema de Triagem de Manchester está positivamente correlacionado com a satisfação relativamente aos “Conhecimento dos utentes sobre o percurso do doente dentro da urgência” ( $p = 0.049$ ) e “Quantidade de tempo dispensado para prestação de informações aos utentes na triagem sobre o funcionamento do SU” ( $p = 0.027$ ) – os enfermeiros com 6 a 10 anos de experiência foram os que tiveram níveis de satisfação mais elevados.

Registam-se valores próximos de uma relação significativa no “Conhecimento dos utentes sobre o encaminhamento para o Centro de Saúde, segundo o protocolo de DGS de encaminhamento de doentes sem critérios de gravidade” ( $p = 0.089$ ). A associação dos anos de experiência em STM com as restantes questões não foi estatisticamente significativa (Apêndice VIII - Tabela 7).

### 3.2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: “AVALIAÇÃO SOBRE AS ESTRATÉGIAS”

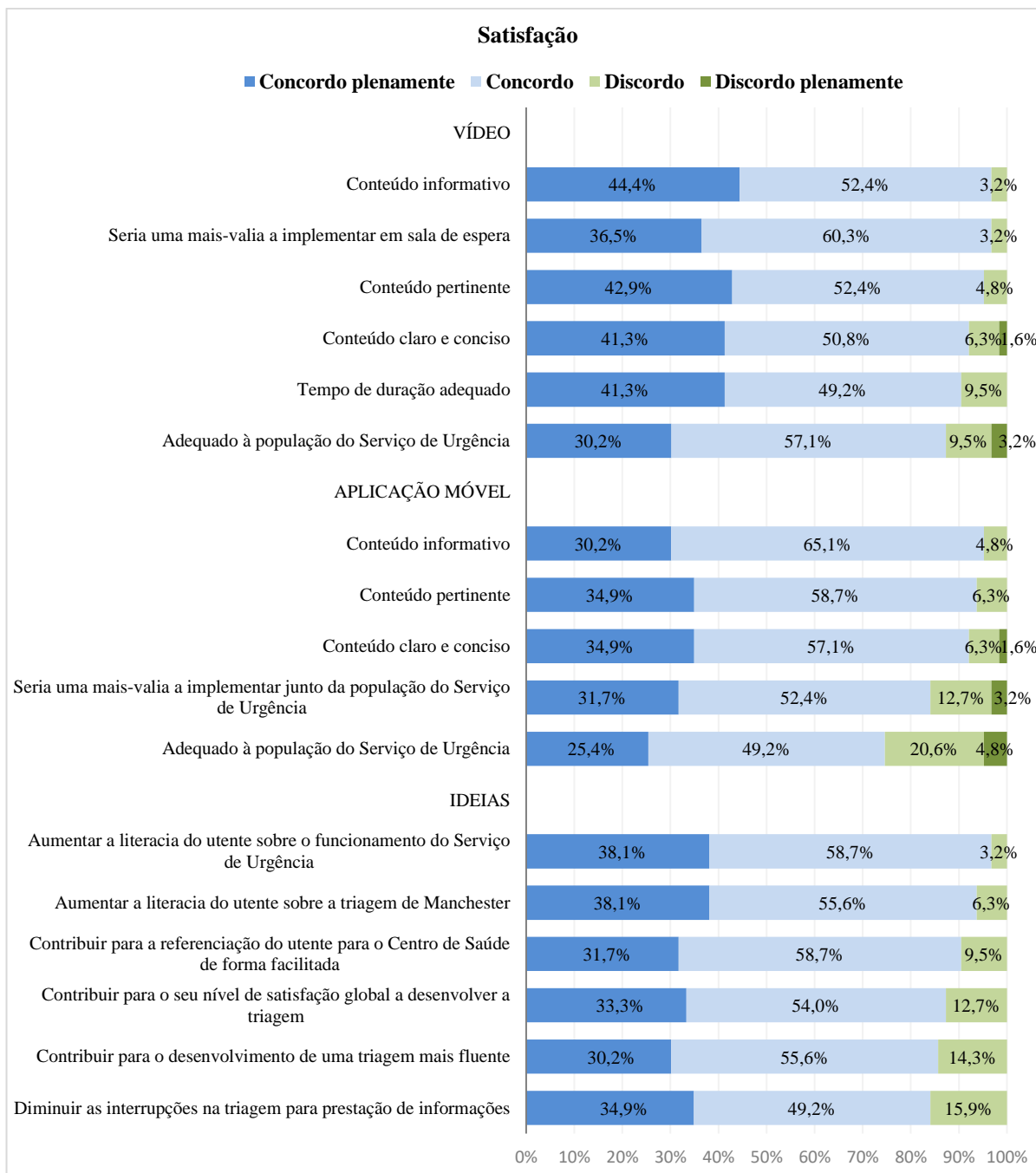
Tendo em consideração os resultados da análise do segundo questionário, de uma forma geral, os enfermeiros atribuíram uma avaliação muito positiva a todos os aspetos avaliados. Todas as 17 perguntas do questionário tiveram 75% ou mais de respostas “Concordo” ou “Concordo plenamente” (% de concordância): 11 perguntas tiveram percentagem de concordância acima de 90%, 5 perguntas entre 80% e 90% e apenas uma pergunta teve percentagem de apreciação inferior a 80% (Gráfico 3).

Relativamente às perguntas sobre o vídeo, a grande maioria considerou que o conteúdo é informativo (96.8%), que seria uma mais-valia a implementar em sala de espera (96.8%), que o conteúdo é pertinente (95.3%), que o conteúdo é claro e conciso (92.1%), que o tempo de duração é adequado (90.5%) e que é adequado à população do SU (87.3%) (Gráfico 3).

Quanto à aplicação móvel, mais de 90% concordaram que o conteúdo é informativo (95.3%), é pertinente (93.6%) e é claro e conciso (92.0%). Dos 63 enfermeiros da amostra, 84.1% consideraram que a aplicação móvel seria uma mais-valia a implementar junto da população do SU e 74.6% que é adequada à população do SU (Gráfico 3).

A maioria dos enfermeiros consideraram que as ideias apresentadas são relevantes para aumentar a literacia do utente sobre o funcionamento do SU (96.8% de concordância), aumentar a literacia do utente sobre a Triagem de Manchester (93.7%), contribuir para a referência do utente para o Centro de Saúde de forma facilitada (90.4%), contribuir para o seu nível de satisfação global a desenvolver a triagem (87.3%), contribuir para o desenvolvimento de uma triagem mais fluente (85.8%) e para diminuir as interrupções na triagem para prestação de informações (84.1%).

No gráfico 3, são apresentadas as frequências de respostas dos 63 enfermeiros às 17 perguntas do questionário de opinião, isto também é possível de verificar no Apêndice VIII- Tabela 8.



**Gráfico 3** - Percentagens de respostas às perguntas do questionário “Avaliação sobre as estratégias” (N = 63) (perguntas ordenadas por ordem decrescente da soma das percentagens de respostas “concordo” + “concordo plenamente”).

### 3.2.1. Índices de Avaliação e a relação entre as variáveis

A partir das 17 perguntas do questionário “Avaliação sobre as estratégias” foram calculados 3 índices de avaliação, através do cálculo da média das pontuações das respostas às perguntas de cada dimensão (“Índice Vídeo” – 6 perguntas, “Índice App” – 5 perguntas, “Índice Ideias” – 6 perguntas) e um índice de avaliação global incluindo a totalidade das 17 perguntas (“Índice

Global”). Os índices variam entre o mínimo 0 ao máximo de 3, sendo os valores mais altos indicadores de maior concordância por parte dos enfermeiros. A caracterização dos 4 índices é apresentada na Tabela 5. Os valores do Alpha de Cronbach demonstram um nível de fiabilidade excelente.

**Tabela 5** - Caracterização dos Índices de Avaliação (N=63)

Variáveis	Mínimo	Mediana	Máximo	Média	Desvio-padrão	Alpha de Cronbach
<b>Índice Vídeo</b>	1.00	2.17	3.00	2.32	0.53	0.927
<b>Índice App</b>	0.60	2.00	3.00	2.17	0.58	0.917
<b>Índice Ideias</b>	1.00	2.00	3.00	2.24	0.53	0.927
<b>ANOVA de Friedman</b>				$p = 0.008$		
<b>Índice Global</b>	<b>1.00</b>	<b>2.18</b>	<b>3.00</b>	<b>2.25</b>	<b>0.50</b>	<b>0.959</b>

A comparação dos valores médios dos 3 índices mostrou a existência de diferenças significativas ( $p = 0.008$ ), com o Índice Vídeo a ter a média mais alta ( $\bar{x} = 2.32, \pm = 0.53$ ) e o Índice App a média mais baixa ( $\bar{x} = 2.17, \pm = 0.58$ ). A média do Índice Global foi de 2.25 ( $\pm = 0.50$ ).

Considerando o índice global da satisfação foi definido o Nível de Satisfação Global e dos 63 enfermeiros, 28 foram classificados como muito satisfeitos, 32 satisfeitos e 3 insatisfeitos (Tabela 6).

**Tabela 6** - Nível Global de Satisfação com as medidas apresentadas

Nível global de satisfação	n	%
<b>Insatisfeito (0-1.50)</b>	3	4.8%
<b>Satisfeito (1.51-2.25)</b>	32	50.8%
<b>Muito Satisfeito (2.25-3)</b>	28	44.4%

Os resultados obtidos através da análise efetuada na base de dados SPSS mostraram a existência de diferenças significativas dos 4 índices relativamente ao tempo de experiência em SU ( $p < 0.05$ ): de uma forma geral, para os 4 índices avaliados, os valores médios foram mais altos nos enfermeiros com menos tempo de experiência (até 5 anos) e com mais tempo de experiência (> 20 anos) e mais baixos nos enfermeiros com experiência de 6 a 20 anos. O mesmo se verifica relativamente à idade e ao tempo de experiência em STM, ainda que sem diferenças significativas ( $p > 0.05$ ).

Quanto à categoria de enfermeiros, com valores próximos da significância, de destacar: os enfermeiros especialistas tiveram pontuações médias mais altas do que os enfermeiros de cuidados gerais no Índice Vídeo ( $p = 0.093$ ) e no Índice App ( $p = 0.074$ ). (Apêndice VIII – Tabela 9).

### **3.2.1.1. Relação entre a Idade e as diferentes dimensões**

Quanto à idade, foram registadas diferenças significativas nas perguntas “Contribuir para o desenvolvimento de uma triagem mais fluente” ( $p = 0.026$ ) e “Contribuir para a referenciação do utente para o Centro de Saúde de forma facilitada” ( $p = 0.036$ ) relativas às ideias apresentadas – as médias foram mais baixas nos enfermeiros de 31 a 40 anos do que nos mais novos (20-30 anos) e nos mais velhos (> 40 anos) (Apêndice VIII – Tabela 10).

### **3.2.1.2. Relação entre a Categoria de enfermeiro e as diferentes dimensões**

Quanto à categoria de enfermeiro, pontuações médias dos itens do vídeo e da aplicação móvel foram mais altas nos enfermeiros especialistas do que nos enfermeiros de cuidados gerais, com diferenças significativas ( $p < 0.05$ ) ou próximas da significância estatística ( $p < 0.10$ ). (Apêndice VIII – Tabela 11) Sendo os itens de pontuação mais elevada:

- Vídeo - “Conteúdo informativo” ( $p = 0.076$ ), “Conteúdo claro e conciso” ( $p = 0.067$ ) e “Seria uma mais-valia a implementar em sala de espera” ( $p = 0.043$ );
- APP - “Conteúdo pertinente” ( $p = 0.015$ ), “Conteúdo informativo” ( $p = 0.029$ ) e “Conteúdo claro e conciso” ( $p = 0.016$ );
- Ideias gerais - “Aumentar a literacia do utente sobre a triagem de Manchester” ( $p = 0.048$ ) e “Aumentar a literacia do utente sobre o funcionamento do Serviço de Urgência” ( $p = 0.090$ ).

### **3.2.1.3. Relação entre a os Anos de experiência em SU e as diferentes dimensões**

Quanto aos anos de experiência em SU, verificaram-se diferenças significativas ( $p < 0.05$ ) ou próximas da significância estatística ( $p < 0.10$ ) em todas as perguntas. Sendo os valores médios mais altos para os enfermeiros com menos tempo de experiência (até 5 anos) e com mais tempo de experiência (> 20 anos) e mais baixos nos enfermeiros com experiência de 6 a 20 anos (Apêndice VIII – Tabela 12)

#### **3.2.1.4. Relação entre os Anos de experiência em STM e as diferentes dimensões**

Quanto aos anos de experiência em triagem, a pergunta “Contribuir para a referenciação do utente para o Centro de Saúde de forma facilitada” relativa ao item ideias apresentadas, foi a única com associação significativa com o tempo de experiência em STM ( $p = 0.023$ ) – sendo a média mais alta nos enfermeiros com menos tempo de experiência (até 5 anos) e com mais tempo de experiência (> 10 anos) e mais baixa nos enfermeiros com 6 a 10 anos de experiência. (Apêndice VIII – Tabela 13)

#### 4. PLANEAR E EXECUTAR AS ATIVIDADES

Com os resultados apresentados anteriormente no primeiro questionário (Apêndice VI), foi compreendido que as dificuldades dos enfermeiros se prendem, maioritariamente com as questões sobre o tempo dispensado na triagem para o desenvolvimento de outras atividades não relacionadas com triagem e o tempo dispensado na prestação de informações aos utentes, devido à falta de conhecimento destes sobre a triagem e o percurso do utente no SU.

Tendo em conta que estas questões se podem associar com o nível de literacia dos utentes as medidas propostas para resolução do problema, foram de encontro à necessidade de aumentar o nível de informação fornecida aos utentes. Estas medidas pretendem que o aumento da informação aos utentes contribua, para a redução das interrupções que acontecem na triagem, assim como para o aumento da literacia do utente sobre o STM e sobre o percurso do utente no SU. Como resultado, pretende-se que o desenvolvimento da triagem seja facilitado, mais fluente e satisfatório para os enfermeiros, tendo sempre o utente como alvo destas melhorias.

Salgueiro (2019), apresenta no seu estudo que o investimento na informação ao utente acerca da triagem, deve ser considerado com a finalidade de “reduzir os níveis de ansiedade que habitualmente estão presentes no utente durante a espera” (Salgueiro, 2019, p.130), e que frequentemente são dirigidos para o enfermeiro triador, por ser um profissional mais acessível.

As propostas de melhoria apresentadas foram, na sua totalidade, desenvolvidas pela investigadora. Estas pretendem acompanhar o desenvolvimento tecnológico e ao mesmo tempo ser de carácter adaptativo ao longo dos tempos. Apresentando-se como soluções não estanques que podem ser alteradas consoante as próprias alterações sofridas no SU.

A primeira medida desenvolvida foi a criação de um vídeo de curta duração (2,55 minutos) que pretende esclarecer sucintamente, os utentes sobre o processo de triagem e sobre o percurso habitual do utente dentro do SU. Este vídeo, denominado “Conheça a triagem e a urgência”, tem em vista a sua implementação na sala de espera do serviço e, devido à sua curta duração, que seja passível de ser observado antes, durante e depois da triagem.

Desta forma o vídeo é apresenta informações úteis para o utente sobre:

- O processo de triagem por cores e o seu significado;
- O funcionamento do STM dentro da urgência;
- Informações pertinentes que os utentes podem apresentar durante a triagem;

- O processo de encaminhamento dos utentes não emergentes para os cuidados primários segundo as orientações da DGS e a sua opção de escolha por este encaminhamento;
- O percurso do utente após a triagem incluindo: os possíveis locais de encaminhamento, os balcões de atendimento, as áreas de tratamento diferenciadas dentro do SU e as diferentes salas de espera, as áreas de isolamento para os utentes com SARS-Cov2;
- O sistema de informações à família, implementado no SU e contactos gerais.

Uma segunda medida de melhoria foi criada para complementar a necessidade dos utentes e familiares, disporem destas informações de forma permanente e de consulta à sua escolha. Foi criada uma aplicação de telemóvel (APP) denominada “My SUG”, que dispõe das mesmas temáticas apresentadas no vídeo. No entanto, aqui estas informações estão mais desenvolvidas e pretendem estar disponíveis permanentemente para consulta dos utentes e/ou familiares. O vídeo “Conheça a triagem e a urgência” também foi incorporado na aplicação.

A proposta de implementação da APP “My SUG”, compreende a sua obtenção pelos utentes, à entrada do SU. Esta pretende ser de consulta rápida, e pode ser esclarecedora para os utentes e/ou família no momento antes da triagem e no seu percurso ao longo do episódio de urgência.

As informações incluídas no vídeo e na APP foram selecionadas, a partir dos resultados obtidos na colheita de dados inicial. Neste foi possível apurar que muitos dos momentos de interrupção eram para informações sobre a funcionamento da triagem, o percurso do utente e o encaminhamento para os cuidados primários. Contemplando estes dados, as medidas desenvolvidas pretendem proporcionar o desenvolvimento de uma triagem rápida e concisa, com as informações relevantes para o episódio de urgência atual. Atuando para o benefício dos enfermeiros e principalmente para o benefício dos utentes/família.

Estes dois recursos foram apresentados à população de enfermeiros triadores do SU, por forma a obter a sua opinião sobre a sua utilidade com vista aos objetivos propostos. Esta apresentação foi distribuída aos enfermeiros via *online* com recurso a um vídeo expositivo que incluía: uma apresentação *powerpoint* sobre a pertinência do tema; o vídeo “Conheça a triagem e urgência”; e uma demonstração sobre as funcionalidades da APP “My SUG”.

Juntamente com apresentação das medidas, encontrava-se um segundo questionário de opinião (Apêndice VII) que pretendia obter o parecer dos enfermeiros triadores sobre os benefícios destes recursos ao serem implementados no SU.

#### 4.1. CONCLUSÕES DO ESTUDO

##### *Resultados do Questionário “As dificuldades dos enfermeiros triadores”*

Os dados demonstram que na generalidade os enfermeiros estão satisfeitos com STM e consideram-no um processo de confiança. Isto foi corroborado pela maioria das respostas considerarem o processo de triagem fiável (Gráfico 1). Da mesma forma, os três estudos analisados previamente, chegaram às mesmas conclusões.

Na análise do gráfico 2, verifica-se que os enfermeiros consideram que na generalidade a triagem traz benefícios para os utentes e para o serviço, sendo o aspeto no qual os enfermeiros demonstraram mais satisfação. No entanto, apesar dos níveis de satisfação com o processo de triagem serem elevados, existem fatores que revelam alguma insatisfação e representam as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros no desenvolvimento da triagem.

As questões onde os enfermeiros demonstraram maior insatisfação estão relacionadas com a perceção de que o conhecimento dos utentes é diminuído ou insuficiente no que concerne a: triagem, percurso do utente dentro do SU e processo de encaminhamento de utentes não urgentes para cuidados primários. Os enfermeiros consideram que os utentes não estão familiarizados com o STM ou o seu nível contentamento com STM é diminuído. Salgueiro (2019) e Fonseca (2021) também demonstraram nos seus estudos que os inquiridos apresentaram maior nível de insatisfação quanto ao conhecimento dos utentes sobre o STM. Diogo (2007), constatou no seu estudo realizado junto dos utentes que o conhecimento destes sobre o STM era insuficiente e revelava perceções incorretas e limitativas.

Estes aspetos podem ser relacionados com as outras duas questões onde se registaram os maiores valores de insatisfação, ou seja, os momentos de interrupção da triagem para efetuar outras funções e a quantidade de tempo dispensado para prestar informações durante a triagem. Num serviço que se encontre sobrelotado estes aspetos, podem significar fatores de stress para os enfermeiros, tendo em consideração que existem indicadores de qualidade do SU associados à triagem, que devem ser cumpridos nomeadamente, o tempo de execução da triagem (máximo de 3 minutos) e o tempo entre a admissão e a triagem (máximo 10 minutos).

Por outro lado, o enfermeiro triador, como o primeiro contato do utente no SU e o mais acessível, está exposto às abordagens constantes dos utentes, sendo que por vezes o tempo de espera é superior às expectativas dos utentes e ao recomendado pelos algoritmos. Temos ainda,

o fato de que a sua fácil acessibilidade, pode favorecer as interrupções quer pelos utentes, quer por outros profissionais, para informações e solicitações não relacionadas com a triagem.

Verificou-se que os níveis de satisfação apresentados no primeiro questionário, foram mais baixos nos enfermeiros mais novos e com menos experiência tanto em triagem como em SU. Estes enfermeiros, são o grupo que considera, o descontentamento e o nível de literacia dos utentes sobre o processo de triagem, como fatores de maior insatisfação.

Os enfermeiros coordenadores, apresentaram níveis de satisfação mais elevados relativamente ao “Cumprimento do atendimento dos utentes segundo o grau de prioridade da sua situação clínica” e nos “Conhecimentos dos utentes acerca da triagem”. Assim os níveis de satisfação baixos são encontrados nos enfermeiros que fazem a maioria da prestação de cuidados direta aos utentes, ou seja, enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas.

Em contrapartida os enfermeiros com mais de 20 de experiência em SU, são aqueles que demonstram maior insatisfação com o nível de conhecimento dos utentes sobre o encaminhamento para cuidados primários.

É possível concluir que, da amostra analisada, os níveis de insatisfação vão de encontro com a iliteracia dos utentes em relação ao sistema de triagem e ao funcionamento da urgência. Corroborando o que já foi apresentado pela literatura, no capítulo 1.1 da Parte II deste relatório.

Neste sentido, foram desenvolvidas estratégias de melhoria de cuidados para incrementar o nível de literacia dos utentes quanto ao STM e esperando, desta forma, a melhoria dos níveis de satisfação dos enfermeiros quanto ao desenvolvimento de uma triagem, com menos interrupções e com melhor aceitação por parte dos utentes.

### ***Resultados do Questionário “Avaliação sobre as estratégias”***

Da apresentação das estratégias apresentadas obtiveram-se os resultados sobre as opiniões dos enfermeiros através do questionário “Avaliação sobre as estratégias”. Analisando estes resultados, foi possível concluir que, de uma forma geral, os enfermeiros atribuíram uma avaliação muito positiva a todos os aspetos avaliados. Todas as 17 perguntas do questionário tiveram respostas de concordância por parte de 3 em 4 enfermeiros.

Fernandes (2020) afirma que a promoção da literacia em saúde deve ser encarada como uma prioridade com vista à obtenção de resultados que representem “ganhos em saúde, quer para o indivíduo quer para o sistema de saúde, nomeadamente, no que diz respeito, à sustentabilidade do mesmo” (Fernandes, 2020, p.77).

Verificou-se que os valores médios foram mais altos nos enfermeiros com menos experiência (até 5 anos) e com mais experiência em SU (> 20 anos), refletindo uma aceitação maior perante as medidas apresentadas. Em contrapartida os valores mais baixos encontraram-se nos enfermeiros com experiência em SU entre 6 e 20 anos.

Estes resultados estão em consonância com os resultados relativamente à idade dos indivíduos e ao tempo de experiência em STM. No que se refere à idade, os valores mais baixos de concordância com as ideias apresentadas foram verificados juntos dos enfermeiros com idades compreendidas entre 31 e 40 anos, principalmente nos itens que se referem à sua contribuição para uma triagem mais fluente e para facilitar a referenciação do utente para o Centro de Saúde.

Por outro lado, no que se refere aos anos de experiência em STM, os enfermeiros com menos tempo de experiência (até 5 anos) e com mais tempo de experiência (> 10 anos) foram aqueles que mais concordaram com a contribuição das ideias apresentadas para a referenciação do utente para o Centro de Saúde, uma mais-valia.

Relativamente à categoria de enfermeiros, de destacar que os enfermeiros especialistas tiveram pontuações médias mais altas relativamente à associação da categoria com os índices de satisfação com o vídeo e a APP (Apêndice VIII – Tabela 11).

Os enfermeiros especialistas foram ainda, os que mais consideraram o Vídeo e a APP como informativos, claros, concisos e pertinentes. E ainda, que as ideias apresentadas contribuiriam para o aumento da literacia do utente sobre o STM e o funcionamento do SU.

De uma forma geral, a maioria dos enfermeiros concordou com a utilidade das medidas apresentadas, como ferramentas para incrementar quer a literacia dos utentes relativamente ao STM e ao percurso do utente dentro da urgência, quer para melhorar o desenvolvimento da prática da triagem de uma forma mais fluente, segurança e satisfatória para os enfermeiros triadores, sendo indicados como mais-valias a serem implementadas junto da população do SU.

Cruz (2019) referiu que se devem considerar estratégias como a “inclusão de conteúdos escritos ou interativos nos locais destinados à espera nos serviços de atendimento urgente” (Cruz, 2019, p. 92) para a promoção da literacia dos utentes sobre a triagem e o funcionamento do SU.

As estratégias apresentadas poderiam ser profícuas para incrementar a literacia dos utentes sobre o STM e o funcionamento do SU. Tendo em conta a evolução tecnológica, as estratégias a adotar devem estar de acordo com as novas tecnologias e a forma de chegar aos utentes, considerando o fator atrativo como potenciador da adesão do utente à receção de informação.

Desta forma, poder-se-á considerar que os elevados índices de concordância com as ideias apresentadas, relacionam-se com o fato destas medidas serem simples, interativas e utilizarem as novas tecnologias, possivelmente, permitindo que o foco do utente seja facilmente captado.

### **Limitações do estudo e sugestões futuras**

No que respeita às dificuldades encontradas no desenvolvimento do estudo, importa referir a reduzida dimensão da amostra inquirida nos dois momentos de colheita de dados.

Outro fator dificultador, foi a obtenção de autorizações para a aplicação do instrumento de colheita de dados que foi relativamente demorada, o que acabou por condicionar o tempo de colheita de dados e eventualmente o tamanho da amostra.

Por outro lado, o fato de este trabalho ser desenvolvido num serviço com uma elevada afluência de utentes, no qual a intensidade de trabalho é avultada, pode ter condicionado a motivação dos enfermeiros para participarem no estudo. Sendo o fator exaustão dos enfermeiros um possível determinante para o número reduzido de participantes.

Não esquecendo ainda, a dificuldade na pesquisa bibliográfica sobre o tema “satisfação dos enfermeiros na triagem” ou a perceção dos enfermeiros sobre a sua prática no desenvolvimento da triagem, não existindo uma grande variedade de trabalhos neste âmbito.

Importa também referir que a realização deste estudo nos prazos definidos para este mestrado, influenciou o impedimento de implementar, de forma experimental, o vídeo e a aplicação no SU, por forma a obter resultados que incluíssem a perceção dos enfermeiros sobre esta implementação. Esta limitação deveu-se tanto à necessidade de autorizações específicas, como à dificuldade de colheita e análise dos dados em tempo útil, para conclusão do mestrado.

Numa perspetiva futura seria importante, efetuar um estudo que revelasse a opinião dos enfermeiros face aos ganhos obtidos com a implementação efetiva das medidas apresentadas.

Noutro espectro da abrangência do estudo, seria interessante obter as perceções dos utentes sobre estas medidas, procurando compreender se estes considerariam que as medidas como benéficas para melhorar o seu conhecimento sobre o STM e o percurso do utente dentro do SU.

Importa referir que as ideias apresentadas tiveram uma boa receção por parte dos responsáveis do serviço onde foi efetuada a apresentação das medidas e foi demonstrada a vontade de integrar estas medidas na instituição. Neste sentido, foi iniciado o processo junto das entidades responsáveis, por forma à obtenção de autorizações e implementação das medidas futuramente.

## CONCLUSÕES

Na reta final deste relatório, é evidente a necessidade de refletir sobre todo percurso desenvolvido até este ponto sem o qual, não seria possível desenvolver o crescimento pessoal e profissional que considero terem sido mais-valias obtidas com todo o processo de aprendizagem, ao longo do Mestrado em Enfermagem médico-cirúrgica especializada na área da Pessoa em Situação Crítica.

Todas as experiências descritas neste relatório refletem alguns momentos de insegurança, necessidade, esforço, reflexão, aprendizagem e conquista que culminam no meu desenvolvimento como enfermeira, futura especialista e mestre e como uma pessoa mais ponderada, responsável e reflexiva.

Ao experienciar realidades diferentes da minha área de conforto foi possível vislumbrar as diferentes funções de enorme influência que o enfermeiro especialista, pode desempenhar, nos diferentes contextos de atuação na área da pessoa em situação crítica.

Considerando as competências de mestre e aquelas relacionadas com a enfermagem avançada, importa referir que se destacou o desenvolvimento das competências relacionadas com a liderança nos cuidados, sendo uma área que suscitou grande interesse.

Tendo em conta as fragilidades, necessidades e instabilidade da pessoa em situação crítica, é expectável por parte do enfermeiro especialista, que este preste os cuidados com o nível de excelência, que o reconhece como o elemento diferenciado e especializado e que faz de si uma referência na equipa multidisciplinar. O reconhecimento dos aspetos da liderança que diferenciam o enfermeiro especialista, adaptando o seu estilo à equipa foi uma competência que considero ter maturado durante o percurso de mestrado e o qual pretendo fortalecer no futuro.

Considero que as competências de raciocínio clínico e de pensamento crítico, tiveram uma evolução favorável ao longo de todo o percurso deste mestrado. Por forma a desenvolver a minha capacidade reflexiva sobre a ação e o processo de pensamento crítico, a elaboração dos trabalhos com linguagem CIPE, foi uma contribuição deveras importante para a melhoria dos cuidados prestados, representando a prática desenvolvida ao longo do percurso de formação.

O trabalho desenvolvido no âmbito da investigação, foi também uma mais-valia importante para o progresso das minhas capacidades no desenvolvimento de evidência atualizada que possa refletir a prática da enfermagem avançada. Todo o trabalho de pesquisa, raciocínio, análise e reflexão, mostraram essenciais para conseguir atingir os objetivos relacionados com o

desenvolvimento de competências na área da investigação e pensamento crítico. Por outro lado, o trabalho também me permitiu desenvolver competências de criatividade e inovação através do trabalho com as novas tecnologias.

Procurei desenvolver as competências comuns e específicas inerentes ao enfermeiro especialista, de acordo com os pressupostos estabelecidos pelos documentos que orientam a atuação dos enfermeiros. Neste sentido, o REPE e o código deontológico dos enfermeiros, assim como os regulamentos das competências dos enfermeiros especialistas suportaram todo o desenvolvimento do meu percurso assim, como a redação deste relatório.

Por outro lado, as teóricas referidas ao neste relatório como Benner e Meleis desempenharam um papel crucial no meu desenvolvimento como enfermeira especialista, orientando a minha prática de acordo com as teorias fundamentais da enfermagem.

Nomeando os pontos que considero mais favoráveis sobre os contextos de estágios, importa referir que a integração nas diferentes equipas foi sempre facilitada por todos os elementos. A reciprocidade e colaboração foram os marcos mais importantes a referenciar das equipas.

É de salientar que no EC-Opção, no INEM, vivenciei momentos de grande satisfação pessoal e profissional. O pré-hospitalar, foi o início do meu percurso na área da prestação de cuidados há muitos anos atrás onde comecei como bombeira voluntária. E foi extremamente entusiasmante voltar a este contexto, agora com uma abordagem diferente e mais desenvolvida. Ter sentido que aquele era um contexto conhecido e que por isso não sentia relutância ou uma dificuldade acrescida, fez-me ganhar confiança e facilitou bastante o desenvolvimento de competências como especialista. O fator confiança possibilitou-me focar no mais importante, ou seja, o reconhecimento das funções do enfermeiro especialista, no contexto pré-hospitalar.

Neste contexto, devo ainda salientar todo o apoio e interação proporcionados pelos elementos coordenadores do INEM que me integraram em diversas atividades e se preocuparam em acompanhar o meu estágio, para me atualizar de todos os momentos de aprendizagem dos quais eu poderia participar.

Como momentos de maior dificuldade é importante referir que uma das dificuldades foi a perceção das funções diferenciadas do enfermeiro especialista no SU. Sendo uma área onde desempenho funções há alguns anos (tanto no estrangeiro como em Portugal), no início tive alguma dificuldade em compreender o desenvolvimento do trabalho diferenciado do enfermeiro especialista.

Foi a colaboração dos enfermeiros orientadores que me proporcionou instrumentos de observação e reflexão, para desenvolver um pensamento crítico dos cuidados prestados. Desta forma consegui compreender que o trabalho de enfermeiro especialista vai muito além da prestação de cuidados ao utente e das competências técnicas. Compreendi que a capacidade para observar e correlacionar todo o contexto do utente/família/ambiente, antever situações, prevenir complicações e atuar de forma exímia, fazem da atuação do enfermeiro especialista um modelo de referência e um exemplo motivador para toda a equipa de enfermagem.

Outra dificuldade sentida foi a prestação de cuidados na UCIP. Aqui o meu desconforto foi maior, por verificar que esta equipa, (tal como esperado) tem uma metodologia de trabalho muito coordenada e sincronizada perante as exigências do contexto e dos utentes. Por vezes, a coordenação com outros elementos da equipa que não fosse o enfermeiro orientador, mostrou-se menos harmoniosa. Isto gerou-me sentimentos de insatisfação e insegurança que foram sendo ultrapassados ao longo do estágio.

Qualquer profissional necessita de um tempo de integração mínimo para se adaptar às rotinas, funções e exigências da equipa. Considero que o ECII, é de curta duração para todo o nível de conhecimentos que se podem reter da prática neste contexto, pois, senti que foi na altura em que começava a sentir que as competências de especialista estavam a ser desenvolvidas com maior fluidez, que o estágio terminou.

Como forma de colmatar muitas das dificuldades que fui sentindo ao longo dos EC, a pesquisa constante foi um fator essencial que sem ele, não poderia ter acompanhado as equipas de forma fluente e ao mesmo tempo, focar o meu percurso na procura do desenvolvimento de competências como mestre e enfermeira especialista na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Para obter as competências necessárias como enfermeira especialista, devo salientar ainda, que o desenvolvimento do projeto de investigação permitiu integrar a evidência científica, com o conhecimento teórico. Através do desenvolvimento de um trabalho metodológico e reflexivo, este projeto correspondeu às minhas expectativas quanto às questões que sentia necessidade de responder sobre a prática diária.

Este projeto revelou-se uma ferramenta imprescindível no meu desenvolvimento académico, ampliando os conhecimentos científicos e consolidando os conhecimentos da praxis.

Foi de todo gratificante, obter os resultados e compreender que este projeto pode ir mais além e mostrar benefícios quer para os utentes quer para os enfermeiros.

É possível, nesta etapa, fazer uma retrospectiva de todo o percurso efetuado e considerar que os objetivos propostos foram conseguidos. Considerando as dificuldades ultrapassadas é possível afirmar terem sido adquiridas as competências inerentes ao enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica, para prosseguir o caminho desenvolvendo uma prática especializada e de excelência.

O percurso de um enfermeiro especialista não é estanque, existe uma exigência contínua da procura de conhecimentos para que a minha prática possa ser futuramente assente numa base de excelência. Uma das minhas motivações para continuar é a perspetiva de poder empenhar todo o conhecimento adquirido numa prestação de cuidados mais consciente e que possa de futuro ser uma referência para os meus pares.

Pretendo continuar no caminho da aprendizagem para ser um elemento de transformação da realidade e sentir que a minha marca como enfermeira especialista será um dia positivamente permanente, no caminho de alguém.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2022). Acordos Internacionais e Cuidados de Saúde Transfronteiriços. Obtido 27 de fevereiro de 2022, de: <https://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGestaoeFinanciamentoPrestSaude/AcordosInternaceCuidadosSaudeTransfront/Acordos/tabid/398/language/pt-PT/Default.aspx>
- Almada-Lobo, B., Gomes, S. C., Lopes, M. A. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde, Instituto de Engenharia de Sistemas e Computadores, Tecnologia e Ciência. Obtido a 11 de julho de 2022, de: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem\\_inesctecabril2018.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf)
- Amado J., (2017). Manual de investigação qualitativa em educação. (3ª ed). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. Obtido de <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1390-1>
- Amaral, P. M. F. (2017). Qualidade da Triagem de Manchester e fatores que a influenciam. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Obtido 20 de janeiro de 2022, de: <https://web.esenfc.pt/rc/>
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. (2ª ed). Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriaidis, H. P., & Stannard, D. (2011). Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in- action Approach. (2ª ed). New York: Springer Publishing Company.
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment and Ethics. (2ª ed). New York: Springer Publishing Company.
- Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE. (2014). Regulamento interno do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE. Obtido 3 de março de 2022, de: [https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/08/Regulamento\\_Interno\\_21\\_03\\_2014.pdf](https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/08/Regulamento_Interno_21_03_2014.pdf)
- Cruz, M. do C. de O. (2019) Triagem realizada por Enfermeiros no serviço de urgência pediátrica: Fatores que influenciam a satisfação dos pais. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Obtido a 16 de julho de 2022 de: [https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5490/1/MariaCeulOliveiraCruz\\_DM.pdf](https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5490/1/MariaCeulOliveiraCruz_DM.pdf)
- Decreto de Lei nº161/96 de 4 de setembro do ministério da Saúde. Diário da República: I série-A, Nº 205. (1996) Obtido 13 de julho de 2022 de: <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Decreto Lei nº111/2012 de 23 de Maio do Ministério das Finanças. Diário da República: I série, N.º 100. (2012). Obtido 15 de julho de 2022, de: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/111-2012-177863>
- Despacho Nº 1057/2015 de 2 de fevereiro do Ministério da Saúde. Diário da República: II série; N.º 22-2. (2015). Obtido 13 de outubro de 2021, de: <https://files.dre.pt/2s/2015/02/022000000/0303903039.pdf>.
- Despacho n.º 13427/2015 de 20 de novembro do Ministério da Saúde. Diário da República: II série; N.º 228. (2015). Obtido 7 de julho de 2022, de: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/13427-2015-71066231>
- Diogo, C.S. (2007) Impacto da relação cidadão – Sistema de Triagem de Manchester na requalificação das urgências do SNS, Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa, Escola de Gestão. Obtido a 16 de julho de 2022 de: <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/993>
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2001) Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/ /Emergência Obtido 25 de agosto de 2021, de: [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia\\_Emergencia\\_2001.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf)
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2003). Cuidados Intensivos: recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa. Obtido 15 de janeiro de 2022, de: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2017). Circular Normativa 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Obtido 17 de novembro de 2021, de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2018). Infecções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018. Obtido 20 de junho de 2021, de: <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/apresentacao.aspx>
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. The Milbank Quarterly, Vol.83(4). Obtido de: <https://doi.org/10.1111/J.1468-0009.2005.00397.X>
- Fernandes, A. S. C. (2020) Literacia em Saúde na doença crónica: adesão à terapêutica e utilização de serviços de saúde. Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública. Obtido a 16 de julho de 2022 de: <https://run.unl.pt/handle/10362/108679>
- Ferreira, R. J. S. (2021) Competências Especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica Contributos de um percurso. Instituto de Ciências da Saúde, Escola de enfermagem (Porto) Obtido 26 de julho de 2022, de: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/34320>
- Fonseca, J. (2021) Sistema de Triagem de Manchester Satisfação dos profissionais de saúde do Serviço de Urgência Básica. Obtido 22 de junho de 2021, de: <https://www.nursing.pt/sistema-de-triagem-de-manchester-satisfacao-dos-profissionais-de-saude-do-servico-de-urgencia-basica/#:~:text=Manifestam-se%20em%20sentido%20contr%C3%A1rio%20quanto%20aos%20E2%80%9CConhecimentos%20dos,com%20o%20sistema%20de%20triagem%20de%20Manchester%20%2864%25%29>
- Fortin, M.-F. (1999) O processo de investigação: Da concepção à realização. (1ª ed) Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas Lda.
- Freitas, M. (2014) Dificuldades percecionadas e grau de Satisfação dos Enfermeiros que fazem Triagem de Manchester nos Serviços de Urgência. Instituto Politécnico de Leiria. Escola Superior de Saúde de Leiria. Obtido 20 de junho de 2021, de: <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2286/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o.pdf>
- Grupo Português de Triagem (GPT). (2010). Triagem no serviço de urgência: manual do formador (2ª ed). Grupo Português de Triagem.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). Multivariate data analysis (7ª ed). Pearson.
- Hesbeen, W. (2000). Cuidar no Hospital - Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar. (1ª ed) Loures: Lusociência.
- Hospital Beatriz Ângelo (HBA). (2021). Visão, Missão e Valores. Obtido 2 de outubro de 2021, de: <https://www.hbeatrizangelo.pt/pt/institucional/visao-missao-e-valores/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). Manual de Suporte Avançado de Vida (1ª ed). Obtido 2 de maio de 2022, de: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/07/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2019.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020a, Março 24). Sala de Situação Nacional do INEM ativada 24 horas/dia - INEM. Obtido 17 de julho de 2022, de: <https://www.inem.pt/2020/03/24/sala-de-situacao-nacional-do-inem-ativada-24-horasdia/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020b, Novembro 11). Plano Estratégico 2020-2022. Obtido 7 de março de 2022, de: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2020/11/PE-2020-2022.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020c, Outubro 1). “ITEAMS – Emergência na palma da mão” é finalista do Prémio HINTT 2020 - INEM. Obtido 9 de março de 2022, de: <https://www.inem.pt/2020/10/01/iteams-emergencia-na-palma-da-mao-e-finalista-do-premio-hintt-2020/>

- Instituto Nacional de Emergência Médica.(s/d) CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes. Obtido 9 de março de 2022 de: <https://www.inem.pt/2017/05/25/centro-de-orientacao-de-doentes-urgentes/>
- International Council of Nursing. (2019). Core Competencies in Disaster Nursing Version 2.0. Obtido 2 de fevereiro de 2021, de: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN\\_Disaster-Comp-Report\\_WEB\\_final.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB_final.pdf)
- Le Boterf, G. (2006). Três dimensões a explorar. Pessoal, Reflexão RH(junho). Obtido 2 de julho de 2022, de: [http://www.guyleboterf-conseil.com/Article evaluation version directe Pessoal.pdf](http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf)
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro da Ordem dos Enfermeiros. *Código Deontológico dos Enfermeiros*. Diário da República: I série, Nº 181. (OE, 2015a) Obtido 11 de junho de 2022, de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Lennquist, S. (2012). Medical response to major incidents and disasters (1ª ed). Sweden: Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-21895-8>
- Lynn, M., & Lieberman, H. (2019). Disasters and mass casualty incidents: the nuts and bolts of preparedness and response to protracted and sudden onset emergencies (2ª ed). Miami: Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-97361-6>
- Mackway-Jones, K., Marsden, J., & Windle, J. (2014). Emergency triage: manchester triage group. Em Manchester Triage Group (3ª ed). West Sussex: Wiley Blackwell.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. ., Im, E.-O., Hilfinger-Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory Changes. *Advanced Nursing Science*, Vol.23(1), 12–28. Obtido 13 de junho de 2022, de: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10970036/#:~:text=Experiencing transitions%3A an emerging middle-range theory Changes in,may be enhanced by understanding the transition process.](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10970036/#:~:text=Experiencing%20transitions%3A%20an%20emerging%20middle-range%20theory%20changes%20in,may%20be%20enhanced%20by%20understanding%20the%20transition%20process.)
- Meleis A.I. (2007) *Theoretical Nursing: Development and Progress*. (4ª ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mendes, O. M. L. D. V. (2013). Modelo Clínico de Dados de Enfermagem - A Pessoa Dependente para se Erguer, Virar ou Transferir. Dissertação. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Obtido 8 de maio de 2022, de: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9383/1/dissertação - dezembro 2013.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9383/1/dissertação%20-%20dezembro%202013.pdf)
- Morais, D. P. P. (2017). Prevenção das Infecções associadas a Cuidados de Saúde em Medicina Intensiva. Universidade da Beira Interior, Covilhã. Obtido 12 de maio de 2021, de: [https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8046/1/5485\\_11065.pdf](https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8046/1/5485_11065.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Obtido 12 de junho de 2021, de: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE\\_Indicadores-VFOut2007.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Parecer N.º 84 / 2008 - Proposta de Criação do Técnico de Emergência PréHospitalar (TEPH). Obtido 15 de maio de 2022, de: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer\\_CE-84-2008.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_CE-84-2008.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Obtido 1 de julho de 2021, de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Obtido 23 de janeiro de 2021, de: [http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Documents/Guião para elaboração projetos qualidade SRS.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Documents/Guião%20para%20elaborac%20%C3%A7%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros. (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Obtido 19 de maio de 2021, de: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro\\_Norma\\_de\\_DotacoesSeguras\\_dos\\_Cuidados\\_de\\_Enfermagem\\_AG\\_30\\_05\\_2014\\_aprovado\\_por\\_maioria\\_proteg.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). CIPE Versão 2015. Obtido 3 de junho de 2021, de: <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/cipe-2015.html?fbclid=IwAR1u9YSHVQPkIGX2xPamiqLYUFxTjOJH8VcXQRTbrcE4JONEfouVPS6Rwg8>
- Ordem dos Médicos. (2020). Induzir e manter sedação profunda. Choosing Wisely Portugal - Escolhas criteriosas em saúde. Obtido 12 de maio de 2022, de: <https://ordemosmedicos.pt/induzir-e-manter-sedacao-profunda/>
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusodidacta.
- Pinto, F. J. F. (2011). Sedação e Analgesia em Unidades de Cuidados Intensivos em Portugal – resultados de um inquérito nacional. Universidade do Porto. Obtido 15 de maio de 2022, de: [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62317/2/Tese\\_Filipe\\_Pinto\\_revista\\_2306.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62317/2/Tese_Filipe_Pinto_revista_2306.pdf)
- Portaria N° 194/2014 de 30 de setembro do Ministério da Saúde. Diário da República: II Série, N° 188. (2014). Obtido 6 de fevereiro de 2021, de: <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/194-2014-57695124>.
- Potra, T. M. F. dos S. (2015). Gestão de Cuidados de Enfermagem: das Práticas dos Enfermeiros Chefes à Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Universidade de Lisboa. Obtido 12 de maio de 2021, de: [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20608/1/ulsd071644\\_td\\_Teresa\\_Potra.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20608/1/ulsd071644_td_Teresa_Potra.pdf)
- Queijo, A. F. (2002). Tradução para o português e validação de um Instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Nursing Activities Score (N.A.S.). Universidade de São Paulo, São Paulo. Obtido 12 de julho de 2022, de: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-12112003-220346/publico/AldaTDE.pdf>
- Queijo, A. F., & Padilha, K. G. (2009). Nursing activities score (NAS): Cross-cultural adaptation and validation to Portuguese language. Revista da Escola de Enfermagem, 43(SPECIALISSUE.1), 1018–1025. Obtido de <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500004>
- Regulamento N° 140/2019 de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República: II série, N.º 26, (2019) (OE, 2019a). Obtido 12 de maio de 2021, de: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento N° 361/2015 de 26 de junho da Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República, série II, N°123 (2015) (OE, 2015b). Obtido 19 de maio de 2021, de: [https://static.sancheoassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Junho/Regul\\_361\\_2015.pdf](https://static.sancheoassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Junho/Regul_361_2015.pdf).
- Regulamento N° 429/2018 de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Diário da República, Série II, N°135. (2018) (OE, 2018). Obtido 18 de junho de 2021, de: <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Regulamento N° 743/2019 de 25 de setembro da Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República: II Série, N°184. (2019) (OE, 2019b). Obtido 12 de junho de 2021, de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/15588/0012800155.pdf>
- Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001 de 3 de janeiro da Assembleia da República. Diário da República: I Série – A, N°2 (2001). Obtido a 13 de Julho de 2022 de: <https://files.dre.pt/1s/2001/01/002a00/00140036.pdf#:~:text=Resolu%C3%A7%C3%A3o%20da%20Assembleia%20da%20Rep%C3%ABlica%20n.º%201%2F2001%20APROVA%2C%20PARA,EM%20PARIS%2C%20EM%2012%20DE%20JANEIRO%20DE%201998>.

- Ribeiro, O., Martins, M. M. F. P. da S., & Tronchin, D. M. R. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, Vol. IV(14), 89–100. Obtido de <https://doi.org/10.12707/RIV16086>
- Salgueiro, A. C. V. (2019). *Triagem de Manchester - Satisfação dos Enfermeiros*. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Obtido 22 de julho de 2021, de: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/5649>
- Serviço Nacional de Saúde (SNS). (2022). *Urgências – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central*. Obtido 27 de Fevereiro de 2022, de <http://www.chlc.min-saude.pt/urgencias/>
- Sheehy, S. (1998). *Enfermagem de Urgência - Da Teoria à Prática (4ª ed)*. Lusociência.
- Silva, A. M. (2009). *Triagem de Prioridades - Triagem de Manchester*. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Obtido 14 de julho de 2021, de: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19983>
- Soares, A. I. M. (2017). *Conceções Dos Enfermeiros Especialistas – Contributos Para A Qualidade*. Escola Superior De Enfermagem Do Porto, Porto. Obtido 4 de junho de 2021, de: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18940>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos Recomendações*. Obtido 16 de março de 2022, de: <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Teixeira, J., & Durão, C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(10), 135–142. Obtido de: <https://doi.org/10.12707/RIV16026>
- Tojal, A. (2011). *Percepção dos enfermeiros sobre a formação em serviço*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 127. Obtido 23 de junho de 2021, de: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24174>
- World Health Organization. (2019). *Health Emergency and Disaster Risk Management Framework*. Obtido 14 de janeiro de 2021, de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326106/9789241516181-por.pdf?sequence=9&isAllowed=y>
- Wright, M. T., Brito, I., Kleba, M. E., Madsen, W., Springett, J., Wakeford, T., Cook, T., Harris, J. (2018). O que é a pesquisa-ação participativa em saúde. *International Collaboration for Participatory Health Research (ICPHR)*, (2). Obtido 16 de fevereiro de 2022, de: [http://www.icphr.org/uploads/2/0/3/9/20399575/icphr\\_position\\_paper\\_1\\_pt.pdf](http://www.icphr.org/uploads/2/0/3/9/20399575/icphr_position_paper_1_pt.pdf)

## APÊNDICES

**APÊNDICE I – GUIÃO PARA ATUAÇÃO NA VÍTIMA AGREDIDA POR ARMA NA SALA  
DE EMERGÊNCIA**



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA  
2º MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

**GUIÃO PARA ATUAÇÃO NA VÍTIMA AGREDIDA POR ARMA NA**  
**SALA DE EMERGÊNCIA**  
**CADEIA DE CUSTÓDIA**

Elisabete Pereira Ribeiro

Nº5200104

Lisboa, julho 2021

## Índice

ABREVIATURAS.....	3
INTRODUÇÃO .....	4
INFORMAÇÕES IMPORTANTES NA COLHEITA DE DADOS.....	5
TIPOS DE LESÕES.....	6
PASSOS PARA COLHEITA E TRATAMENTO DOS VESTÍGIOS.....	7
CADEIA DE CUSTÓDIA E REGISTOS.....	10
KIT FORENSE .....	11
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	12

## **ABREVIATURAS**

ABFO - American Board of Forensic Odontology

EPI - Equipamento de Proteção Individual

SU - Serviço de Urgência

SE - Sala de Emergência

## INTRODUÇÃO

"A violência é vista como um fenómeno abrangente, que exige ser compreendido nas suas diferentes dimensões e requer uma ação sistémica e resiliente." (Gomes, 2017)

No Serviço de Urgência Geral Polivalente, os enfermeiros cuidam de vítimas de trauma diariamente.

Apesar da prioridade de atuação ser a medidas de suporte avançado de vida, os enfermeiros, devem estar despertos para a identificação, colheita e preservação dos vestígios que, mais tarde, podem integrar a investigação forense, quando estão perante uma vítima de crime. (Eisert et al., 2010)

Um dos aspetos mais importantes a compreender pelo enfermeiro é que a sua atuação no intra-hospitalar começa quando recebe o doente na triagem e, a partir deste momento, ele deve, para além de priorizar a vida, iniciar o seu processo de contribuição para a manutenção da cadeia de custódia.

Existem informações que podem ajudar os profissionais de saúde numa melhoria da prestação de cuidados, tal como, na identificação e recolha de vestígios que podem, mais tarde, ser implicados no processo de investigação.

Desta forma, é possível compreender alguma relação entre as lesões observadas que podem ser atuais ou mais antigas, tendo em conta as diferentes colorações, ou pontos de impacto coincidentes ou não com o trauma relatado.

Este guia é uma compilação de conhecimentos a partir de pesquisa bibliografia baseada na temática.

A Tabela 1 identifica alguns dados importantes que podem ser adjuvantes na identificação das lesões provocadas pelo trauma.

A Tabela 2 relaciona os tipos de lesões possíveis com exemplos de armas associadas e a energia aplicada por estas armas. Isto contribui para a avaliação dos dados corporais que se esperam consoante as diferentes armas.

A Tabela 3 faz uma linha sequencial de atuação, descrevendo indicações concisas e algumas justificações pertinentes que o enfermeiro deve estar atento durante a prestação de cuidados à vítima de trauma por arma.

A Tabela 4 apresenta o processo de identificação dos vestígios e manutenção da cadeia de custódia, evitando a quebra ou comprometimento desta.

A Tabela 5 apresenta aqueles que podem ser os constituintes básicos de um Kit Forense, facilitando a recolha e acondicionamento dos vestígios até à sua entrega às autoridades.

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES NA COLHEITA DE DADOS

Tabela 1 - Informações importantes na colheita de dados

A conhecer na recolha de dados:	
<p>Tipos de armas possíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Arma propriamente dita:</b> (punhais, revólveres, soqueiras)</li> <li>• <b>Armas eventuais:</b> (faca, navalha, foice, facão, machado)</li> <li>• <b>Armas naturais:</b> (punhos, pés, dentes)</li> <li>• <b>Diversos meios imagináveis:</b> (máquinas, animais, veículos, quedas, explosões, precipitações, seringas/intoxicação).</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de Arma</li> <li>• Tipo de munição e se a bala saiu do corpo.</li> <li>• Resíduos de pólvora (presença ou ausência).</li> <li>• Mecanismos de lesão vs Padrão das lesões.</li> </ul>	Armas de fogo ou brancas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cinemática do trauma.</li> <li>• Presença de lesões de defesa (normalmente nos antebraços e mãos).</li> <li>• Pontos de Impacto primário e Impacto secundário: corpo/cabeça contacto com o objecto/arma, corpo com pavimento ou objeto fixo.</li> <li>• Condição do corpo: descoloração, edemaciado, pés e mãos engelhados. - evidência de Afogamento (pode ser pós-agressão)</li> <li>• Existência de lesões visíveis consistentes com os detalhes conhecidos.</li> <li>• Possível droga/substância envolvida: evidencias no corpo (locais de punção) ou parafernália de droga.</li> <li>• Dados sobre a substância: nome, presumível quantidade ingerida e via de administração.</li> </ul>	Outros dados importantes

(A.Gomes, 2014a, 2014b; C.I. Gomes, 2017)

## TIPOS DE LESÕES

Tabela 2 - Tipos de Lesões

Instrumento	Local de aplicação da energia	Mecanismo	Lesão	Exemplos de armas
Perfurante	Um ponto	Pressão + Penetração	Puntiforme ou Puntória	Alfinete, Agulha, Pregos, Estilete
Cortante	Uma linha	deslizamento	Incisa ou corte	Lâminas, facas, arestas de vidro, de cerâmica, etc.
Contundente	Área + Massa	Pressão + Esmagamento	Contusa	Pedra, pau, martelo, pá, tijolo, coroa de arma, cassetete, bengala, etc.
Lacerante	Linha + Massa	Esgarçamento	Laceração	Serra, Moto-serra, Serrote
Perfuro-cortante	Ponto + Linha	Pressão + Deslizamento	Perfuro- Incisa	Punhal, faca, canivete, navalha, tesoura, etc.
Perfuro-contundente	Ponto + Massa	Pressão + Penetração	Perfuro-Contuso	Projéteis de armas de fogo (balas, chumbos, etc.)
Corto-contundente	Linha + Massa	Pressão + Esmagamento	Corto-Contuso	Machado, Foices, Sabre

(C.I. Gomes, 2017)

## PASSOS PARA COLHEITA E TRATAMENTO DOS VESTÍGIOS

Tabela 3 - Passos para colheita e tratamento dos vestígios

<b>Tratamento dos vestígios</b>	
<b>Recomendações gerais</b>	
Abordagem da vítima com algoritmo trauma CABCADE	
Usar sempre luvas e outro EPI necessário (bata, máscara, touca, óculos de proteção)	
Trocar de luvas entre diferentes materiais;	Preservar possíveis impressões digitais; Evitar contaminação cruzada de vestígios.
Colocar cada vestígio em saco individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar com etiqueta própria no kit.</li> <li>• Nunca agrafar os sacos nem lambar envelopes.</li> <li>• Usar um selo para fechar.</li> </ul>
Todas as vítimas de violência devem ser completamente despidas	Efetuar exame completo e detalhado do corpo da vítima.
Corpo	Comentários
Não lavar nem desinfetar qualquer parte do corpo, exceto por extrema necessidade;	Para desinfetar preferir iodopovidona em vez de substâncias de base alcoólica.
Evitar-se puncionar veias no dorso da mão.	Preferir locais centrais.
Marcar um círculo com marcador o local das punções terapêuticas	Para distinguir das punções por overdose.
Recolha de amostra de sangue antes de administrar terapêutica, fluidos ou hemoderivados. (4 tubos).	Para evitar alterações de resultados de substâncias aditivas.
Colheita de sangue para determinação de alcoolémia feita em tubo separado, devidamente identificado.	O doente deve consentir esta colheita e ficar registado em notas de enfermagem. Apenas o tribunal pode emitir um mandato de obrigatoriedade para determinação de alcoolémia.
Fotografar o corpo, as lesões e o local das mesmas	Recolher objetos ou corpos estranhos do corpo só depois de fotografar, utilizando uma régua para comparação de dimensões.
Colocar sacos de papel a envolver mãos até aos pulsos e selar com adesivo.	Para preservar possíveis vestígios de pólvora.
Vítima cadáver	A vítima que entra cadáver no SU, não deve ser despida nem ter cuidados pós-morte e

7

	segue assim para morgue.
Guardar todo o material invasivo utilizado em SE.	Soros, fluidos, fármacos, cateteres
Os familiares não podem tocar no corpo	
Cadáver deve ser envolvido em lençol antes de colocar no saco de cadáver.	
<b>Feridas</b>	<b>Comentários</b>
Fotografar TODAS as lesões utilizando uma régua ABFO para comparação.	
Realizar pensos às feridas consoante necessidade.	Se não necessitar de realizar pensos às feridas, cobri-las com compressas esterilizadas secas, deixando uma margem excedente à volta da ferida, de pelo menos 10cm.
<p>Descrever as características das feridas em registos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Localização,</li> <li>• Dimensão</li> <li>• Características dos bordos</li> <li>• Forma</li> <li>• Nº de feridas e orifícios</li> </ul>	<p>Caraterísticas de feridas por arma de fogo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orifício de entrada, menor</li> <li>• Orifício de saída, maior.</li> <li>• Presença de anéis de abrasão e fuligem.</li> <li>• Tatuagem (queimadura e incrustação de pólvora)</li> <li>• Presença de restos de objetos que foram transferidos pela movimentação.</li> </ul> <p>Características de feridas por arma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Feridas incisais, feridas punctórias ou mistas - ferida em "cauda" (típica de esfaqueamento)</li> <li>• Abrasões, lacerações, contusões (diferentes colorações = diferentes estadios cronológicos)</li> <li>• Retração dos tecidos - típico em tecidos vivos</li> <li>• Dentadas, Arranhões, Marcas de estrangulamento</li> <li>• Fraturas - coincidência com o mecanismo de lesão</li> </ul>
<b>Tratamento de Roupas</b>	<b>Comentários</b>
Colocar 2 lençóis no chão para colocar roupa retirada durante emergência	Pólvora queimada ou não queimada fica depositada na primeira superfície com a qual entra em contacto, muitas vezes, a roupa da vítima.

Segundo lençol é guardado em saco separado e acompanha a roupa de prova.	
Cortar a roupa pelas costuras e nunca pelos orifícios presentes;	
Guardar a roupa, sapatos, objetos pessoais em sacos de papel individuais, nunca em saco de plástico fechado.	Se não houver sacos de papel, utiliza sacos de plástico sem nunca os fechar.
Envolver roupa húmida em papel e colocar em sacos plásticos (sem fechar)	Facilitar a secagem ao ar livre.
<b>Balas</b>	
Recolher balas e invólucros das munições com luvas ou pinça com pontas protegidas por borracha.	Colocar em envelope ou frasco de recolha de urina (com compressa esterilizada no fundo).
Arma presente	Bloquear arma de fogo e guardar Guardar (possível) arma numa caixa própria.
<b>Materiais Diversos</b>	
<b>Comentários</b>	
Recolher separadamente qualquer objeto presente na roupa da vítima ou que acompanhe a vítima.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vestígios presentes (terra, ervas, fibras, restos de alcatrão)</li> <li>• Usar pinça ou fita cola transparente para pequenas partículas.</li> <li>• Objetos fixos não devem ser raspados, seguem junto com o item e referem-se na etiqueta que está presente (Ex.: "sapato com partículas de terra")</li> <li>• Compressas e ligaduras usadas;</li> <li>• Parafernália da droga (colher, prata, limão, seringa).</li> <li>• Frascos, caixas e lamelas de comprimidos, garrafas, etc.</li> </ul>
Colher secreções secas, usar zaragota humedecida com água esterilizada e deixar secar antes de empacotar.	
Guardar o saco do aspirador que contenha conteúdo aspirado, tapar com papel e etiquetar;	
Conteúdo gástrico ou urina no chão, recolher com zaragatoa ou compressa, deixar secar ao ar e armazenar.	
Todos os fluidos recolhidos devem estar secos antes de empacotar em envelope de papel.	

(A.Gomes 2014a; A. Gomes 2014b; A. Gomes 2018; C. I. Gomes, 2017)

## CADEIA DE CUSTÓDIA E REGISTOS


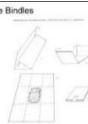

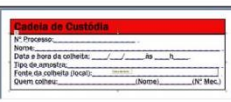














**Tabela 4 - Cadeia de Custódia**

Cadeia de custódia	
Todos os sacos individuais devem ser selados e identificados com etiqueta própria com as seguintes informações:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº do processo</li> <li>• Nome, idade e data de nascimento da vítima</li> <li>• Data e hora da colheita</li> <li>• Tipo de amostra - fonte da colheita</li> <li>• Região do corpo onde foi colhida</li> <li>• Nome, título, assinatura e número mecanográfico de quem efetuou a colheita e instituição onde foi recolhida.</li> </ul>
Utilizar folha da DGS "FORMULÁRIO DE CADEIA DE CUSTÓDIA" na identificação de quem recolhe e recebe os vestígios.	
Registo de enfermagem sobre a vítima: (Gomes, 2014a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação, informação da vítima;</li> <li>- Consentimento informado, quando aplicável;</li> <li>- História clínica relevante;</li> <li>- Descrição do exame físico detalhado;</li> <li>- Diagnóstico de informação;</li> <li>- Terapêutica instituída;</li> <li>- Reportar de cuidados follow-up.</li> </ul>
Registo de enfermagem sobre os vestígios:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação dos itens recolhidos.</li> <li>- Data, hora, localização dos itens.</li> <li>- Diagramas corporais e fotografias.</li> <li>- Quem esteve envolvido na recolha dos vestígios.</li> <li>- Autoridade a quem foram entregues os vestígios, com data e hora</li> </ul>
Acondicionamento dos vestígios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Devem ser deixados em sala segura, trancada ou cofre único para vestígios; (evitar que os vestígios sejam deixados sem supervisão em qualquer momento);</li> </ul>
Todos os vestígios devem ser devidamente colhidos e acondicionados, sendo o juiz a decidir a sua validade.	

(A.Gomes 2018; OE, 2019; DGS, 2016)

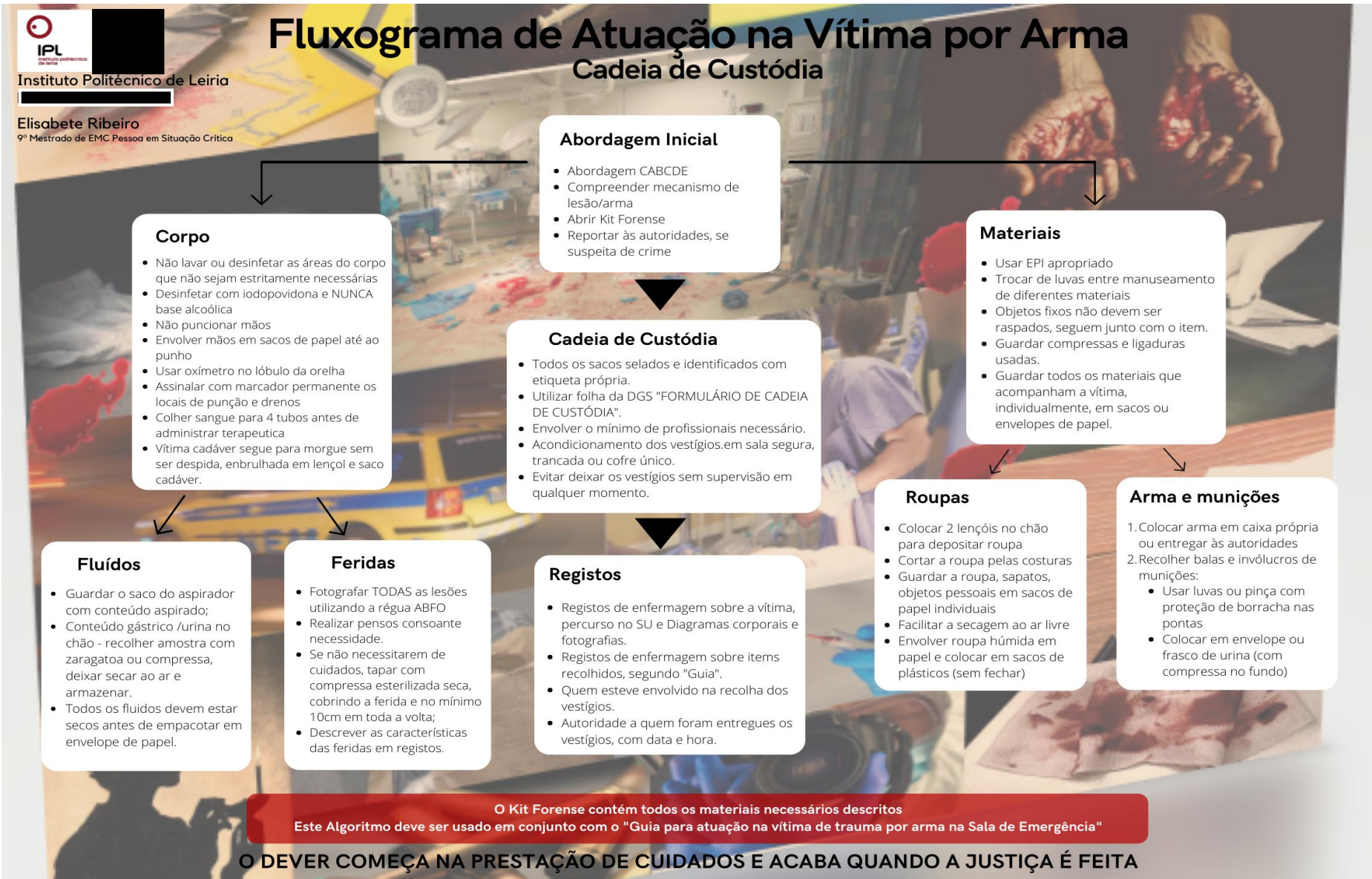
**KIT FORENSE**

**Tabela 5 - Constituição do KIT Forense**

Régua forense de alto contraste "ABFO 2"		1	
Folhas de papel para dobrar		2	
Caixa de cartão para pistola ou faca		1	
Etiquetas de identificação de prova		12	
Formulários de "Cadeia de Custódia"		2	
Zaragatoas secas		4	
Envelopes de papel		8	
Fita cola vermelha (rolo)		1	
Fita cola transparente (rolo)		1	
Compressas secas 2x2		4	
Marcador de pele		1	
Frascos esterilizados (ex: frasco de urina)		2	
Sacos de papel grandes		2	
Sacos de papel pequenos		4	
Tubos de colheita de sangue (bioquímica, hemograma, coagulação)		X2	
Pinça com pontas protegidas com borracha		1	
Tesoura para cortar roupa		1	
Copos de esferovite descartáveis - para deixar zaragatoas a secar (Adaptado de Eisert et al., 2010)		4	

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Decreto-Lei n.º 78/87 de 17 de fevereiro, do CÓDIGO DE PROCESSO PENAL, Diário da República n.º 40, Série I (1987), Obtido a 01 de julho de 2021 de: <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/139876418/202011060833/73862075/diploma/indice>
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *VIOLÊNCIA INTERPESSOAL ABORDAGEM, DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE*. (Direção-Geral de Saúde, Ed.) (2ª). Obtido 10 de maio de 2021 de: [https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-cm-risco/ficheiros-externos/violencia\\_interpeessoal-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-cm-risco/ficheiros-externos/violencia_interpeessoal-pdf.aspx)
- Eisert, P. J., Eldredge, K., Hartlaub, T., Huggins, E., Keirn, G., Rozzi, H. V., ... O'Brien, P. (2010). CSI : NEW @ YORK - DEVELOPMENT OF FORENSIC EVIDENCE COLLECTION GUIDELINES FOR THE EMERGENCY DEPARTMENT, 33(2), 190–199. Obtido de: <https://doi.org/10.1097>
- Gomes, A. M. (2017, Junho 20). (PDF) PADRÕES DE APTIDÃO DO ENFERMEIRO FORENSE. *Nursing*. Obtido 9 de Maio de 2021 de: [https://www.researchgate.net/publication/317718219\\_PADROES\\_DE\\_APTIDAO\\_DO\\_ENFERMEIRO\\_FORENSE](https://www.researchgate.net/publication/317718219_PADROES_DE_APTIDAO_DO_ENFERMEIRO_FORENSE)
- Gomes, Albino. (2014a). *ENFERMAGEM FORENSE, volume 1*. Lisboa: Lidel.
- Gomes, Albino. (2014b). *ENFERMAGEM FORENSE, volume 2*. Lisboa: Lidel.
- Gomes, Albino. (2018). PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS NO PRÉ-HOSPITALAR: PAPEL DAS EQUIPAS DE EMERGÊNCIA MÉDICA EM CENÁRIOS FORENSES; *Revista Digital Nursing*; setembro. Obtido a 20 de junho de 2021 de: [https://www.researchgate.net/publication/327838756\\_Preservacao\\_de\\_vestigios\\_no\\_pre-hospitalar\\_papel\\_das\\_cuipias\\_de\\_emergencia\\_medica\\_em\\_cenarios\\_forenses](https://www.researchgate.net/publication/327838756_Preservacao_de_vestigios_no_pre-hospitalar_papel_das_cuipias_de_emergencia_medica_em_cenarios_forenses)
- Gomes, Albino. (2020). FERIMENTOS POR ARMA DE FOGO Introdução - BALÍSTICA DAS FERIDAS (ou dos ferimentos). Obtido a 15 de junho de 2021 de: [https://www.researchgate.net/publication/341495312\\_FERIMENTOS\\_POR\\_ARMA\\_DE\\_FOGO\\_Introducao\\_-\\_BALISTICA\\_DAS\\_FERIDAS\\_ou\\_dos\\_ferimentos](https://www.researchgate.net/publication/341495312_FERIMENTOS_POR_ARMA_DE_FOGO_Introducao_-_BALISTICA_DAS_FERIDAS_ou_dos_ferimentos)
- Ordem dos Enfermeiros (2016) Parecer CJ 52/2016 – SIGILO PROFISSIONAL PERANTE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA A PESSOAS EM CONDIÇÃO/SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE Obtido a 27 de junho de 2021 de: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5162/parecer-52-2016\\_cj\\_sigilo-profissional\\_situa%C3%A7%C3%B5es-de-viol%C3%Aancia.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5162/parecer-52-2016_cj_sigilo-profissional_situa%C3%A7%C3%B5es-de-viol%C3%Aancia.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2019) Parecer CJ 112/2019 – PEDIDO DE PARECER SOBRE O DEVER DE SIGILO PROFISSIONAL E A OBRIGATORIEDADE DE DENÚNCIA DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA. Obtido a 27 de junho de 2021 de: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16907/parecer-112-2019\\_cj\\_viol%C3%Aancia-dom%C3%A9stica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16907/parecer-112-2019_cj_viol%C3%Aancia-dom%C3%A9stica.pdf)



## **APÊNDICE II – POSTER: ATUAR NA VÍTIMA POR ARMA**

# Atuar na Vítima por Arma!

No local do crime, qualquer contacto implica uma troca, inevitável, de substâncias ou de efeitos. Tanto o criminoso deixa vestígios seus, como transporta consigo vestígios do local e da vítima. O mesmo é regra para as equipas intervenientes no local. (Princípio das trocas de Locard)

## A PRIORIDADE É SEMPRE O SOCORRO IMEDIATO À VÍTIMA COM RISCO DE VIDA

Preparação da "Cadeia de Custódia"- Desde o momento da chamada para o n.º 112, até à chegada da vítima ao hospital.

- CODU - Faz passagem de dados com indicações em conformidade com a atuação em local de possível crime
- EPH: Antever condições de segurança e programar ações
- Preparar kit forense

### NO LOCAL DO CRIME

<b>CHEGADA AO LOCAL</b>	Minimizar as sirenes e luzes Estacionar a viatura a uma distância de segurança Fila única - elemento da frente leva mala de emergência Usar lanterna junto ao corpo (quando necessário) Abordar uma porta pelo lado, nunca pela frente
<b>ABORDAR UM VEÍCULO</b>	Pelo lado do pendura Apenas um elemento e condutor permanece na SUV Atenção a movimentos dentro do veículo Não caminhar por trás do veículo
<b>OBSERVAR</b>	Condições de segurança Polícia já no local? Presença de multidão? Nº de pessoas? Grau de hostilidade? Pessoas sob efeito de álcool ou drogas? Número e localização das vítimas Posição da vítima Presença de sangue (não pisar) e/ou objetos na vítima Existência de desordem ou outras marcas de violência Presença de armas
<b>RESTRIGIR AO MÍNIMO</b>	Não comer, beber ou fumar no local Retirar todos os intervenientes desnecessários do local Estabelecer um trajeto único para todos Tocar e mover apenas o estritamente necessário à prestação de cuidados imediatos

### KIT FORENSE



### FERIDAS

O essencial é a sua descrição e localização.

- A importância do tipo de arma, prende-se com a percepção das lesões que possa ter provocado e os cuidados que possam ser necessários.
- Não limpar feridas - se tal for necessário, a lesão deve ser protegida com compressas e ligaduras (10cm à volta), que serão guardadas como vestígios.
- Sinais de luta e/ou feridas de defesa - antebraços, dorso, palmas das mãos, flexuras das falanges.

#### Feridas por arma de fogo

- Identificar orifício de entrada (menor) e saída (maior), se existir
- Presença ou ausência de anéis de abrasão e fuligem
- Podem apresentar restos de objetos que foram transferidos pela movimentação.

#### Feridas por arma branca

- Cortes mais profundos no início e mais superficiais no final
- Cortes de ensaio, são indicio de suicídio - antebraços
- Ferida em "cauda de andorinha" (pela mudança de posição da vítima)

### DESCRIÇÃO DAS FERIDAS

- Localização, tamanho, características, coloração, direção e tipologia (regular ou irregular)
- Abrasões, lacerações, contusões, fraturas - relatar correspondência com o mecanismo de lesão
- Fotodocumentação com escala métrica ABFO e registo no diagrama anatómico
- Presença de ferida em "cauda"
- Nº de orifícios de entrada e/ou saída, feridas tangenciais e lesões de reentrada

### VESTÍGIOS

Trocar de luvas frequentemente entre vestígios e desperdiçar  
Em emergência todos os objetos e roupas devem ser colocados em duplo lençol no chão  
Recolher objetos e lençol de cima, em sacos de papel individuais (ou envelopes), selados com fita adesiva, com etiqueta de identificação completa e assinada pelo enfermeiro  
Secar todos os objetos antes de guardar  
Balas e invólucros, recolhidos, sem recurso a objetos metálicos, para contor de urina com compressa no fundo  
Conteúdos eméticos e/ou fluídos recolhidos com zaragoas esterilizadas para recipientes esterilizados, individualizados  
Guardar o saco do aspirador que contenha conteúdo aspirado  
Vestígios biológicos degradáveis devem ser conservados em solução alcoólica



Todos os materiais devem ser guardados individualmente e devidamente etiquetados com identificação, segundo Cadeia de Custódia\*

### VÍTIMA

Movimentar o corpo apenas para verificar a sua viabilidade e não reposicionar na posição inicial

Se estiver cadáver, não mexer

Despir ou cortar roupas apenas pelas costuras e colocar em saco de papel e sapatos em saco separado

Secar ao ar livre - Não sacudir roupa

Envolver roupa húmida em papel antes de colocar em sacos.

Bloquear Arma de fogo antes de guardar  
Guardar a arma em caixa própria  
Se a faca estiver empalada, deve ser protegida com saco de papel e fixa;

Mãos da vítima - Não puncionar

Envolver em sacos de papel e adesivo até antebraço, sem limpar

Usar oxímetro no lóbulo da orelha

Assinalar com marcador permanente os locais de punção e colocação de drenos, para distinguir de outros possíveis locais de punção

Se desinfetar, nunca usar materiais com base alcoólica (iodopovidona, octiset, soro, etc)

## Registos

Documentar TUDO o que pareça ser relevante e possa estar relacionado com o caso

**Quanto ao Local**  
Interior ou exterior  
Dentro de veículo? Que vestígios do lado de fora?  
Distribuição do sangue no local  
Quem descobriu a vítima?  
Comportamentos identificados

**Quanto à Arma**  
Existência de arma com a vítima? Mão que empunha a arma?  
Localização da arma - Arma caída junto ao cadáver (onde? a que distância?)  
Tipo de arma:  
a) Quanto ao alcance: cano curto (revolver, pistola) / cano comprido (carabina, fúsil, caçadeira)  
b) Quanto à carga: projétil único e projétil múltiplo (caçadeira)  
c) Quanto à constituição: típicas e atípicas  
d) Arma branca  
Presença de resíduos de pólvora  
Existência de projéteis ou invólucros no local - Projétil único ou múltiplos  
Existência de marcas de passagem de projéteis nas paredes, mobiliário, pavimentos, outros

**Quanto à Vítima**  
Hora a que a vítima foi encontrada - Hora a que foi vista com vida pela última vez  
Posição do corpo - se foi movimentado (quem o fez? e qual o motivo?)  
Marcas de arrastamento do corpo  
Antecedentes psiquiátricos, tentativas anteriores de suicídio  
Objetos na periferia da vítima (integridade e disposição, com/sem sinais de violência)  
Coincidência dos ferimentos com os orifícios da roupa / estragos na roupa  
Existência de sinais positivos de morte  
Hora da verificação do óbito

**Quanto aos Profissionais**  
Descrição pormenorizada dos cuidados prestados  
Nome dos profissionais e outros envolvidos  
Identificação da pessoa responsável pela cadeia de custódia

**\*Cadeia de Custódia**  
Nº do Processo Policial e Nº CODU;  
Nome da vítima;  
Data e hora da colheita;  
Tipo de amostra - fonte da colheita;  
Região do corpo onde foi colhida;  
Nome e número mecanográfico de quem efetuou a colheita.



Enfermeira Elisabete Pereira Ribeiro  
Aluna do 2º Mestrado de Especialidade em Enfermagem  
Médico-Girintópica à Pessoa em Situação Crítica.

Enfermeira Orientadora: Enf. Esp. Susana Manageiro  
Professora Orientadora: Prof. Dra. Enf. Esp. Susana Mendonça

Referências Bibliográficas



**Vítima de abuso**

- Recolher a roupa usada pela vítima durante o abuso, caso esta já tenha sido despida, caso contrário protelar até à chegada ao hospital.
- Não aplicar de desinfetantes na pele
- Não aplicar gelo para redução do edema
- Em caso de urgência urinária da vítima - recolher amostras, sem proceder à limpeza genital após micção
- Nem deitar fora pensos ou tampões
- Informar a vítima que não pode comer, beber nem fumar durante 6-8h (nas situações em que houve contato oral)

**Intoxicação ou overdose**

- Identificar a substância
- Recolher frascos, lamelas e/ou caixas de comprimidos, seringas, garrafas, entre outros objetos que se encontrem no local
- Recolher conteúdo gástrico aspirado (saco de aspirador) e/ou derramado, utilizando compressas e zaragatoas (posteriormente secas ao ar)

**Enforcamento**

- A corda deve ser cortada 15 cm acima do nó, nunca devendo ser desfeito ou cortado o nó (apenas caso a vítima tenha viabilidade para intervenção)
- Vítima sem sinais de vida, o nó nunca deverá ser retirado do corpo
- Laço com o nó, em saco de papel e com a devida identificação, bem como o registo da coloração da lesão corporal causada pelo mesmo

**TIPOS DE LESÕES**

**LESÕES TRAUMÁTICAS EXTERNAS**

- Contusão superficial – equimose/hematoma
- Abrasiao- esfoliação/escoriação
- Ferida contusa

**LESÕES TRAUMÁTICAS INTERNAS**

- Contusão profunda - a contusão visceral é mais frequente em órgãos maciços (cérebro, fígado, baço, rins).
- Fracturas ósseas
- Laceração/Esfacelo de órgãos

**LESÕES MODELADAS**

Podem ser escoriações, equimoses ou feridas contusas- a morfologia e características permitem a identificar o instrumento que as produziu.

**LESÕES TRAUMÁTICAS COMPLEXAS**

Lesões traumáticas que associam elementos de diferentes lesões traumáticas - resultam de mecanismos traumáticos diferentes ou da sobreposição dos seus efeitos.

**OUTRAS LESÕES IMPORTANTES:**

**ESTIGMAS UNGUEAIS** - Lesões traumáticas, geralmente escoriações com/sem equimoses - resultam da penetração de unhas na pele.

**MORDEDURAS** - Desenham 2 arcos interrompidos, opostos e rodeados por equimose. Podem apresentar particularidades da arcada dentária do autor (ex. falhas) que podem facilitar a identificação.

**FERIDAS POR ARMA BRANCA**

**FERIDA INCISA** – Fusiforme, bordos retos e nítidos, extremidades angulosas e fundo regular. Mais superficial e maior comprimento do que profundidade

**FERIDA PERFURANTE** – Contorno circular, oval ou semelhante ao corte do instrumento usado; bordos regulares ou irregulares. Maior profundidade, do que comprimento.

Instrumento fino - ao penetrar a pele, não ultrapassa a sua capacidade elástica - deixa ponto avermelhado que desaparece em 2 ou 3 dias (ex: agulha).

Instrumento grosso - ultrapassa a capacidade elástica da pele - orifício com orla de contusão, em forma de casa de botão.

**CONTUNDENTE** - em oblíquo, bordo forma uma lâmina ou contusão (quando o instrumento é projetado contra a vítima ou a vítima vai contra o objeto parado (ex.: queda ou ambos em movimentação)

Devido à elasticidade da pele, esta fica íntegra e a lesão é a nível profundo (escoriação, equimose, hematomas)

Feridas importantes para datar a lesão, pelas diferentes colorações

**LACERANTE** – distendem os tecidos, rasgando-os.

**FERIDAS CORTO-PERFURANTE** – Ferida incisa na pele + componente perfurante do trajeto nos tecidos e órgãos subjacentes, de bordos retos e nítidos e extremidades angulosas, profundidade do trajeto maior que o comprimento da entrada.

**FERIDAS CORTO-CONTUNDENTES** – Ferida incisa na pele + componente contundente (ex.:fratura óssea subjacente ou um esfacelo de uma víscera maciça). Bordos irregulares, com orla de contusão, atingem planos mais profundos e não apresentam cauda. (machado, guilhotina, enxada, facão, foice, dentes)

**FERIDAS POR PROJÉTIL**

**Orifício de entrada (OE):**

Depende da forma, da distância e da força do projétil.

- Número - Geralmente único, exceções: 1º braço/2º tronco, 1º coxa/2º coxa, mama pendente.
- Tiro de Caadeira** - Projéteis múltiplos (mais do que 1 OE) - quando a curta distância (< 1 metro) os chumbos não se dispersam atuando como um projétil único - OE grande, irregular, com destruição acentuada dos tecidos subjacentes
  - Forma:
    - Estrelado, aspeto rasgado (disparos de cano encostado)
    - Fenda linear (disparos de longa distância) ou oval
    - Circular (excepcionalmente no vivo)
  - Dimensões-normalmente menor que o diâmetro do projétil

**Tatuagem** - formações resultantes do disparo, que se desenham à volta do OE

- Queimadura causada pela chama
- Incrustação dos grãos de pólvora não queimados
- Depósito de negro do fumo da pólvora

**Trajeto:**

- Único ou múltiplo - se o projétil se fragmenta durante a sua passagem pelos tecidos
- Retilíneos se seguem a direção do disparo ou com desvio se embaterem em superfícies ósseas

**Orifício de saída (OS):**

- Nem sempre existe (se o projétil ficar retido nos tecidos)
- Depende dos planos que o projétil atravessou
- Sem margem de abrasão (distingue do OE)
- Se o projétil se tiver deformado, o OS será maior e mais irregular
- Ao atravessar o tecido ósseo, os fragmentos desprendidos e arrastados saem pelo OS, produzindo lesões grandes e irregulares, com laceração dos tecidos
- Bordos evertidos e exteriorização de tecido adiposo

**Distância do disparo:**

- Disparo de cano encostado – os gases entram na pele que fica enegrecida e provocam o seu rebentamento. Pode deixar marca da arma
- Disparo de curta distância - contusão e negro de fumo ou grãos de pólvora
- Disparo de longa distância - ausência de tatuagem. Impossível determinar distância

**Direção do disparo:**

- Forma da tatuagem
- Com ou sem OS – verificar trajeto antes de possíveis desvios
- Restos de objetos transferidos pela movimentação

**Natureza do disparo (acidental, suicídio, homicídio)**

No local do acidente verificar:

- Desordem -indícia luta, a favor de homicídio
- Suicídio ante o espelho
- Ausência de arma -exclui suicídio
- Porta fechada por dentro -a favor de suicídio

**RED CROSS INTERNATIONAL WOUND CLASSIFICATION**

E - Entrada (diâmetro/cm) ? entre E e X - se não souber qual entrada e saída

X - Saída (diâmetro/cm)

C - Cavidade - orifício equivalente a 2 dedos antes da cirurgia? Não - CO / Sim - C1

F - Fractura - Sem fratura - F0 /Fratura simples - F1 / Fratura complicada - F2

V - Estrutura vital - Cérebro, vísceras, grandes vasos / V0 -estrutura vital sem lesão

VN - Neurológico (penetração de crânio ou coluna)

VT - Tórax, traqueia (penetração da pleura ou da traqueia e do pescoço)

VA - Abdómen (penetração do peritoneu)

VH - Hemorragia (lesão de vaso sanguíneo abaixo da artéria braquial ou abaixo da artéria popliteia)

M - Corpo metálico - M0 - nenhum / M1 -1/ M2 - múltiplos

UC - Unclassified (difícil classificação)

Nota - apenas assinalar os 2 ferimento mais graves em caso de ferimentos múltiplos

Classificação de acordo com o tecido lesado:

Grau 1 - E+X = <10cm + CO e F0 ou F1

Grau 2 - E+X = <10cm + C1 ou F2

Grau 3 - E+X = >10cm + C1 ou F2

Classificação de acordo com a estrutura lesada:

Tipo ST - F0 e V0

Tipo F - F1 ou F2 e V0

Tipo V - F0 e VN, VT, VA ou VH

Tipo VF - F1 ou F2 e VN, VT, VA ou VH



Enfermeira Elisabete Pereira Ribeiro  
Aluna do 2º Mestrado de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica.

Enfermeira Orientadora: Enf. Esp. Susana Managieiro  
Professora Orientadora: Prof. Dra. Enf. Esp. Susana Mendonça

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Coelho, N. (2017). Procedimentos Das Equipas De Emergência Médica Pré-Hospitalar Na Investigação Criminal Do Homicídio. Faculdade De Medicina. Universidade De Coimbra Obtido a 22 de janeiro de 2022 de, [https://Eg.Uc.Pt/Bitstream/10316/81408/1/Dissertacao\\_Nuno%20\\_Coelho\\_Final.Pdf](https://Eg.Uc.Pt/Bitstream/10316/81408/1/Dissertacao_Nuno%20_Coelho_Final.Pdf)
- Eisert, P. J., Eldredge, K., Hartlaub, T., Huggins, E., Keirn, G., O'Brien, P., ... March, K. S. (2010). *CSI: New @ York - Development of forensic evidence collection guidelines for the emergency department*. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33(2), 190–199. Obtido a 10 de maio de 2021 de <https://doi.org/10.1097/CNQ.0B013E3181D913B4>
- Gomes, A. (2014a). *Enfermagem Forense, volume 1*. Lidel - Edições técnicas, Lda. ISBN: 978-972-757-985-3
- Gomes, A. (2014b). *Enfermagem Forense, volume 2*. Lidel - Edições técnicas, Lda. ISBN: 978-989-752-060-0
- Gomes, A. (2018). Preservação de vestígios no pré-hospitalar: papel das equipas de emergência medica em cenários forenses. *Nursing*, (September). Obtido a 24 de maio de 2021 de [https://www.researchgate.net/publication/327838756\\_Preservacao\\_de\\_vestigios\\_no\\_pre-hospitalar\\_papel\\_das equipas\\_de\\_emergencia\\_medica\\_em\\_cenarios\\_forenses](https://www.researchgate.net/publication/327838756_Preservacao_de_vestigios_no_pre-hospitalar_papel_das equipas_de_emergencia_medica_em_cenarios_forenses)
- Gomes, A. (2020). *Ferimentos por arma de fogo Introdução - Balística das feridas (ou dos ferimentos)*. Obtido a 20 de junho de [https://www.researchgate.net/publication/341495312\\_FERIMENTOS\\_POR\\_ARMA\\_DE\\_FOGO\\_Introducao\\_-\\_BALISTICA\\_DAS\\_FERIDAS\\_ou\\_dos\\_ferimentos](https://www.researchgate.net/publication/341495312_FERIMENTOS_POR_ARMA_DE_FOGO_Introducao_-_BALISTICA_DAS_FERIDAS_ou_dos_ferimentos)
- Gomes, M.S.D.F; Medicina Legal: Introdução À Traumatologia Forense | Ligas; Obtido a 22 de janeiro de 2022 de, <https://Www.Sanarmed.Com/Medicina-Legal-Introducao-A-Traumatologia-Forense-Ligas>
- Gomes, A. (2021) Investigação Da Causa Da Morte. Obtido a 16 de janeiro de 2022 de, Obtido a 23 de janeiro de 2022 de, [https://Www.Researchgate.Net/Publication/350978157\\_Investigacao\\_Da\\_Causa\\_Da\\_Morte](https://Www.Researchgate.Net/Publication/350978157_Investigacao_Da_Causa_Da_Morte)
- Gomes, A. (2019). Enfermagem Forense: Mudanças Recentes E Questões Atuais. Obtido a 22 de janeiro de 2022 de, [https://Www.Researchgate.Net/Publication/330180269\\_Enfermagem\\_Forense\\_Mudancas\\_Recentes\\_E\\_Questoes\\_Actuais](https://Www.Researchgate.Net/Publication/330180269_Enfermagem_Forense_Mudancas_Recentes_E_Questoes_Actuais)
- Coupland. R.M. (2005) International Committee Of The Red Cross – The Red Cross Wound Classification, Obtido a 23 de janeiro de 2022 de, <https://Www.Icrc.Org/En/Publication/0498-Red-Cross-Wound-Classification>
- Lynch, V.A., (1995) Clinical Forensic Nursing: A New Perspective in the Management of Crime Victims From Trauma to Trial. *Crit Care Nurs Clin North Am*. Sep;7(3):489-507. Obtido a 22 de janeiro de 2022 de, [https://Doi.Org/10.1016/S0899-5885\(18\)30377-0](https://Doi.Org/10.1016/S0899-5885(18)30377-0)
- Mendes, I.F.P. A. (2008), Lesões Por Armas De Fogo: Aspectos Terapêuticos E Médico – Legais, Universidade Da Beira Interior, Faculdade De Ciências Da Saúde, Obtido a 20 de janeiro de 2022 de, <https://Ubibliorum.Ubi.Pt/Handle/10400.6/813>

## REFERÊNCIAS DE IMAGENS:

- [https://www.google.com/search?q=fita+cola+vermelha&newwindow=1&sxsrf=aoaemv1xqmxs4h6grjaf8irm9rploj3cqq:1642687002239&source=lnms&tbn=isch&sa=x&ved=2ahukewjx\\_r5vcd1ahwrbgmbhbj5djiq\\_auoaxoecaeqaw&biw=1366&bih=625&dpr=1#imgcr=zorhgyosfrc82m](https://www.google.com/search?q=fita+cola+vermelha&newwindow=1&sxsrf=aoaemv1xqmxs4h6grjaf8irm9rploj3cqq:1642687002239&source=lnms&tbn=isch&sa=x&ved=2ahukewjx_r5vcd1ahwrbgmbhbj5djiq_auoaxoecaeqaw&biw=1366&bih=625&dpr=1#imgcr=zorhgyosfrc82m) (obtido a 20/01/2022)

- [https://www.google.com/search?q=tubos+de+colheita&newwindow=1&sxsrf=aoaemvixr7z5v7cusfbncdudrc37n95mng:1642687545714&source=lnms&tbm=isch&sa=x&ved=2ahukewinly79v8d1ahu05eakhqs5bjjq\\_auoaxoecaeqaw&biw=1366&bih=625&dpr=1#imgrc=e844aunx3na9sm](https://www.google.com/search?q=tubos+de+colheita&newwindow=1&sxsrf=aoaemvixr7z5v7cusfbncdudrc37n95mng:1642687545714&source=lnms&tbm=isch&sa=x&ved=2ahukewinly79v8d1ahu05eakhqs5bjjq_auoaxoecaeqaw&biw=1366&bih=625&dpr=1#imgrc=e844aunx3na9sm) (obtido a 20/01/2022)
- [https://www.google.com/search?q=tesoura+de+emergencia&newwindow=1&sxsrf=aoaemvjdbzweirv2oe58-8dlrcshmq\\_sww:1642687415735&source=lnms&tbm=isch&sa=x&ved=2ahukewjx3jc\\_v8d1ahus5eakhrfndwyq\\_auoaxoecaeqaw&biw=1366&bih=625&dpr=1#imgrc=ct7p1qqa\\_jgvum](https://www.google.com/search?q=tesoura+de+emergencia&newwindow=1&sxsrf=aoaemvjdbzweirv2oe58-8dlrcshmq_sww:1642687415735&source=lnms&tbm=isch&sa=x&ved=2ahukewjx3jc_v8d1ahus5eakhrfndwyq_auoaxoecaeqaw&biw=1366&bih=625&dpr=1#imgrc=ct7p1qqa_jgvum) (obtido a 20/01/2022)
- [https://www.google.com/search?q=pin%c3%a7as+pontas+de+borracha&newwindow=1&sxsrf=aoaemvkgj4cp30fpzbbkybd6i-rzrlkc0w:1642687323385&source=lnms&tbm=isch&sa=x&ved=2ahukewjgioytv8d1ahuofrqkhwt6cleq\\_auoaxoecaeqaw&biw=1366&bih=625&dpr=1#imgrc=u-lgglk14zclam](https://www.google.com/search?q=pin%c3%a7as+pontas+de+borracha&newwindow=1&sxsrf=aoaemvkgj4cp30fpzbbkybd6i-rzrlkc0w:1642687323385&source=lnms&tbm=isch&sa=x&ved=2ahukewjgioytv8d1ahuofrqkhwt6cleq_auoaxoecaeqaw&biw=1366&bih=625&dpr=1#imgrc=u-lgglk14zclam) (obtido a 20/01/2022)
- <https://www.google.com/search?q=bindles+paper&tbm=isch&nfpr=1&hl=pt-br&sa=x&ved=2ahukewi4rvyvtmd1ahwj1uakhrldioqvvgv6bagbed4&biw=1349&bih=625#imgrc=gw9nuzfna-hbom> (OBTIDO A 20/01/2022)
- [https://www.google.com/search?q=evidence+box&tbm=isch&ved=2ahukewiautmeucd1ahwi1eakhsobceq2-cceqgiabaa&oq=evidence+box&gs\\_lcp=cgnpbwcqazifcaaqgaqybagae4ybagae4ybagae4ybggaeauqhjigcaaqbraemgyiabaieb4ybggaeagqhjigcaaqcbaemgyiabaieb46bwgjeo8decc6bagaenq4wdyxbpqsh5oahaaeacaaxoiazuikgeemteumpgbakabaaobc2d3cy13axotaw1nwaeb&sclient=img&ei=8mtpyZr5iqrgwejnkiag&bih=625&biw=1366#imgrc=qtktoa5icu2\\_vm](https://www.google.com/search?q=evidence+box&tbm=isch&ved=2ahukewiautmeucd1ahwi1eakhsobceq2-cceqgiabaa&oq=evidence+box&gs_lcp=cgnpbwcqazifcaaqgaqybagae4ybagae4ybagae4ybggaeauqhjigcaaqbraemgyiabaieb4ybggaeagqhjigcaaqcbaemgyiabaieb46bwgjeo8decc6bagaenq4wdyxbpqsh5oahaaeacaaxoiazuikgeemteumpgbakabaaobc2d3cy13axotaw1nwaeb&sclient=img&ei=8mtpyZr5iqrgwejnkiag&bih=625&biw=1366#imgrc=qtktoa5icu2_vm) (OBTIDO A 20/01/2022)
- [https://www.google.com/search?q=marcador+permanente&tbm=isch&ved=2ahukewj15sksu8d1ahvt9oakhf5dd9kq2-cceqgiabaa&oq=marcador+permanente&gs\\_lcp=cgnpbwcqazifcaaqgaqybggaeiaemguiabcabdifcaaqgaqybggaeiaemguiabcabdifcaaqgaqybggaeiaemguiabcabdifcaaqgaq6bwgjeo8decc6bgaegaghlcwglisk2cnl2gacab4aiabzbygbsqisaqxc4xmaeaoabqgelz3dzlxdpei1pbwfaaqe&sclient=img&ei=kgyfpyfwygtogwfh73idq&bih=625&biw=1366#imgrc=gf5iqzvgi01wem](https://www.google.com/search?q=marcador+permanente&tbm=isch&ved=2ahukewj15sksu8d1ahvt9oakhf5dd9kq2-cceqgiabaa&oq=marcador+permanente&gs_lcp=cgnpbwcqazifcaaqgaqybggaeiaemguiabcabdifcaaqgaqybggaeiaemguiabcabdifcaaqgaqybggaeiaemguiabcabdifcaaqgaq6bwgjeo8decc6bgaegaghlcwglisk2cnl2gacab4aiabzbygbsqisaqxc4xmaeaoabqgelz3dzlxdpei1pbwfaaqe&sclient=img&ei=kgyfpyfwygtogwfh73idq&bih=625&biw=1366#imgrc=gf5iqzvgi01wem) (OBTIDO A 20/01/2022)
- [https://www.google.com/search?q=regua+abfo&newwindow=1&sxsrf=aoaemvkd7dfr4c4hsw1txf8v8eetldjjg:1642684343262&source=lnms&tbm=isch&sa=x&ved=2ahukewjo\\_iegtdm1ahvd5uakhwfqazmq\\_auoaxoecaeqaw&biw=1366&bih=625&dpr=1#imgrc=hfjl2ty5d3d2ym](https://www.google.com/search?q=regua+abfo&newwindow=1&sxsrf=aoaemvkd7dfr4c4hsw1txf8v8eetldjjg:1642684343262&source=lnms&tbm=isch&sa=x&ved=2ahukewjo_iegtdm1ahvd5uakhwfqazmq_auoaxoecaeqaw&biw=1366&bih=625&dpr=1#imgrc=hfjl2ty5d3d2ym) (OBTIDO A 20/01/2022)
- [https://www.google.com/search?q=len%c3%a7ois+descartaveis&tbm=isch&ved=2ahukewi014-9wmd1ahxf\\_4ukhzlra-kq2-cceqgiabaa&oq=len%c3%a7ois+descartaveis&gs\\_lcp=cgnpbwcqazifcaaqgaqybagaebybagae6bggaeagqhjogcaaqchayogqiabaeogyiabafeb46bwgjeo8decdqjgy2bxgvb9oahaaeacaax6iadklkgeemtkumzgbakabaaobc2d3cy13axotaw1nwaeb&sclient=img&ei=v2zpyfs7ocx\\_lwszo43idg&bih=625&biw=1366#imgrc=tts0bsjtkpl7om](https://www.google.com/search?q=len%c3%a7ois+descartaveis&tbm=isch&ved=2ahukewi014-9wmd1ahxf_4ukhzlra-kq2-cceqgiabaa&oq=len%c3%a7ois+descartaveis&gs_lcp=cgnpbwcqazifcaaqgaqybagaebybagae6bggaeagqhjogcaaqchayogqiabaeogyiabafeb46bwgjeo8decdqjgy2bxgvb9oahaaeacaax6iadklkgeemtkumzgbakabaaobc2d3cy13axotaw1nwaeb&sclient=img&ei=v2zpyfs7ocx_lwszo43idg&bih=625&biw=1366#imgrc=tts0bsjtkpl7om) (OBTIDO A 20/01/2022)
- [https://www.google.com/search?q=sacos+de+papel+evidencia&tbm=isch&ved=2ahukewjtofwbvsd1ahw8c2mbhcvwbaggq2-cceqgiabaa&oq=sacos+de+papel+evidencia&gs\\_lcp=cgnpbwcqazohccmq7wmqjzofcaaqgaq6bagaem6cggjeo8deoocecc6bggaeagqhjoecaaqgfaawkw1yk88aafwahgagafkiagle5ibbdmxljgyaqcgaqgqatnd3mtd2l6lwtz7abcsabaq&sclient=img&ei=ywrpyzptgryxjlsy62bqa&bih=625&biw=1366#imgrc=a2zhcegledgttm&imgdii=p4hvhqpsstb0hm](https://www.google.com/search?q=sacos+de+papel+evidencia&tbm=isch&ved=2ahukewjtofwbvsd1ahw8c2mbhcvwbaggq2-cceqgiabaa&oq=sacos+de+papel+evidencia&gs_lcp=cgnpbwcqazohccmq7wmqjzofcaaqgaq6bagaem6cggjeo8deoocecc6bggaeagqhjoecaaqgfaawkw1yk88aafwahgagafkiagle5ibbdmxljgyaqcgaqgqatnd3mtd2l6lwtz7abcsabaq&sclient=img&ei=ywrpyzptgryxjlsy62bqa&bih=625&biw=1366#imgrc=a2zhcegledgttm&imgdii=p4hvhqpsstb0hm) (OBTIDO A 20/01/2022)
- [https://www.google.com/search?q=fita+cola+&tbm=isch&ved=2ahukewja9v77vcd1ahvn8xqkhyhpncq2-cceqgiabaa&oq=fita+cola+&gs\\_lcp=cgnpbwcqazihccmq7wmqjzifcaaqgaqybggaeiaemguiabcabdifcaaqgaqybggaeiaemguiabcabdifcaaqgaqybggaeiaemguiabcabdifcaaqgaqfcha1jldgcdmgacab4aiabw4gbqqwsaqe5maeaoabqgelz3dzlxdpei1pbwfaaqe&sclient=img&ei=hmrpycdvhc3mu4ppo9ak&bih=625&biw=1366#imgrc=izqt1yfnhh4khm](https://www.google.com/search?q=fita+cola+&tbm=isch&ved=2ahukewja9v77vcd1ahvn8xqkhyhpncq2-cceqgiabaa&oq=fita+cola+&gs_lcp=cgnpbwcqazihccmq7wmqjzifcaaqgaqybggaeiaemguiabcabdifcaaqgaqybggaeiaemguiabcabdifcaaqgaqybggaeiaemguiabcabdifcaaqgaqfcha1jldgcdmgacab4aiabw4gbqqwsaqe5maeaoabqgelz3dzlxdpei1pbwfaaqe&sclient=img&ei=hmrpycdvhc3mu4ppo9ak&bih=625&biw=1366#imgrc=izqt1yfnhh4khm) (OBTIDO A 20/01/2022)
- [https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/anexo\\_04\\_form\\_cadeia\\_custodia-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/anexo_04_form_cadeia_custodia-pdf.aspx) (OBTIDO A 18/01/2022)

**APÊNDICE III – TABALHO EM LINGUAGEM CIPE DO ENSINO CLÍNICO –  
SERVIÇO DE URGÊNCIA**

## Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

### Documento de trabalho

**Estudante:** Elisabete Pereira Ribeiro

**Ensino Clínico:** Serviço de Urgência

**Local:** Lisboa

**Data:** 17/07/2021

**Professor Responsável:** Sílvia Fanha

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

Este trabalho surge no âmbito do desenvolvimento de Competências específicas (CE) do Enfermeiros Especialista (EE) em enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, de acordo com o definido no Regulamento nº124/2011 da Ordem dos Enfermeiros atualizado pelo Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho.

Compete ao EE maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. Fornecendo uma resposta eficaz, tendo em conta o risco elevado de infeção associado aos cuidados de saúde (IACS) decorrente da doença aguda ou crónica, do ambiente e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos a que a pessoa é sujeita. (OE, 2018)

No âmbito da prevenção da infeção no Cateter Venoso Central, a DGS regulariza o “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central (CVC), através da Circular Normativa 022/2015. (DGS, 2015)

Numa situação de emergência, perante o utente já com entubação orotraqueal, em que existe uma necessidade de administração de várias terapêuticas tanto para assegurar o Suporte Avançado de Vida (SAV), como para a manutenção da sedação do utente entubado e ainda para tratamento da patologia subjacente, a introdução de um CVC é imposta pela necessidade de: estabelecer uma via de administração de terapêutica endovenosa (EV) rápida e direta; evitar os problemas associados à administração EV por via periférica (extravasamento, tromboflebite e celulite local, necrose tecidual e isquemia do membro); administrar várias medicações e/ou hemoderivados em simultâneo. (Silva, Oliveira, & Ramos, 2009)

Na situação que resumirei, o utente deu entrada na SE por alteração do estado de consciência com hipoxemia grave e sinais de choque, foi efetuado o protocolo SAV, protegida a via aérea com entubação orotraqueal, administrada terapêutica em concordância e após discussão em equipa foi tomada a decisão de transferência para os Cuidados Intensivos. É neste contexto que, após estabilização do utente é tomada a decisão de inserir CVC e Linha arterial.

O enfermeiro orientador e eu começámos a expor o material na mesa de trabalho, enquanto o médico se equipou e posicionou na cabeceira do utente. Sem serem necessários pedidos adicionais, o ecocardiografo e a mesa de trabalho foram posicionados. Enquanto o enfermeiro assistia o médico, eu fazia um trabalho de circulante, evitando deslocções desnecessárias e seguindo as indicações, visto aquela sala ser um ambiente desconhecido para mim.

O papel do EE na organização dos cuidados é fundamental para garantir a eficácia dos cuidados em tempo útil aplicando os procedimentos de boas práticas na prevenção da infeção, dentro da SE, onde podemos encontrar um ambiente caótico, em que nem sempre é possível manter todas as condições de assepsia.

2. Para a situação e/ou condição descrita no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2015 o(s) Foco(s) - áreas de atenção relevantes para a enfermagem (máximo 250 palavras).

O conhecimento dos protocolos de atuação e de prevenção de infeção, devem ser conhecidos por toda a equipa multidisciplinar, para que o trabalho flua com o mínimo de intercorrências. O EE é aquele que, dentro da sala de emergência (SE), tem a capacidade de prever e antecipar as necessidades de implementação de protocolos terapêuticos complexos, detendo o conhecimento específico na área da higiene hospitalar e que salvaguarda o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção.

Foram estabelecidos os seguintes Focos de enfermagem segundo CIPE:

- Acesso intravenoso (10010780) - "Acesso: puncionar veia" (OE, 2015, p.37)
- Infeção (10010104) - "Processo patológico: invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo." (OE, 2015, p.63)
- Conhecimento sobre infeção cruzada (10037978) - " Status: conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação aprendida ou competência; conhecimento e reconhecimento da informação." (OE, 2015, p.48)

- Papel de Prevenção (10015715) - "Papel: agir ou evitar ou desviar algo de acontecer." (OE, 2015, p.70)

3. Para o (s) Foco (s) descritos no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2015 os Diagnósticos Enfermagem emergentes (máximo 250 palavras).

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) assumem particular relevância na pessoa em situação crítica. À medida que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas também aumenta o risco de infeção.

A OE definiu os enunciados descritivo dos padrões de qualidade para o Enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica, nomeadamente, no que toca à prevenção de infeção. "Na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção." (OE, 2012)

Verifiquei que o papel do enfermeiro dentro da sala de emergência é essencial para assegurar as boas práticas de prevenção de infeção por todos os profissionais de saúde na Sala de emergência, pois, nem todas as classes de profissionais estão despertas para os riscos inerentes às IACS e nem sempre estas boas práticas são cumpridas, tendo em conta a situação de emergência e requisitos desta para atuar em tempo útil.

Para os Focos apresentados foram definidos os seguintes diagnósticos:

- Potencial de risco (10017252) no Acesso intravenoso Central (10004104) - "Fenómeno: possibilidade de perda ou problema; problema que é esperado com uma certa probabilidade; potencial para um estado negativo." (OE, 2015, p.94)
- Risco (10015007) de Infeção - "Potencialidade: existir em possibilidade; risco." (OE, 2015, p.94)
- Papel de Prevenção Comprometido (10012938) - Juízo positivo ou negativo: estado julgado como negativo, alterado, comprometido ou ineficaz. (OE, 2015, p.93)
- Conhecimento sobre infeção cruzada Comprometido (10012938) (OE, 2015, p.93)

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

O enfermeiro especialista deve procurar desenvolver a sua prática de acordo melhores práticas de prevenção da infeção tendo em conta os riscos para o utente. Desta forma considere imperativo encontrar soluções para os problemas que identifiquei acima.

A base para a elaboração das intervenções que desenvolvi são os enunciados descritivos dos padrões de qualidade como: "a participação na definição de estratégias de prevenção e controlo de infeção a implementar no serviço/unidade", "a liderança na implementação do plano de intervenção e controlo de infeção no que respeita aos procedimentos e circuitos, requeridos, face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica" e "a capacitação das equipas de profissionais na área da prevenção e do controlo das IACS na pessoa em situação crítica".

Desta forma, as intervenções que considere pertinentes para atuar nos diagnósticos encontrados foram os seguintes:

### **1. Potencial de risco no Acesso intravenoso Central**

- 1.1. Avaliar suscetibilidade à infeção (10002821)
- 1.2. Implementar técnica assética (10041784)
- 1.3. Colaborar com médico (10023565) na Técnica de inserção invasiva (10010865)
- 1.4. Clampear (10004437) Cateter central (10004115)
- 1.5. Desinfetar (10006044) Cateter central
- 1.6. Manusear dispositivo com técnica assética (10041830)
- 1.7. Vigiar (10019283) Local de dispositivo invasivo (10010854)
- 1.8. Gerir (10011625) Cuidados ao local de inserção de dispositivo invasivo (10031592)
- 1.9. Troca de penso da ferida (10045131) do Cateter central

### **2. Risco de Infeção**

- 2.1. Assegurar (10006950) Higiene das mãos (10041190) na técnica de inserção e manutenção do cateter central
- 2.2. Gerir cateter central (10031724)
- 2.3. Monitorizar status fisiológico (10012183)
- 2.4. Avaliar sinais e sintomas de infeção (10044182)
- 2.5. Monitorizar sinais e sintomas de infeção (10012203)
- 2.6. Vigilância contínua (10005093) do cliente (10014132)

### **3. Papel de Prevenção Comprometido**

- 3.1. Planear (10014648) Técnica de inserção invasiva (10010865) do Cateter central
- 3.2. Implementar (10009840) Medidas de segurança (10017439)

- 3.3. Reforçar adesão (10024562) a precauções de segurança (10030214)
- 3.4. Preparar Material (10011775) com técnica assética
- 3.5. Prevenir infeção (10036916) no Local de dispositivo invasivo (10010854)
- 3.6. Registar (10016498) cuidados prestados

#### **4. Conhecimento sobre infeção cruzada Comprometido**

- 4.1. Avaliar desempenho de papéis (10026142) da equipa multidisciplinar
- 4.2. Colaborar (10004542) com Equipa multiprofissional (10039400)
- 4.3. Esclarecer (debriefing) (10036225) sobre Dispositivo invasivo (10034244)
- 4.4. Supervisionar (10019093) Técnica asséptica

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Direção-Geral da Saúde. (2015). Circular normativa nº 022/2015 de 16 de dezembro da Ordem dos Enfermeiros - Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central. Obtido 20 de Julho de 2021, de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-161220151.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Obtido 9 de Março de 2022, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). CIPE Versão 2015. Obtido 18 de março de 2022, de <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/cipe-2015.html?fbclid=IwAR1u9YSHVQPkIGX2xPamiqLYUFxTjOJH8VcXQRTbrcE4JONEfouVP S6Rwg8>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018).Regulamento Nº 429/2018 de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, Série II, Nº135, Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica 19359. Obtido 20 de março de 2021 [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2159&id\\_revista=4&id\\_edicao=31](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2159&id_revista=4&id_edicao=31)
- Silva, A., Oliveira, F., & Ramos, M. (2009). Infeção associada ao Cateter Venoso Central – Revisão da Literatura. *Revista de Enfermagem Referência, II*(11), 125–133. Obtido 18 de março de 2021, de [18https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2159&id\\_revista=4&id\\_edicao=31](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2159&id_revista=4&id_edicao=31)

**APÊNDICE IV – TABALHO EM LINGUAGEM CIPE DO ENSINO CLÍNICO – UNIDADE  
DE CUIDADOS INTENSIVOS**

## Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

### Documento de trabalho

**Estudante:** Elisabete Pereira Ribeiro

**Ensino Clínico:** Serviço de Cuidados Intensivos

**Local:** Loures

**Data:** 12/11/2021

**Professora Responsável:** Susana Mendonça

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

Durante o Ensino Clínico em Unidade de cuidados intensivos, do Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, é proposta a elaboração de um trabalho de análise de uma situação específica do contexto de estágio, estruturada utilizando a linguagem CIPE.

No percurso para o desenvolvimento de Competências como enfermeira especialista (EE) e, tendo por base o Regulamento n.º 124/2011 das Competências Específicas do EE em Enfermagem Médico-cirúrgica, atualizado pelo Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho e o Regulamento n.º 140/2019 das competências comuns do EE em Enfermagem Médico-cirúrgica, surgiu a oportunidade de analisar uma situação decorrente da prática sobre as intervenções do enfermeiro no **cuidado da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**. (OE, 2018)

O doente crítico é "aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica." (SPCI, 2008)

O EE **presta cuidados antecipando a instabilidade e o risco de falência orgânica e garante a administração de protocolos terapêuticos complexos**. Para isso, deve ter um vasto conhecimento no sentido de identificar focos de instabilidade, diagnosticar precocemente complicações decorrente da implementação dos protocolos e responder de forma antecipatória, monitorizando as suas intervenções. (OE, 2018)

A situação que descrevo a seguir, relaciona-se com a prestação de cuidados ao utente em falência multiorgânica. O utente referido, encontrava-se na UCI sob ventilação mecânica através de traqueostomia, com monitorização contínua, sob sedação e múltiplas terapêuticas em perfusão para manter parâmetros vitais hemodinamicamente estáveis.

No momento dos eventos o utente necessitou de aspiração de secreções por iniciar um quadro de baixa saturação de O<sub>2</sub>. Junto com o enfermeiro orientador, procedeu-se à aspiração das secreções da traqueostomia, com todos os cuidados inerentes e mantendo o utente sob constante vigilância, durante a nossa intervenção. No entanto, ao terminar o procedimento o utente entrou em paragem cardiopulmonar (PCR).

A equipa multidisciplinar organizou-se para iniciar manobras de suporte avançado de vida (SAV), enquanto a equipa médica efetuou um rápido brainstorming sobre as possíveis causas de paragem, o que levou à reversão da PCR para ritmo sinusal. O utente tinha desenvolvido um quadro de pneumotórax hipertensivo, que foi descomprimido durante as manobras de SAV. O conhecimento do utente por parte da equipa facilitou a rápida intervenção, pois, não era a primeira vez que o utente desenvolvia este quadro durante o internamento na UCI.

Após a estabilização do utente, efetuou-se um *debriefing* entre a equipa multidisciplinar e mais tarde o enfermeiro chefe de equipa, proporcionou um *debriefing* para a equipa de enfermagem envolvida, no sentido de colmatar dúvidas que pudessem existir e reforçar a prestação da equipa durante a situação.

O papel do EE na organização da equipa multidisciplinar foi fundamental para o sucesso de toda a ação desenvolvida. O enfermeiro chefe de equipa, adquiriu uma posição de coordenador e líder, que permitiu a todos os elementos, desenvolverem o seu papel coordenadamente, existindo comunicação clara e feedback, durante uma situação de stress, necessidade de rápida intervenção, com diversos elementos envolvidos.

2. Para a situação e/ou condição descrita no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2015 o(s) Foco(s) - áreas de atenção relevantes para a enfermagem (máximo 250 palavras).

O EE aquele que fornece os cuidados de qualidade e segurança mais eficazes, ao utente. Mobilizando os conhecimentos mais atualizados para uma intervenção especializada e direcionada às necessidades complexas do utente crítico, avaliando as suas intervenções.

"As situações de emergência em Saúde, pela sua complexidade implicam a realização de atividades coordenadas, rápidas e sincronizadas pelos profissionais" (Azinhaga, 2014, p.10) .

O EE não atua sozinho, é parte integrante de uma equipa. Desenvolvendo uma articulação interprofissional, onde a complementaridade de competências e a comunicação condições essenciais, para o tratamento e recuperação do utente.

Foram estabelecidos os seguintes Focos de enfermagem segundo CIPE:

1. **Limpeza da via aérea (10002090)** Processo do Sistema Respiratório: Manutenção da passagem de ar aberta, da boca para os alvéolos pulmonares, por meio da capacidade para limpar secreções ou obstruções do trato respiratório.
2. **Ventilação (10020704)** Processo do Sistema Respiratório: Mover o ar para dentro e para fora dos pulmões com certa taxa e ritmo respiratório, profundidade de inspiração e força de expiração.
3. **Complicação associada aos cuidados de saúde (10041277)**
4. **Conhecimento sobre processo patológico (10021956)** - Conhecimento - Condição: Conteúdo específico de pensamento, fundamentado em sabedoria adquirida, ou em informação ou habilidades aprendidas, cognição e reconhecimento da informação.
5. **Papel de grupo (10017345)** Papel de Entidade: Membros de um grupo interagindo de acordo com um conjunto de expectativas, regras e padrões de comportamento esperado pelos outros.

3. Para o (s) Foco (s) descritos no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2015 os Diagnósticos Enfermagem emergentes (máximo 250 palavras).

"A CIPE® facilita aos enfermeiros a documentação padronizada dos cuidados prestados aos utentes. Os dados e informação de Enfermagem resultantes podem ser utilizados para o planeamento e gestão dos cuidados de Enfermagem." (OE, 2008)

Os cuidados prestados ao doente crítico com falência multiorgânica, devem ser minuciosos, desenvolvidos sob uma vigilância contínua, fornecendo uma resposta de suporte aos órgãos afetados e funções vitais, antecipando as necessidades de intervenção e prevenindo as possíveis complicações.

Para os Focos apresentados foram definidos os seguintes diagnósticos:

1. **Limpeza da via aérea Comprometida (10001051)**
2. **Ventilação (10020704) com potencial de risco (10017252)**
3. **Conhecimento sobre processo patológico (10021956) elevado (10009007)**

4. **Risco de complicação associada aos cuidados de saúde (10041296)**
5. **Papel de grupo (10017345) efetivo (10014956)**

4. Para os Diagnósticos Enfermagem descritos no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2015 as Intervenções de Enfermagem emergentes (máximo 750 palavras).

"O EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica, concebe, implementa e avalia planos de intervenção para responder às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação." (OE, 2018)

No âmbito dos cuidados intensivos, as mínimas falhas podem gerar graves consequências aos utentes. Estas unidades são equipadas com alta tecnologia e uma equipa multiprofissional composta por profissionais treinados. "A Ventilação Mecânica é um método de suporte, ... com indicações específicas, possíveis repercussões hemodinâmicas funcionais e complicações potenciais" (Melo et al., 2014, p.56).

A aspiração de secreções, no utente ventilado, é um cuidado essencial para manter a via aérea patente, uma adequada ventilação e prevenir a infeção associada ao ventilador. A avaliação da necessidade de realizar aspiração de secreções é fundamental, para segurança do utente e prevenção de infeção, atendendo à diminuição do mecanismo de defesa pulmonar, à maior produção de secreções e à ocorrência de micro-aspiração. (Lawrence & Fulbrook, 2011). Esta técnica deve ser efetuada segundo as diretrizes existentes para evitar o desconforto e agravamento da instabilidade do utente.

A PCR é uma intercorrência complexa, principalmente no utente crítico. A PCR, não é um indicador de má qualidade dos cuidados, mas ao invés demonstra a gravidade da situação do utente. A sobrevivência e qualidade na recuperação do utente depende, da competência da equipa, sendo o fator tempo constitui uma variável fundamental na recuperação do paciente. A intervenção da equipa multiprofissional requer rapidez, eficiência, conhecimento científico e habilidade técnica. (Cristine Da Silva & Padilha, 2000)

A base para as intervenções que desenvolvi está relacionada com os enunciados descritivos dos Padrões de qualidade estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros, para a prática do EE. Assim, o EE "previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica"; "maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as

atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente."; "assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados"; "face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o EE maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção"; "faz a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados e adequada a sua resposta salvaguardando a segurança de todos os intervenientes no processo de cuidar." (OE, 2018)

**Foram estabelecidas as seguintes intervenções de enfermagem segundo a linguagem CIPE para os diagnósticos anteriores:**

**1. Limpeza da via aérea comprometida (10001051)**

- 1.1. Vigiar (10019283) via aérea (10002100)
- 1.2. Manter via aérea permeável (10037351)
- 1.3. Assegurar (10006950) Higiene das mãos (10041190)
- 1.4. Aspirar (10002641) traqueostomia (10019922)
- 1.5. Implementar técnica asséptica (10041784) sempre (10002192) ao aspirar secreções
- 1.6. Monitorizar resposta ao tratamento (10032109) sempre (10002192) após cuidados à traqueostomia (10033161)
- 1.7. Assegurar (10006950) cuidados à traqueostomia (10033161)

**2. Ventilação (10020704) com potencial de risco (10017252)**

- 2.1. Identificar (10009631)
- 2.2. Monitorizar (10012154) condição respiratória (10016962)
- 2.3. Avaliar status respiratório (10036786)
- 2.4. Vigiar (10019283) ventilador mecânico (10044842)
- 2.5. Implementar Cuidados com ventilador mecânico (10044861)

**3. Conhecimento sobre processo patológico (10021956) elevado (10009007)**

- 3.1. Vigilância contínua (10005093) do cliente (10014132)
- 3.2. Gerenciar Resposta ao tratamento, negativa (10024429)
- 3.3. Manter Ventilação com Ventilador Mecânico (10046258)
- 3.4. Monitorizar (10012154) Sinais vitais (10020829)
- 3.5. Monitorizar resposta ao tratamento (10032109) sempre (10002192) após cada intervenção

**4. Risco de complicação associada aos cuidados de saúde (10041296)**

- 4.1. Monitorizar status fisiológico (10012183)
- 4.2. Administrar Medicação Intravenosa (ou Endovenosa) (10045836)
- 4.3. Executar (10014291) Reanimação cardiopulmonar (10043019)
- 4.4. Avaliar status cardíaco (10036738)
- 4.5. Prevenir (10019967) complicação (10025459) no futuro (10008299)

**5. Papel de grupo (10017345) efetivo (10014956)**

- 5.1. Avaliar desempenho de papéis (10026142) da equipa multidisciplinar
- 5.2. Colaborar com Equipa interprofissional (10039416)
- 5.3. Esclarecer (*debriefing*) (10036225) Reanimação cardiopulmonar (10043019)
- 5.4. Orientar sobre Cuidados com Ventilador Mecânico (10044874)
- 5.5. Garantir (ou Assegurar) Continuidade de Cuidados (10006966)
- 5.6. Registrar (10016498) cuidados prestados
- 5.7. Coordenar (10005190) equipa multidisciplinar

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Azinhaga, A. I. R. (2014). *Trabalho em equipa em contexto de emergência – Perceção dos enfermeiros e dos médicos num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico*. Coimbra, 238. Obtido a 17 de maio de 2022 de [http://www.hds.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/06/HDSInForma\\_55.pdf](http://www.hds.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/06/HDSInForma_55.pdf)
- Cristine Da Silva, S., & Padilha, K. G. (2000). *Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: análise das ocorrências iatrogênicas durante o atendimento*. *Revista da Escola de Enfermagem*, 4(34). Obtido a 5 de maio de 2022 de <https://pdfs.semanticscholar.org/ebc7/a8b371e7d335482a308055633e5b726bacb0.pdf>
- Lawrence, P., & Fulbrook, P. (2011). *The ventilator care bundle and its impact on ventilator-associated pneumonia: A review of the evidence*. *Nursing in Critical Care*, 16(5), 222–234. <https://doi.org/10.1111/J.1478-5153.2010.00430.X>
- Melo, E., Teixeira, C., Oliveira, R., Almeida, D., Veras, J., & Studart, R. (2014). *Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva*. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº 1), 55–63. <https://doi.org/10.12707/riii1316>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE*. Obtido a 12 de maio de 2022 de <http://www.icn.ch>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Obtido 9 de Março de 2022, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE Versão 2015*. Obtido 18 de março de 2022, de <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/cipe-2015.html?fbclid=IwAR1u9YSHVQPkIGX2xPamiqLYUFxTjOJH8VcXQRTbrceE4JONEfouVPS6Rwg8>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018) Regulamento Nº 429/2018 de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, Série II, Nº135, Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Obtido a 2 de março de 2022 de <https://pdfs.semanticscholar.org/ebc7/a8b371e7d335482a308055633e5b726bacb0.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019) Regulamento N.º 140/2019 de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série, N.º 26, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Obtido a 02 de maio de 2022 de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, & Ordem dos Médicos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos Recomendações*. Obtido a 02 de maio de 2022 de <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>

**APÊNDICE V – TABALHO EM LINGUAGEM CIPE DO ENSINO CLÍNICO – OPÇÃO:  
INEM**

## Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

### Documento de trabalho

**Estudante:** \_Elisabete Pereira Ribeiro

**Ensino Clínico:** Opção

**Local:** Instituto Nacional de Emergência Média - SIV   **Data:** 02/02/2022

**Professor Responsável:** Prof<sup>a</sup> Susana Mendonça

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

No decorrer do Ensino Clínico opção (EC), foi-me sugerido o desenvolvimento de uma análise de uma situação de cuidados decorrente no contexto de estágio, à luz da linguagem CIPE.

No EC-Opção, procurei desenvolver o meu percurso para aprimorar competências como enfermeira especialista (EE), ancorando os meus alicerces no Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho referente às Competências Específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica e no Regulamento nº140/2019 das competências comuns do EE em EMC. Assim, surge a oportunidade de analisar uma situação decorrente da prática sobre a capacidade de cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, através da prestação de cuidados antecipando focos de instabilidade e da administração de protocolos terapêuticos complexos tendo em conta a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC. (OE, 2018)

O EE tem a capacidade de reconhecer e se adaptar às necessidades do utente, utilizando os recursos disponíveis, por vezes, escassos no pré-hospitalar. A compreensão da dor percebida pelo utente e o seu envolvimento no processo de cuidados e na tomada de decisão, são fundamentais. Assim, o EE tem de ter em conta as necessidades físicas e emocionais do utente, antevê-las e atuar em todas estas variantes.

A situação que descreverei aconteceu durante uma ativação da SIV Lisboa para uma vítima de 52anos, com dor torácica. No caminho para o local. foi elaborada uma ideia com os possíveis cenários e protocolos que poderiam ser utilizados.

Na chegada ao local, foram asseguradas as condições de segurança, verificou-se que a vítima estava consciente e orientada. A equipa apresentou-se e preparou o material para a abordagem inicial, enquanto foi aferida a queixa principal - dor torácica tipo aperto, sem fatores desencadeantes, com polipneia associada. Fez-se o 1º ECG, que apresentava uma taquicardia sinusal (TS), colocou-se um acesso venoso periférico e oxigénio a 2l/min, a pessoa foi levada para a ambulância, preservando a sua privacidade e procurando um ambiente mais controlado.

Na ambulância, a pessoa evidenciou um agravamento dos sintomas. Um 2º ECG revela uma Taquicardia Supraventricular (TSV) e foram iniciadas manobras vagais (que não foram eficazes), enquanto a enfermeira faz a passagem de dados para o médico assistente do CODU, para validação do protocolo de administração de adenosina.

Ao longo da abordagem, todos os procedimentos foram explicados assim como, os efeitos secundários da terapêutica e foi obtido o consentimento informado da pessoa. Posteriormente, administraram-se 6mg de adenosina. Um 3º ECG, mostra o retorno a uma TS, associada à melhoria da dor. Tendo em conta a melhoria dos sintomas e estabilização da vítima, é tomada a decisão de transportar a pessoa para o hospital.

Nesta situação, o papel do EE na observação do utente, na identificação dos focos de instabilidade e na antecipação de situações de maior risco, foi fundamental para a rapidez e sucesso da intervenção. Por outro lado, o envolvimento da pessoa durante todo o processo foi essencial para manter o controlo sobre os fatores de stress e mal-estar associados à dor e à administração da terapêutica instituída.

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

O EE tem a capacidade de "mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados" (OE, 2018) Assim, é capaz de fornecer cuidados globais, atuando em diferentes focos e necessidades existentes e percecionadas pela PSC.

Para a situação referida anteriormente, foram estabelecidos os seguintes Focos de enfermagem segundo CIPE versão 2015:

- 1. Dor (10013950) "Aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular,**

comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite." (OE, 2016)

2. **Taquicardia (10019415) Arritmia: batimento cardíaco rápido; frequência cardíaca anormalmente alta, superior a 100 batimentos por minuto, nos adultos.**
3. **Conhecimento sobre a resposta ao procedimento (10034271)**
4. **Resposta ao tratamento (10017070)**
5. **Conhecimento sobre processo patológico (10021956) - Conhecimento - Condição: Conteúdo específico de pensamento, fundamentado em sabedoria adquirida, ou em informação ou habilidades aprendidas, cognição e reconhecimento da informação.**

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

A CIPE faculta aos enfermeiros uma linguagem unificada para a documentação da prestação de cuidados, aumentando o conhecimento de Enfermagem e orientando as suas intervenções para otimizar os resultados nos clientes, e ainda, apoiar as decisões na gestão de recursos e políticas de saúde. (OE, 2008)

"Os sintomas relacionados com a dor torácica podem ser indicativos de diferentes alterações físicas, inclusive psicológicas, dado que se pode relacionar com quadros de ansiedade até quadros clínicos mais graves, como a SCA" (Ribeiro, 2020, p.45).

Para os Focos apresentados foram definidos os seguintes diagnósticos:

1. **Dor (10013950) Grau (10005663) Elevado (10009007) Nível absoluto: acima da média ou mais do que o normal em quantidade; intenção ou intensidade.**
2. **Taquicardia (10019415) presente (10046624)**
3. **Conhecimento sobre a resposta ao procedimento (10034271) pelo cliente (10014132) Comprometido (10012938) - Juízo positivo ou negativo: estado julgado como negativo, alterado, comprometido ou ineficaz.**
4. **Resposta ao tratamento (10017070) Normal (10013295) - Estado de normalidade: de acordo com a norma; típico; padrão; o estado habitual ou esperado.**
5. **Equipa multiprofissional (10039400) com Conhecimento sobre processo patológico (10021956) Elevado (10009007)**

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

Um enfermeiro competente, “tem a capacidade de discernimento em situações críticas, altamente complexas, através de uma apreensão imediata da origem da complicação, com a rapidez intrínseca ao processo de tomada de decisão e que enfatiza o gesto traduzido na eficácia da sua ação” (Phaneuf, 2005 citada em Pinheiro, 2017, p.18).

O processo de cuidar tem uma especificidade própria, que impulsiona o enfermeiro a desenvolver as suas capacidades, aptidões e conhecimentos, para responder prontamente à singularidade do ato de cuidar, nas diferentes áreas de atuação. Deste modo, “torna-se imperioso que um profissional com autonomia e independência no exercício da sua atividade, em contextos distintos, resolva situações de grande indefinição ou se adapte a outras que contenham elevados níveis de imprevisibilidade”. (Serrano, 2008 citado em Pinheiro, 2017, p.25)

"Dor precordial é caracterizada por uma "dor no peito, de localização retrosternal, descrita como uma sensação de aperto, peso, opressão ou facada, constante que pode irradiar para o ombro, braço e mão (sobretudo a esquerda), pescoço e mandíbula, dorso e região abdominal superior". (INEM, 2012, p.11)

O enfermeiro que atua em contexto de emergência pré-hospitalar tem de estar capacitado, para dominar as várias etiologias que podem estar na origem da dor torácica, além de ser capaz de identificar os sinais de gravidade.

A Sociedade Europeia de Cardiologia define TSV como uma "taquicardia com frequências auriculares > 100 batimentos por minuto, em repouso, cujo mecanismo envolve os tecidos do feixe de His ou mais acima," com QRS estreitos com uma duração ≤ 120 milissegundos. (ESC, 2019)

A qualidade do trabalho do enfermeiro em contexto pré-hospitalar é garantida por profissionais adequadamente formados, que atuam de forma rápida na implementação da solução e, desenvolvem a sua prática especializada na área específica do atendimento pré-hospitalar. Sendo líderes, como profissional mais diferenciado, numa equipa multiprofissional, e atestando uma maior segurança nos cuidados de emergência pré-hospitalar. (Oliveira & Martins, 2013)

Desta forma, está implícita a "necessidade de aplicação de conhecimentos vastos e porque implica trabalhar ao segundo, como também pela responsabilidade da atuação e decisão". (Oliveira & Martins, 2013)

As intervenções desenvolvidas, tiveram como base os Padrões de qualidade estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros, para a prática do EE, que estabelecem os enunciados que orientam a prática especializada da enfermagem à PSC. (OE, 2011)

Foram estabelecidas as seguintes intervenções de enfermagem segundo a linguagem CIPE para os diagnósticos anteriores:

**1. Dor (10013950) Grau (10005663) Elevado (10009007).**

- 1.1. Avaliar dor (10026119) no Tórax (10019692)
- 1.2. Gerir dor (10011660) no Tórax
- 1.3. Avaliar controlo da dor (10002710)
- 1.4. Avaliar evolução da resposta psicossocial à instrução sobre dor (10007148)
- 1.5. Implementar cuidados de conforto (10039705)

**2. Taquicardia (10019415) presente (10046624)**

- 2.1. Monitorizar (10012154) sinais vitais (10020829)
- 2.2. Monitorizar status fisiológico (10012183)
- 2.3. Monitorizar (10012154) Frequência cardíaca (10008833)
- 2.4. Vigiar (10019283) Duração (10006379) de Arritmia (10002536)
- 2.5. Prevenir (10015620) Processo cardíaco comprometido (10012597)
- 2.6. Avaliar status cardíaco utilizando dispositivo de monitorização (10002706)
- 2.7. Estabelecer prioridades do regime (de tratamento) (10024438)

**3. Conhecimento sobre a resposta ao procedimento (10034271) pelo cliente (10014132) Comprometido (10012938)**

- 3.1. Ensinar sobre doença (10024116)
- 3.2. Ensinar sobre medicação (10019470)
- 3.3. Envolver no processo de tomada de decisão (10026323) o cliente
- 3.4. Estabelecer confiança (10024396)
- 3.5. Explicar (10007370) sobre fármaco (10006314) e efeito secundário da medicação (10023916)
- 3.6. Atenuar (10016716) medo dos efeitos secundários da medicação (10043214)

**4. Resposta ao tratamento (10017070) Normal (10013295)**

- 4.1. Administrar medicação endovenosa (10045836)

- 4.2. Avaliar evolução da resposta à medicação (10007182)
  - 4.3. Avaliar efeitos secundários da medicação (10039087)
  - 4.4. Gerir efeito secundário da medicação (10021837)
  - 4.5. Vigilância contínua (10005093) do cliente (10014132)
  - 4.6. Prevenir (10019967) complicação (10025459)
- 5. Equipa multiprofissional (10039400) com Conhecimento sobre processo patológico (10021956) Elevado (10009007)**
- 5.1. Avaliar desempenho de papéis (10026142) da equipa multidisciplinar
  - 5.2. Coordenar (10005190) equipa multidisciplinar
  - 5.3. Registar (10016498) cuidados prestados
  - 5.4. Assegurar continuidade de cuidados (10006966)
  - 5.5. Colaborar com equipa interprofissional (10039416)
  - 5.6. Executar (10014291) protocolo (10015926)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Manual de TAS - Emergências Médicas*, 1ªed, Obtido a 27 de janeiro de 2022 de <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Emerg%C3%A2ncias-M%C3%A9dicas.pdf>
- Brugada, J., Katritsis, D. G., Arbelo, E., Arribas, F., Bax, J. J., Blomstrom-Lundqvist, C., ... Gupta, D. (2019). 2019 ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardia. *European Heart Journal*, 41(5), 655–720. <https://doi.org/10.1093/EURHEARTJ/EHZ467>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *ABORDAGEM À VÍTIMA Manual TAS/TAT*. ISBN: 978-989-864-612-5
- Oliveira, A. do S. da S., & Martins, J. C. A. (2013). Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências. *Revista de Enfermagem Referência*, III(9), 115–124. <https://doi.org/10.12707/RIII1287>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE*. Obtido a 16 de fevereiro de 2022 de, <http://www.icn.ch>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Obtido a 14 de janeiro de 2022 de, [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE Versão 2015*. Obtido 18 de junho de 2022, de <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/cipe-2015.html?fbclid=IwAR1u9YSHVQPkiGX2xPamiqLYUFxTjOJH8VcXQRTbrce4JONEfouVPS6Rwg8>
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento (2018) N° 429/2018 de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, Série II, N°135, Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica 19359. Obtido a 22 de janeiro de 2022 de <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019) Regulamento N° 140/2019 de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série, N.º 26, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Obtido a 02 de maio de 2022 de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Pinheiro, S. A. da S. (2017). *Em situação crítica: Do socorro pré-hospitalar ao hospital*. Escola Superior de

Enfermagem de São José de Cluny. Obtido a 22 de janeiro de 2022 de [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22413/1/Relatório Final \\_ Sofia Pinheiro.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22413/1/Relatório%20Final%20-%20Sofia%20Pinheiro.pdf)

Ribeiro, P. A. dos S. (2020). *Assistência à Pessoa com Síndrome Coronário Agudo no Pré-Hospitalar*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Obtido a 20 de março de 2022 de [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1119868/d2019\\_10001822122\\_21716005\\_2.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1119868/d2019_10001822122_21716005_2.pdf)

**APÊNDICE VI – QUESTIONÁRIO: “AS DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS  
TRIADORES”**

11/07/22, 11:41

As dificuldades dos enfermeiros triadores

# As dificuldades dos enfermeiros triadores

Um estudo de investigação exercido sobre a praxis dos enfermeiros triadores.

Este Questionário está enquadrado no trabalho de investigação para o projeto de melhoria contínua, inserido no âmbito do 9º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde de Leiria. Desenvolvido pela aluna Elisabete Pereira Ribeiro sob a Orientação da Professora Doutora Enfermeira Susana Sobral Mendonça.

Tem como objetivo principal: conhecer as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros triadores durante o desenvolvimento da Triagem de Manchester.

Convido assim, os enfermeiros triadores a participar neste questionário, dando voz às suas maiores dificuldades e agradeço desde já a colaboração neste projecto.

Enfermeira Elisabete P. Ribeiro  
Aluna do 9º Mestrado de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica  
Escola Superior de Saúde de Leiria

---

\*Obrigatório

11/07/22, 11:41

As dificuldades dos enfermeiros triadores

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

**Identificação do Investigador:** Elisabete Pereira Ribeiro

**Título do estudo:** Estratégias para colmatar as dificuldades dos enfermeiros triadores.

**Enquadramento:**

Este Questionário está enquadrado no trabalho de investigação para o projeto de melhoria contínua, inserido no âmbito do 9º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde de Leiria. Desenvolvido pela aluna Elisabete Pereira Ribeiro sob a Orientação da Professora Doutora Enfermeira Susana Sobral Mendonça.

**Explicação do estudo:**

Tem como objetivo principal: conhecer as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros triadores durante o desenvolvimento da Triagem de Manchester, através de um questionário. Os dados obtidos, serão tratados com base num método de análise estatística, de forma a encontrar um foco concordante para atuação no desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua. A seleção dos participantes é feita consoante os critérios de experiência como enfermeiros com funções em Urgência Geral, mínimo 2anos e, em Triagem de Manchester, mínimo 1 ano. A recolha de dados será feita por meio de um questionário online que permite o total anonimato dos participantes. Desta forma, não existe contacto direto entre o investigador e o participante, durante a realização do questionário.

**Condições e financiamento:**

Quaisquer despesas serão suportadas pelo investigador. O caráter de participação no questionário é completamente voluntário não existindo quaisquer prejuízos para aqueles que não concordarem em participar. Este projeto tem o consentimento favorável da Comissão de Ética do Hospital de São José.

**Confidencialidade e anonimato:**

Os dados recolhidos destinam-se, exclusivamente para utilização no estudo supra referido. Estão garantidos que os dados recolhidos não incluem dados de identificação que possam colocar em causa a confidencialidade de qualquer dos participantes.

**Disponibilidade:**

Para esclarecimento de dúvidas poderão utilizar os contactos abaixo da investigadora principal:

Enfermeira Elisabete Pereira Ribeiro  
Aluna do 9º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica  
Email: betapr89@hotmail.com  
Contacto Telefónico: 914153919

<https://docs.google.com/forms/d/1gZmQMZ50C9XDSW2Nzu79QleyZJr5cpqcYbX2Fy5a4wA/edit>

2/9

11/07/22, 11:41

As dificuldades dos enfermeiros triadores

**Declaração de  
Consentimento**

Declaro ter lido a informação de consentimento informado, aqui divulgado, sendo garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar no estudo "Estratégias para colmatar as dificuldades dos enfermeiros triadores." sem qualquer tipo de consequências.

Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins científicos e publicações que delas decorram e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

1. Ao ler os termos anteriormente expostos, aceita continuar para o questionário. \*

*Marcar tudo o que for aplicável.*

Li os termos e aceito participar no questionário

**Dados do  
Participante**

Para reconhecimento da individualidade das respostas, o participante deve associar um código único de participação, que será apenas do seu conhecimento.

Desta forma, pretende-se preservar o anonimato dos participantes e garantir a resposta individual de todos a quando da análise das respostas.

Este código é constituído pelos 3 últimos dígitos do seu número mecanográfico mais o seu dia de nascimento colocado no próximo item.

2. Código individual e exclusivo de identificação do participante (3 últimos dígitos do seu número mecanográfico do CHULC mais o seu dia de nascimento) \*

---

3. Sexo \*

*Marcar tudo o que for aplicável.*

F  
 M

11/07/22, 11:41

As dificuldades dos enfermeiros triadores

4. Idade (anos) \*

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- 20-30
- 31-40
- 41-50
- mais de 50

5. Anos de serviço em Urgência Geral (contabilizar o tempo total mesmo em serviços de urgência geral diferentes) \*

\_\_\_\_\_

6. Há quantos anos faz Triagem de Manchester? \*

\_\_\_\_\_

7. Por favor assinale a opção que retrata o seu caso. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Enfermeiro Coordenador de turno
- Enfermeiro Especialista
- Enfermeiro de Cuidados gerais

Inquérito sobre a  
Triagem de  
Manchester

Adaptado do inquérito de satisfação para os triadores  
do Grupo Português de Triagem

11/07/22, 11:41

As dificuldades dos enfermeiros triadores



8. Assinale o grau em que se sente satisfeito/insatisfeito em relação a cada um dos itens que se seguem. \*

*Marcar tudo o que for aplicável.*

	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito
<b>Adequação da formação frequentada no Curso de Triagem</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Segurança da aplicação da triagem com base na sua fundamentação teórica</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sequenciação do guião das entrevistas da triagem</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Adequação do guião das entrevistas para a sua realização em tempo máximo de três minutos</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>O seu grau de satisfação global</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<https://docs.google.com/forms/d/1gZmQMZ50C9XDSW2Nzu79QleyZJr5cpqcYbX2Fy5a4wA/edit>

5/9

11/07/22, 11:41

As dificuldades dos enfermeiros triadores

9. Assinale a opção que, na sua opinião, lhe parece mais adequada. \*

*Marcar tudo o que for aplicável.*

	Muito Fiável	Fiável	Pouco Fiável	Nada Fiável
<b>O processo de triagem é...</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11/07/22, 11:41

As dificuldades dos enfermeiros triadores

10. Assinale o grau em que se sente satisfeito/insatisfeito em relação a cada um dos itens que se seguem, tendo em conta a Triagem de Manchester. \*  
Relativamente à sua experiência com o processo de triagem...

*Marcar tudo o que for aplicável.*

	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito
<b>Adequação do Guião à população do Serviço de Urgência</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Benefícios da Triagem para os utentes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Benefícios da Triagem para os profissionais</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Contribuição para a organização do seu trabalho</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Contribuição para a organização do seu serviço</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Contribuição para o Trabalho em equipa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cumprimento do atendimento dos utentes segundo o grau de prioridade da sua situação clínica</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Adaptação à realidade do Serviço de Urgência</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Contribuição para uma melhor fluência do circuito do utente no serviço.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Contribuição para o correto encaminhamento do</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<https://docs.google.com/forms/d/1gZmQMZ50C9XDSW2Nzu79QleyZJr5cpqcYbX2Fy5a4wA/edit>

7/9

11/07/22, 11:41

As dificuldades dos enfermeiros triadores

**utente no Serviço de Urgência**

**Contribuição para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados**

**Aceitação dos utentes em relação aos tempos de espera definidos na triagem**

**Conhecimentos dos utentes acerca da triagem**

**Momentos de interrupção da triagem para realização de outras actividades (como seja prestação de informações diversas e/ou resolução de pequenos problemas dos utentes)**

**Conhecimento dos utentes sobre o percurso do doente dentro da urgência (triagem, 1ª observação médica, tratamentos/realização de exames-Reavaliação)**

**Conhecimento dos utentes sobre o encaminhamento para o Centro de Saúde, segundo o portocolo de DGS de encaminhamento de doentes sem critérios de gravidade**

**Quantidade de tempo dispensado para**

<https://docs.google.com/forms/d/1gZmQMZ50C9XDSW2Nzu79QleyZJr5cpqcYbX2Fy5a4wA/edit>

8/9

11/07/22, 11:41

As dificuldades dos enfermeiros triadores

**prestação de  
informações aos  
utentes na triagem  
sobre o  
funcionamento do SU  
(nomeadamente,  
percursos do doente,  
encaminhamento  
para especialidades  
médicas ou  
cirúrgicas,  
encaminhamento  
para ADR-C,  
funcionamento da  
Triagem de  
Manchester,  
informação sobre  
tempos de espera,  
etc)**

**Adequação do  
espaço físico, tendo  
em conta a  
localização, a  
acessibilidade, o  
espaço de trabalho**

Muito obrigado pela colaboração!

Enf. Elisabete Ribeiro

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

<https://docs.google.com/forms/d/1gZmQMZ50C9XDSW2Nzu79QleyZJr5cpqcYbX2Fy5a4wA/edit>

9/9

## **APÊNDICE VII – QUESTIONÁRIO: “AVALIAÇÃO SOBRE AS ESTRATÉGIAS”**

## Estratégias para colmatar as dificuldades dos enfermeiros triadores.

Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica

\*Obrigatório



Este trabalho foi realizado por Elisabete Ribeiro, enfermeira do Serviço de Urgência e aluna do 9º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica.

O objetivo deste trabalho é apresentar um projeto de melhoria contínua de cuidados de enfermagem, que visa o benefício dos utentes e dos enfermeiros.

É constituído por uma apresentação em powerpoint com vídeos explicativos sobre todo o projeto e no final dispõe de um questionário de opinião, para obter o feedback relativamente à ideia do projeto.

O questionário é anónimo, dirigido, principalmente, aos enfermeiros triadores do serviço de urgência, pelo que peço a vossa maior colaboração, no preenchimento do mesmo.

<https://docs.google.com/forms/d/10yWgf9OKzBAPIMtf5zBqv5peXoV7quU-nyF-otXBubll/edit>

1/7

Video de  
apresentação do  
projeto

O vídeo deve ser visto em modo Youtube para ter acesso à "tela cheia" com melhor definição.  
Obrigada.



[v=rRpylVPzHQM](http://youtube.com/watch?v=rRpylVPzHQM)

[http://youtube.com/watch?](http://youtube.com/watch?v=rRpylVPzHQM)

Questionário  
de feedback  
sobre o  
projeto

Agora que visualizou a apresentação do projeto, gostaria de obter a opinião sobre a pertinência de uma futura potencial implementação dos conteúdos apresentados:

1. Aceita responder ao questionário de opinião? \*

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- Sim  
 Não

2. Sexo \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Feminino  
 Masculino

3. Idade \*

*Marcar apenas uma oval.*

- 20 - 30 anos
- 31 - 40 anos
- 41 - 50 anos
- mais de 50 anos

4. Categoria \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Enfermeiro Cuidados Gerais
- Enfermeiro Especialista
- Enfermeiro Coordenador de turno

5. Anos de Experiência em Serviço de Urgência \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Menos de 5 anos
- 6 a 10 anos
- 11 a 20 anos
- Mais de 20 anos

6. Anos de Experiência em Triagem de Manchester \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Menos de 5 anos
- 6 a 10 anos
- Mais de 10 anos

7. Respondeu ao questionário anterior sobre "As dificuldades dos enfermeiros triadores?" \*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

8. Sobre o vídeo "Conheça a Triagem", considera: \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	Discordo plenamente	Discordo	Concordo	Concordo Plenamente
<b>Conteúdo pertinente</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Conteúdo informativo</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Conteúdo claro e conciso</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Tempo de duração adequado</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Adequado à população do Serviço de Urgência</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Seria uma mais valia a implementar em sala de espera</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Sobre a Aplicação móvel apresentada \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	Discordo plenamente	Discordo	Concordo	Concordo Plenamente
<b>Conteúdo pertinente</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Conteúdo informativo</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Conteúdo claro e conciso</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Adequado à população do Serviço de Urgência</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Seria uma mais valia a implementar junto da população do Serviço de Urgência</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Considera as ideias apresentadas relevantes para: \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	Discordo Plenamente	Discordo	Concordo	Concordo plenamente
<b>Diminuir as interrupções na triagem para prestação de informações</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Aumentar a literacia do utente sobre a triagem de Manchester</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Aumentar a literacia do utente sobre o funcionamento do Serviço de Urgência</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Contribuir para o desenvolvimento de uma triagem mais fluente</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Contribuir para a referenciação do utente para o Centro de Saúde de forma facilitada</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Contribuir para o seu nível de satisfação global a desenvolver a triagem</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Muito obrigada pela colaboração!

Elisabete Ribeiro

Aluna do 9º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica á Pessoa em Situação Crítica

Escola Superior de Saúde de Leiria

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

## **APÊNDICE VIII - TRATAMENTO ESTATÍSTICO DAS VARIÁVEIS: TABELAS DE ANÁLISE**

**TABELA 1 - CARATERIZAÇÃO DAS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO “AS  
DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS TRIADORES”**

**Tabela 1** - Caracterização das respostas do questionário “As dificuldades dos enfermeiros triadores” (N = 44).

Perguntas <sup>(1)</sup>	% de respostas			
	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Adequação da formação frequentada no Curso de Triagem	2.3%	11.4%	77.3%	9.1%
Segurança da aplicação da triagem com base na sua fundamentação teórica	0.0%	15.9%	75.0%	9.1%
Sequenciação do guião das entrevistas da triagem	0.0%	11.4%	79.5%	9.1%
Adequação do guião das entrevistas para a sua realização em tempo máximo de três minutos	4.5%	34.1%	54.5%	6.8%
Adequação do Guião à população do Serviço de Urgência	0.0%	13.6%	79.5%	6.8%
Benefícios da Triagem para os utentes	0.0%	2.3%	52.3%	45.5%
Benefícios da Triagem para os profissionais	0.0%	9.1%	61.4%	29.5%
Contribuição para a organização do seu trabalho	0.0%	2.3%	75.0%	22.7%
Contribuição para a organização do seu serviço	0.0%	4.5%	68.2%	27.3%
Contribuição para o Trabalho em equipa	0.0%	11.4%	72.7%	15.9%
Cumprimento do atendimento dos utentes segundo o grau de prioridade da sua situação clínica	0.0%	38.6%	52.3%	9.1%
Adaptação à realidade do Serviço de Urgência	0.0%	11.4%	70.5%	18.2%
Contribuição para uma melhor fluência do circuito do utente no serviço	0.0%	6.8%	72.7%	20.5%
Contribuição para o correto encaminhamento do utente no Serviço de Urgência	2.3%	6.8%	70.5%	20.5%
Contribuição para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados	0.0%	2.3%	77.3%	20.5%
Aceitação dos utentes em relação aos tempos de espera definidos na triagem	15.9%	40.9%	40.9%	2.3%
Conhecimentos dos utentes acerca da triagem	25.0%	52.3%	22.7%	0.0%
Momentos de interrupção da triagem para realização de outras atividades	31.8%	54.5%	13.6%	0.0%
Conhecimento dos utentes sobre o percurso do doente dentro da urgência (triagem, 1ª observação médica, tratamentos/realização de exames-Reavaliação)	15.9%	45.5%	36.4%	2.3%
Conhecimento dos utentes sobre o encaminhamento para o Centro de Saúde, segundo o protocolo de DGS de encaminhamento de doentes sem critérios de gravidade	20.5%	63.6%	15.9%	0.0%
Quantidade de tempo dispensado para prestação de informações aos utentes na triagem sobre o funcionamento do SU	25.0%	50.0%	22.7%	2.3%
Adequação do espaço físico, tendo em conta a localização, a acessibilidade, o espaço de trabalho	2.3%	34.1%	56.8%	6.8%
O seu grau de satisfação global	<b>2.3%</b>	<b>9.1%</b>	<b>79.5%</b>	<b>9.1%</b>

**TABELA 2 – RELAÇÃO DO ÍNDICE GLOBAL DE SATISFAÇÃO COM O SEXO,  
IDADE, CATEGORIA, EXPERIÊNCIA EM SU E EXPERIÊNCIA EM STM.**

**Tabela 2** - Relação do Índice Global de Satisfação com o sexo, idade, categoria, experiência em SU e experiência em STM.

Variáveis		Índice Global de Satisfação Média (DP)	p
<b>Sexo</b>	Feminino (n = 34)	58.9 (11.0)	0.911 <sup>(1)</sup>
	Masculino (n = 10)	59.0 (7.9)	
<b>Idade</b>	20-30 anos (n = 11)	55.7 (7.7)	0.341 <sup>(2)</sup>
	31-40 anos (n = 16)	60.1 (11.2)	
	Mais de 40 anos (n = 17)	59.8 (10.9)	
	<i>Coefficiente de Correlação de Spearman</i>	<i>R = 0.196 (p = 0.203)</i>	
<b>Categoria</b>	Enfermeiro Coordenador (n = 4)	63.0 (10.3)	0.447 <sup>(2)</sup>
	Enfermeiro Especialista (n = 11)	57.4 (8.6)	
	Enfermeiro de Cuidados Gerais (n = 29)	58.9 (11.0)	
<b>Anos de experiência em Serviço de Urgência</b>	Até 5 anos (n = 14)	58.1 (6.9)	0.791 <sup>(2)</sup>
	6 -10 anos (n = 10)	58.4 (14.4)	
	11 - 20 anos (n = 9)	62.5 (9.8)	
	Mais de 20 anos (n = 11)	57.6 (10.7)	
	<i>Coefficiente de Correlação de Spearman</i>	<i>R = 0.133 (p = 0.388)</i>	
<b>Anos de experiência em Sistema de Triagem de Manchester</b>	Até 5 anos (n = 20)	57.8 (11.2)	0.574 <sup>(2)</sup>
	6 -10 anos (n = 8)	62.5 (10.3)	
	Mais de 10 anos (n = 15)	58.6 (9.3)	
	<i>Coefficiente de Correlação de Spearman</i>	<i>R = 0.165 (p = 0.285)</i>	

<sup>(1)</sup> valor de significância do Teste de Mann-Whitney; <sup>(2)</sup> valor de significância do Teste de Kruskal-Wallis.

**TABELA 3 - RELAÇÃO DAS DIMENSÕES DE SATISFAÇÃO COM O SEXO.**

**Tabela 3** – Relação das dimensões da satisfação com o sexo.

Perguntas <sup>(1)</sup>	Sexo		p <sup>(2)</sup>
	Feminino (n = 34)	Masculino (n = 10)	
Adequação da formação frequentada no Curso de Triagem	3.0 (0.5)	2.8 (0.6)	0.633
Segurança da aplicação da triagem com base na sua fundamentação teórica	2.9 (0.5)	2.9 (0.6)	0.810
Sequenciação do guião das entrevistas da triagem	3.0 (0.5)	3.0 (0.5)	0.858
Adequação do guião das entrevistas para a sua realização em tempo máximo de três minutos	2.7 (0.7)	2.5 (0.7)	0.294
Adequação do Guião à população do Serviço de Urgência	2.9 (0.5)	3.1 (0.3)	0.176
Benefícios da Triagem para os utentes	3.4 (0.5)	3.7 (0.5)	<b>0.075</b>
Benefícios da Triagem para os profissionais	3.2 (0.6)	3.3 (0.7)	0.526
Contribuição para a organização do seu trabalho	3.1 (0.4)	3.4 (0.5)	0.127
Contribuição para a organização do seu serviço	3.2 (0.5)	3.4 (0.5)	0.242
Contribuição para o Trabalho em equipa	3.1 (0.5)	3.0 (0.7)	0.774
Cumprimento do atendimento dos utentes segundo o grau de prioridade da sua situação clínica	2.7 (0.6)	2.8 (0.8)	0.707
Adaptação à realidade do Serviço de Urgência	3.0 (0.6)	3.3 (0.5)	0.129
Contribuição para uma melhor fluência do circuito do utente no serviço	3.1 (0.5)	3.4 (0.5)	<b>0.062</b>
Contribuição para o correto encaminhamento do utente no Serviço de Urgência	3.1 (0.6)	3.2 (0.6)	0.529
Contribuição para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados	3.1 (0.4)	3.4 (0.5)	<b>0.077</b>
Aceitação dos utentes em relação aos tempos de espera definidos na triagem	2.4 (0.7)	2.0 (0.8)	0.189
Conhecimentos dos utentes acerca da triagem	2.0 (0.7)	2.0 (0.8)	0.914
Momentos de interrupção da triagem para realização de outras atividades	1.8 (0.7)	1.8 (0.4)	0.950
Conhecimento dos utentes sobre o percurso do doente dentro da urgência (triagem, 1ª observação médica, tratamentos/realização de exames-Reavaliação)	2.4 (0.8)	1.8 (0.4)	<b>0.020</b>
Conhecimento dos utentes sobre o encaminhamento para o Centro de Saúde, segundo o protocolo de DGS de encaminhamento de doentes sem critérios de gravidade	2.0 (0.7)	1.8 (0.4)	0.376
Quantidade de tempo dispensado para prestação de informações aos utentes na triagem sobre o funcionamento do SU	2.1 (0.8)	1.8 (0.6)	0.308
Adequação do espaço físico, tendo em conta a localização, a acessibilidade, o espaço de trabalho	2.8 (0.7)	2.4 (0.5)	<b>0.081</b>
O seu grau de satisfação global	3.0 (0.5)	2.9 (0.6)	0.564

<sup>(1)</sup> respostas em escala de Likert de 4 pontos: 1 = “Muito Insatisfeito”, 2 = “Insatisfeito”, 3 = “Satisfeito”, 4 = “Muito Satisfeito”;

<sup>(2)</sup> valor de significância do Teste de Mann-Whitney.

#### **TABELA 4 – RELAÇÃO DAS DIMENSÕES DE SATISFAÇÃO COM A IDADE.**

**Tabela 4 -** Relação das dimensões da satisfação com a idade.

Perguntas <sup>(1)</sup>	Idade			p <sup>(2)</sup>	R <sup>(3)</sup>
	20-30 (n = 11)	31-40 (n = 16)	>40 (n = 17)		
Adequação da formação frequentada no Curso de Triagem	2.9 (0.3)	3.0 (0.5)	2.9 (0.7)	0.878	0.004
Segurança da aplicação da triagem com base na sua fundamentação teórica	2.9 (0.3)	2.9 (0.6)	2.9 (0.6)	0.992	0.020
Sequenciação do guião das entrevistas da triagem	2.8 (0.4)	3.0 (0.5)	3.1 (0.4)	0.385	0.193
Adequação do guião das entrevistas para a sua realização em tempo máximo de três minutos	2.5 (0.7)	2.7 (0.7)	2.6 (0.7)	0.957	0.050
Adequação do Guião à população do Serviço de Urgência	2.8 (0.4)	2.9 (0.6)	3.0 (0.4)	0.581	0.155
Benefícios da Triagem para os utentes	3.5 (0.5)	3.4 (0.6)	3.5 (0.5)	0.929	0.039
Benefícios da Triagem para os profissionais	3.2 (0.6)	3.1 (0.6)	3.3 (0.6)	0.717	0.112
Contribuição para a organização do seu trabalho	3.3 (0.5)	3.2 (0.5)	3.2 (0.4)	0.854	- 0.050
Contribuição para a organização do seu serviço	3.3 (0.5)	3.2 (0.7)	3.2 (0.4)	0.960	0.002
Contribuição para o Trabalho em equipa	3.0 (0.4)	3.1 (0.6)	3.0 (0.5)	0.737	- 0.022
Cumprimento do atendimento dos utentes segundo o grau de prioridade da sua situação clínica	2.4 (0.5)	2.9 (0.7)	2.8 (0.6)	0.109	0.200
Adaptação à realidade do Serviço de Urgência	2.9 (0.5)	3.1 (0.6)	3.1 (0.5)	0.536	0.156
Contribuição para uma melhor fluência do circuito do utente no serviço	2.9 (0.5)	3.3 (0.6)	3.1 (0.3)	0.124	0.121
Contribuição para o correto encaminhamento do utente no Serviço de Urgência	3.2 (0.4)	3.1 (0.6)	3.0 (0.7)	0.841	- 0.059
Contribuição para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados	3.1 (0.3)	3.3 (0.6)	3.2 (0.4)	0.601	0.081
Aceitação dos utentes em relação aos tempos de espera definidos na triagem	1.9 (0.7)	2.3 (0.8)	2.6 (0.7)	<b>0.071</b>	0.332 *
Conhecimentos dos utentes acerca da triagem	1.6 (0.7)	1.9 (0.6)	2.3 (0.7)	<b>0.040</b>	0.377 **
Momentos de interrupção da triagem para realização de outras atividades	1.7 (0.5)	1.7 (0.7)	2.0 (0.7)	0.362	0.174
Conhecimento dos utentes sobre o percurso do doente dentro da urgência (triagem, 1ª observação médica, tratamentos/realização de exames-Reavaliação)	1.9 (0.5)	2.5 (0.8)	2.2 (0.8)	0.109	0.134
Conhecimento dos utentes sobre o encaminhamento para o Centro de Saúde, segundo o protocolo de DGS de encaminhamento de doentes sem critérios de gravidade	1.9 (0.5)	2.1 (0.6)	1.9 (0.7)	0.661	- 0.043

Perguntas <sup>(1)</sup>	Idade			p <sup>(2)</sup>	R <sup>(3)</sup>
	20-30 (n = 11)	31-40 (n = 16)	>40 (n = 17)		
Quantidade de tempo dispensado para prestação de informações aos utentes na triagem sobre o funcionamento do SU	1.8 (0.6)	2.2 (0.8)	2.0 (0.8)	0.519	0.067
Adequação do espaço físico, tendo em conta a localização, a acessibilidade, o espaço de trabalho	2.9 (0.5)	2.6 (0.7)	2.6 (0.6)	0.370	- 0.171
O seu grau de satisfação global	3.0 (0.0)	3.1 (0.4)	2.8 (0.7)	0.498	- 0.127

<sup>(1)</sup> respostas em escala de Likert de 4 pontos: 1 = “Muito Insatisfeito”, 2 = “Insatisfeito”, 3 = “Satisfeito”, 4 = “Muito Satisfeito”;

<sup>(2)</sup> valor de significância do Teste de Kruskal-Wallis; <sup>(3)</sup> Coeficiente de Correlação de Spearman: \*\* p < 0.05, \* p < 0.10.

**TABELA 5 – RELAÇÃO DAS DIMENSÕES DE SATISFAÇÃO COM A CATEGORIA  
DOS ENFERMEIROS**

**Tabela 5** – Relação das dimensões da satisfação com a categoria do enfermeiro.

Perguntas <sup>(1)</sup>	Categoria do enfermeiro			p <sup>(2)</sup>
	Coordenador (n = 4)	Especialista (n = 11)	Cuidados Gerais (n = 29)	
Adequação da formação frequentada no Curso de Triagem	2.8 (1.3)	2.8 (0.4)	3.0 (0.5)	0.577
Segurança da aplicação da triagem com base na sua fundamentação teórica	3.0 (0.8)	2.9 (0.3)	2.9 (0.5)	0.968
Sequenciação do guião das entrevistas da triagem	3.3 (0.5)	2.9 (0.5)	3.0 (0.4)	0.431
Adequação do guião das entrevistas para a sua realização em tempo máximo de três minutos	3.0 (0.8)	2.6 (0.5)	2.6 (0.7)	0.596
Adequação do Guião à população do Serviço de Urgência	3.0 (0.0)	2.9 (0.5)	2.9 (0.5)	0.930
Benefícios da Triagem para os utentes	3.3 (0.5)	3.5 (0.5)	3.4 (0.6)	0.609
Benefícios da Triagem para os profissionais	3.0 (0.8)	3.5 (0.5)	3.1 (0.6)	0.266
Contribuição para a organização do seu trabalho	3.3 (0.5)	3.1 (0.3)	3.2 (0.5)	0.602
Contribuição para a organização do seu serviço	3.3 (0.5)	3.1 (0.5)	3.3 (0.5)	0.622
Contribuição para o Trabalho em equipa	3.0 (0.8)	2.9 (0.3)	3.1 (0.6)	0.557
Cumprimento do atendimento dos utentes segundo o grau de prioridade da sua situação clínica	3.3 (0.5)	2.4 (0.5)	2.8 (0.6)	0.040
Adaptação à realidade do Serviço de Urgência	3.3 (0.5)	2.9 (0.5)	3.1 (0.6)	0.476
Contribuição para uma melhor fluência do circuito do utente no serviço	3.0 (0.0)	3.2 (0.4)	3.1 (0.6)	0.809
Contribuição para o correto encaminhamento do utente no Serviço de Urgência	2.8 (0.5)	3.1 (0.8)	3.1 (0.5)	0.380
Contribuição para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados	3.0 (0.0)	3.3 (0.5)	3.2 (0.5)	0.555
Aceitação dos utentes em relação aos tempos de espera definidos na triagem	2.8 (0.5)	2.4 (0.7)	2.2 (0.8)	0.352
Conhecimentos dos utentes acerca da triagem	3.0 (0.0)	1.8 (0.6)	1.9 (0.7)	0.009
Momentos de interrupção da triagem para realização de outras atividades	2.0 (0.8)	1.8 (0.8)	1.8 (0.6)	0.861
Conhecimento dos utentes sobre o percurso do doente dentro da urgência (triagem, 1ª observação médica, tratamentos/realização de exames-Reavaliação)	2.3 (0.5)	2.4 (0.8)	2.2 (0.8)	0.747
Conhecimento dos utentes sobre o encaminhamento para o Centro de Saúde, segundo o protocolo de DGS de encaminhamento de doentes sem critérios de gravidade	2.0 (0.8)	1.7 (0.5)	2.0 (0.6)	0.367
Quantidade de tempo dispensado para prestação de informações aos utentes na triagem sobre o funcionamento do SU	2.5 (0.6)	2.0 (0.8)	2.0 (0.8)	0.357
Adequação do espaço físico, tendo em conta a localização, a acessibilidade, o espaço de trabalho	2.8 (0.5)	2.6 (0.8)	2.7 (0.6)	0.962
O seu grau de satisfação global	3.3 (1.0)	2.8 (0.4)	3.0 (0.5)	0.256

<sup>(1)</sup> respostas em escala de Likert de 4 pontos: 1 = “Muito Insatisfeito”, 2 = “Insatisfeito”, 3 = “Satisfeito”, 4 = “Muito Satisfeito”;

<sup>(2)</sup> valor de significância do Teste de Kruskal-Wallis.

**TABELA 6 – RELAÇÃO DAS DIMENSÕES DE SATISFAÇÃO COM OS ANOS DE  
EXPERIÊNCIA EM SU.**

**Tabela 6** – Relação das dimensões da satisfação com os anos de experiência em SU.

Perguntas <sup>(1)</sup>	Anos de experiência em Serviço de Urgência				p <sup>(2)</sup>	R <sup>(3)</sup>
	≤5 (n = 14)	6-10 (n = 10)	11-20 (n = 9)	>20 (n = 11)		
Adequação da formação frequentada no Curso de Triagem	2.9 (0.3)	2.9 (0.6)	3.2 (0.4)	2.7 (0.8)	0.269	- 0.003
Segurança da aplicação da triagem com base na sua fundamentação teórica	2.9 (0.5)	2.9 (0.6)	3.0 (0.5)	2.9 (0.5)	0.971	0.066
Sequenciação do guião das entrevistas da triagem	2.9 (0.5)	2.9 (0.6)	3.1 (0.3)	3.0 (0.4)	0.737	0.136
Adequação do guião das entrevistas para a sua realização em tempo máximo de três minutos	2.5 (0.8)	2.8 (0.6)	2.4 (0.7)	2.8 (0.6)	0.521	0.202
Adequação do Guião à população do Serviço de Urgência	2.9 (0.5)	2.9 (0.6)	2.9 (0.3)	3.0 (0.4)	0.945	0.090
Benefícios da Triagem para os utentes	3.6 (0.5)	3.4 (0.7)	3.3 (0.5)	3.4 (0.5)	0.683	- 0.133
Benefícios da Triagem para os profissionais	3.4 (0.5)	2.9 (0.7)	3.3 (0.5)	3.2 (0.6)	0.344	- 0.023
Contribuição para a organização do seu trabalho	3.3 (0.5)	3.2 (0.6)	3.1 (0.3)	3.2 (0.4)	0.830	- 0.094
Contribuição para a organização do seu serviço	3.3 (0.6)	3.2 (0.6)	3.2 (0.4)	3.2 (0.4)	0.942	- 0.073
Contribuição para o Trabalho em equipa	3.0 (0.6)	3.2 (0.6)	3.0 (0.5)	3.0 (0.4)	0.763	- 0.013
Cumprimento do atendimento dos utentes segundo o grau de prioridade da sua situação clínica	2.6 (0.7)	2.8 (0.6)	2.8 (0.4)	2.6 (0.7)	0.810	0.063
Adaptação à realidade do Serviço de Urgência	3.0 (0.6)	3.1 (0.7)	3.1 (0.3)	3.1 (0.5)	0.955	0.070
Contribuição para uma melhor fluência do circuito do utente no serviço	3.2 (0.6)	3.1 (0.7)	3.1 (0.3)	3.1 (0.3)	0.905	- 0.017
Contribuição para o correto encaminhamento do utente no Serviço de Urgência	3.2 (0.6)	3.1 (0.6)	3.2 (0.4)	2.8 (0.8)	0.479	- 0.095
Contribuição para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados	3.3 (0.5)	3.1 (0.6)	3.2 (0.4)	3.1 (0.3)	0.668	- 0.046
Aceitação dos utentes em relação aos tempos de espera definidos na triagem	2.1 (0.7)	2.2 (0.8)	2.4 (0.9)	2.5 (0.7)	0.395	0.345 **
Conhecimentos dos utentes acerca da triagem	1.9 (0.7)	1.9 (0.7)	2.2 (0.4)	2.3 (0.8)	0.093	0.286 *
Momentos de interrupção da triagem para realização de outras atividades	1.6 (0.5)	1.8 (0.6)	2.2 (0.7)	1.8 (0.8)	0.169	0.228
Conhecimento dos utentes sobre o percurso do doente dentro da urgência (triagem, 1 <sup>a</sup> )	2.0 (0.7)	2.4 (0.8)	2.7 (0.5)	2.1 (0.8)	0.151	0.185

Perguntas <sup>(1)</sup>	Anos de experiência em Serviço de Urgência				p <sup>(2)</sup>	R <sup>(3)</sup>
	≤5 (n = 14)	6-10 (n = 10)	11-20 (n = 9)	>20 (n = 11)		
observação médica, tratamentos/realização de exames-Reavaliação)						
Conhecimento dos utentes sobre o encaminhamento para o Centro de Saúde, segundo o protocolo de DGS de encaminhamento de doentes sem critérios de gravidade	1.9 (0.5)	2.0 (0.7)	2.3 (0.5)	1.6 (0.7)	0.084	- 0.093
Quantidade de tempo dispensado para prestação de informações aos utentes na triagem sobre o funcionamento do SU	1.7 (0.6)	2.3 (0.8)	2.2 (0.8)	2.0 (0.8)	0.261	0.169
Adequação do espaço físico, tendo em conta a localização, a acessibilidade, o espaço de trabalho	2.8 (0.6)	2.5 (0.7)	3.1 (0.3)	2.4 (0.7)	0.037	- 0.137
O seu grau de satisfação global	3.1 (0.3)	3.0 (0.5)	2.8 (0.7)	2.9 (0.7)	0.734	- 0.112

<sup>(1)</sup> respostas em escala de Likert de 4 pontos: 1 = “Muito Insatisfeito”, 2 = “Insatisfeito”, 3 = “Satisfeito”, 4 = “Muito Satisfeito”;

<sup>(2)</sup> valor de significância do Teste de Kruskal-Wallis; <sup>(3)</sup> Coeficiente de Correlação de Spearman: \*\* p < 0.05, \* p < 0.10.

**TABELA 7 – RELAÇÃO DAS DIMENSÕES DE SATISFAÇÃO COM OS ANOS DE  
EXPERIÊNCIA EM STM**

**Tabela 7** – Relação das dimensões da satisfação com os anos de experiência em STM.

Perguntas <sup>(1)</sup>	Anos de experiência em Sistema de Triagem de Manchester			p <sup>(2)</sup>	R <sup>(3)</sup>
	≤5 (n = 20)	6-10 (n = 8)	>10 (n = 15)		
Adequação da formação frequentada no Curso de Triagem	2.9 (0.4)	3.3 (0.5)	2.8 (0.7)	0.157	0.009
Segurança da aplicação da triagem com base na sua fundamentação teórica	3.0 (0.5)	2.9 (0.6)	2.9 (0.4)	0.928	0.064
Sequenciação do guião das entrevistas da triagem	3.0 (0.5)	2.9 (0.4)	3.1 (0.4)	0.599	0.148
Adequação do guião das entrevistas para a sua realização em tempo máximo de três minutos	2.7 (0.7)	2.5 (0.5)	2.7 (0.7)	0.725	0.125
Adequação do Guião à população do Serviço de Urgência	2.9 (0.6)	2.9 (0.4)	3.0 (0.4)	0.734	0.079
Benefícios da Triagem para os utentes	3.5 (0.6)	3.4 (0.5)	3.4 (0.5)	0.649	- 0.083
Benefícios da Triagem para os profissionais	3.2 (0.6)	3.1 (0.6)	3.3 (0.6)	0.898	0.094
Contribuição para a organização do seu trabalho	3.3 (0.6)	3.3 (0.5)	3.1 (0.3)	0.642	- 0.155
Contribuição para a organização do seu serviço	3.3 (0.6)	3.3 (0.5)	3.2 (0.4)	0.873	- 0.098
Contribuição para o Trabalho em equipa	3.1 (0.6)	3.3 (0.5)	2.9 (0.4)	0.388	- 0.107
Cumprimento do atendimento dos utentes segundo o grau de prioridade da sua situação clínica	2.7 (0.7)	2.8 (0.5)	2.8 (0.6)	0.737	0.087
Adaptação à realidade do Serviço de Urgência	3.0 (0.6)	3.3 (0.5)	3.1 (0.4)	0.567	0.051
Contribuição para uma melhor fluência do circuito do utente no serviço	3.2 (0.7)	3.3 (0.5)	3.1 (0.3)	0.641	- 0.017
Contribuição para o correto encaminhamento do utente no Serviço de Urgência	3.2 (0.6)	3.3 (0.5)	2.9 (0.7)	0.507	- 0.030
Contribuição para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados	3.2 (0.5)	3.3 (0.5)	3.1 (0.3)	0.761	- 0.005
Aceitação dos utentes em relação aos tempos de espera definidos na triagem	2.1 (0.8)	2.4 (0.9)	2.6 (0.6)	0.121	0.287 *
Conhecimentos dos utentes acerca da triagem	1.8 (0.7)	1.9 (0.6)	2.3 (0.7)	0.143	0.234
Momentos de interrupção da triagem para realização de outras atividades	1.7 (0.6)	1.9 (0.8)	1.9 (0.7)	0.582	0.249
Conhecimento dos utentes sobre o percurso do doente dentro da urgência (triagem, 1ª observação médica, tratamentos/realização de exames-Reavaliação)	2.1 (0.8)	2.8 (0.5)	2.3 (0.8)	0.049	0.224

Perguntas <sup>(1)</sup>	Anos de experiência em Sistema de Triagem de Manchester			p <sup>(2)</sup>	R <sup>(3)</sup>
	≤5 (n = 20)	6-10 (n = 8)	>10 (n = 15)		
Conhecimento dos utentes sobre o encaminhamento para o Centro de Saúde, segundo o protocolo de DGS de encaminhamento de doentes sem critérios de gravidade	1.9 (0.6)	2.4 (0.5)	1.8 (0.7)	0.089	- 0.036
Quantidade de tempo dispensado para prestação de informações aos utentes na triagem sobre o funcionamento do SU	1.9 (0.7)	2.6 (0.5)	1.9 (0.8)	0.027	0.103
Adequação do espaço físico, tendo em conta a localização, a acessibilidade, o espaço de trabalho	2.7 (0.7)	2.9 (0.6)	2.6 (0.6)	0.625	- 0.079
O seu grau de satisfação global	3.1 (0.4)	3.0 (0.0)	2.8 (0.8)	0.493	- 0.123

<sup>(1)</sup> respostas em escala de Likert de 4 pontos: 1 = “Muito Insatisfeito”, 2 = “Insatisfeito”, 3 = “Satisfeito”, 4 = “Muito Satisfeito”;

<sup>(2)</sup> valor de significância do Teste de Kruskal-Wallis; <sup>(3)</sup> Coeficiente de Correlação de Spearman: \* p < 0.10.

**TABELA 8 - CARATERIZAÇÃO DAS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO  
“AVALIAÇÃO SOBRE AS ESTRATÉGIAS”.**

**Tabela 8** - Caraterização das respostas do questionário “Avaliação sobre as estratégias” (N = 63).

Perguntas <sup>(1)</sup>	% de respostas			
	Discordo plenamente	Discordo	Concordo	Concordo plenamente
<b>Sobre o vídeo "Conheça a Triagem", considera:</b>				
Conteúdo pertinente	0.0%	4.8%	52.4%	42.9%
Conteúdo informativo	0.0%	3.2%	52.4%	44.4%
Conteúdo claro e conciso	1.6%	6.3%	50.8%	41.3%
Tempo de duração adequado	0.0%	9.5%	49.2%	41.3%
Adequado à população do Serviço de Urgência	3.2%	9.5%	57.1%	30.2%
Seria uma mais-valia a implementar em sala de espera	0.0%	3.2%	60.3%	36.5%
<b>Sobre a aplicação móvel apresentada, considera:</b>				
Conteúdo pertinente	0.0%	6.3%	58.7%	34.9%
Conteúdo informativo	0.0%	4.8%	65.1%	30.2%
Conteúdo claro e conciso	1.6%	6.3%	57.1%	34.9%
Adequado à população do Serviço de Urgência	4.8%	20.6%	49.2%	25.4%
Seria uma mais-valia a implementar junto da população do Serviço de Urgência	3.2%	12.7%	52.4%	31.7%
<b>Considera as ideias apresentadas relevantes para:</b>				
Diminuir as interrupções na triagem para prestação de informações	0.0%	15.9%	49.2%	34.9%
Aumentar a literacia do utente sobre a triagem de Manchester	0.0%	6.3%	55.6%	38.1%
Aumentar a literacia do utente sobre o funcionamento do Serviço de Urgência	0.0%	3.2%	58.7%	38.1%
Contribuir para o desenvolvimento de uma triagem mais fluente	0.0%	14.3%	55.6%	30.2%
Contribuir para a referenciação do utente para o Centro de Saúde de forma facilitada	0.0%	9.5%	58.7%	31.7%
Contribuir para o seu nível de satisfação global a desenvolver a triagem	0.0%	12.7%	54.0%	33.3%

<sup>(1)</sup> respostas em escala de Likert de 4 pontos: 0 = “Discordo plenamente”, 1 = ”Discordo”, 2 = “Concordo”, 3 = “Concordo plenamente”.

**TABELA 9 - RELAÇÃO DOS ÍNDICES DE AVALIAÇÃO COM A IDADE,  
CATEGORIA, OS ANOS DE EXPERIÊNCIA EM SU E OS ANOS DE EXPERIÊNCIA  
EM STM.**

**Tabela 9** - Relação dos Índices de Avaliação com a idade, categoria, os anos de experiência em SU e os anos de experiência em STM.

Variáveis	Índices de Avaliação			
	Índice Vídeo Média (DP)	Índice App Média (DP)	Índice Ideias Média (DP)	Índice Global Média (DP)
<b>Idade</b>				
20-30 anos (n = 14)	2.29 (0.54)	2.19 (0.62)	2.40 (0.51)	2.30 (0.49)
31-40 anos (n = 22)	2.16 (0.48)	2.03 (0.56)	2.05 (0.48)	2.08 (0.45)
Mais de 40 anos (n = 27)	2.46 (0.55)	2.29 (0.57)	2.31 (0.57)	2.36 (0.51)
<i>Teste de Kruskal-Wallis</i>	<i>p = 0.086</i>	<i>p = 0.291</i>	<i>p = 0.121</i>	<i>p = 0.100</i>
Coef. Correlação Spearman	R = 0.215 ( <i>p = 0.091</i> )	R = 0.127 ( <i>p = 0.320</i> )	R = 0.003 ( <i>p = 0.980</i> )	R = 0.142 ( <i>p = 0.267</i> )
<b>Categoria</b>				
Enf. Cuidados Gerais (n = 45)	2.25 (0.50)	2.10 (0.50)	2.23 (0.52)	2.20 (0.45)
Enf. Especialista (n = 16)	2.48 (0.59)	2.38 (0.76)	2.29 (0.63)	2.38 (0.63)
Enf. Coordenador Turno (n = 2)	2.50 (0.71)	2.20 (0.57)	2.00 (0.00)	2.24 (0.42)
<i>Teste de Mann-Whitney<sup>(1)</sup></i>	<i>p = 0.093</i>	<i>p = 0.074</i>	<i>p = 0.781</i>	<i>p = 0.195</i>
<b>Anos de experiência em SU</b>				
Até 5 anos (n = 11)	2.39 (0.56)	2.45 (0.54)	2.61 (0.41)	2.49 (0.44)
De 6 a 10 anos (n = 18)	2.16 (0.35)	1.93 (0.35)	2.06 (0.40)	2.06 (0.29)
De 11 a 20 anos (n = 15)	2.08 (0.64)	1.99 (0.78)	1.94 (0.59)	2.00 (0.63)
Mais de 20 anos (n = 19)	2.61 (0.45)	2.39 (0.49)	2.43 (0.49)	2.48 (0.42)
<i>Teste de Kruskal-Wallis</i>	<b><i>p = 0.018</i></b>	<b><i>p = 0.018</i></b>	<b><i>p = 0.004</i></b>	<b><i>p = 0.006</i></b>
Coef. Correlação Spearman	R = 0.220 ( <i>p = 0.084</i> )	R = 0.077 ( <i>p = 0.548</i> )	R = -0.028 ( <i>p = 0.825</i> )	R = 0.114 ( <i>p = 0.375</i> )
<b>Anos de experiência em STM</b>				
Até 5 anos (n = 19)	2.29 (0.51)	2.21 (0.60)	2.36 (0.52)	2.29 (0.47)
De 6 a 10 anos (n = 16)	2.26 (0.52)	2.08 (0.57)	2.09 (0.35)	2.15 (0.43)
Mais de 10 anos (n = 28)	2.37 (0.56)	2.21 (0.59)	2.24 (0.62)	2.28 (0.55)
<i>Teste de Kruskal-Wallis</i>	<i>p = 0.734</i>	<i>p = 0.888</i>	<i>p = 0.494</i>	<i>p = 0.760</i>
Coef. Correlação Spearman	R = 0.086 ( <i>p = 0.505</i> )	R = 0.011 ( <i>p = 0.932</i> )	R = -0.088 ( <i>p = 0.493</i> )	R = 0.021 ( <i>p = 0.868</i> )

<sup>(1)</sup> os enfermeiros “Coordenador de Turno” não foram considerados para o Teste de Mann-Whitney devido ao número reduzido de casos (n = 2).

**TABELA 10 - RELAÇÃO DAS DIMENSÕES DE AVALIAÇÃO COM A IDADE.**

**Tabela 10 -** Relação das dimensões de avaliação com a idade.

Perguntas <sup>(1)</sup>	Idade			<i>p</i> <sup>(2)</sup>	<i>R</i> <sup>(3)</sup>
	20-30 (n = 14)	31-40 (n = 22)	>40 (n = 27)		
<b>Sobre o vídeo "Conheça a Triagem", considera:</b>					
Conteúdo pertinente	2.4 (0.5)	2.2 (0.5)	2.5 (0.6)	0.139	0.191
Conteúdo informativo	2.4 (0.6)	2.3 (0.5)	2.6 (0.6)	0.136	0.190
Conteúdo claro e conciso	2.3 (0.7)	2.2 (0.7)	2.4 (0.6)	0.355	0.132
Tempo de duração adequado	2.2 (0.8)	2.1 (0.5)	2.5 (0.6)	0.056	<b>0.234*</b>
Adequado à população do Serviço de Urgência	2.2 (0.7)	1.9 (0.8)	2.3 (0.7)	0.190	0.110
Seria uma mais-valia a implementar em sala de espera	2.3 (0.6)	2.2 (0.4)	2.4 (0.6)	0.286	0.153
<b>Sobre a aplicação móvel apresentada, considera:</b>					
Conteúdo pertinente	2.2 (0.6)	2.2 (0.5)	2.4 (0.6)	0.276	0.175
Conteúdo informativo	2.2 (0.6)	2.1 (0.5)	2.4 (0.6)	0.275	0.155
Conteúdo claro e conciso	2.3 (0.7)	2.1 (0.6)	2.3 (0.6)	0.565	0.055
Adequado à população do Serviço de Urgência	2.0 (0.9)	1.7 (0.8)	2.1 (0.7)	0.153	0.118
Seria uma mais-valia a implementar junto da população do Serviço de Urgência	2.2 (0.8)	2.0 (0.8)	2.2 (0.7)	0.588	0.023
<b>Considera as ideias apresentadas relevantes para:</b>					
Diminuir as interrupções na triagem para prestação de informações	2.3 (0.8)	2.1 (0.6)	2.2 (0.7)	0.586	-0.012
Aumentar a literacia do utente sobre a triagem de Manchester	2.4 (0.5)	2.2 (0.6)	2.4 (0.6)	0.398	0.026
Aumentar a literacia do utente sobre o funcionamento do Serviço de Urgência	2.5 (0.5)	2.2 (0.5)	2.4 (0.6)	0.334	-0.036
Contribuir para o desenvolvimento de uma triagem mais fluente	2.4 (0.7)	1.9 (0.6)	2.3 (0.6)	<b>0.026</b>	0.051
Contribuir para a referenciação do utente para o Centro de Saúde de forma facilitada	2.4 (0.5)	2.0 (0.6)	2.3 (0.6)	<b>0.036</b>	0.040
Contribuir para o seu nível de satisfação global a desenvolver a triagem	2.4 (0.6)	2.0 (0.6)	2.3 (0.7)	0.122	-0.032

<sup>(1)</sup> respostas em escala de Likert de 4 pontos: 0 = "Discordo plenamente", 1 = "Discordo", 2 = "Concordo", 3 = "Concordo plenamente". <sup>(2)</sup> valor de significância do Teste de Kruskal-Wallis; <sup>(3)</sup> Coeficiente de Correlação de Spearman: \*  $p < 0.05$ ,  $p > 0.05$  nas perguntas sem \*).

**TABELA 11 - RELAÇÃO DAS DIMENSÕES DE AVALIAÇÃO COM A  
CATEGORIA DO ENFERMEIRO.**

**Tabela 11 -** Relação das dimensões de avaliação com a categoria do enfermeiro.

Perguntas <sup>(1)</sup>	Categoria do enfermeiro <sup>(3)</sup>		p <sup>(2)</sup>
	Cuidados Gerais (n = 45)	Especialista (n = 16)	
<b>Sobre o vídeo "Conheça a Triagem", considera:</b>			
Conteúdo pertinente	2.3 (0.6)	2.6 (0.6)	0.100
Conteúdo informativo	2.3 (0.6)	2.6 (0.5)	0.076
Conteúdo claro e conciso	2.2 (0.6)	2.5 (0.8)	0.067
Tempo de duração adequado	2.3 (0.7)	2.4 (0.6)	0.682
Adequado à população do Serviço de Urgência	2.1 (0.7)	2.3 (0.9)	0.263
Seria uma mais-valia a implementar em sala de espera	2.2 (0.5)	2.6 (0.5)	<b>0.043</b>
<b>Sobre a aplicação móvel apresentada, considera:</b>			
Conteúdo pertinente	2.2 (0.5)	2.6 (0.6)	<b>0.015</b>
Conteúdo informativo	2.2 (0.5)	2.5 (0.6)	<b>0.029</b>
Conteúdo claro e conciso	2.2 (0.5)	2.5 (0.8)	<b>0.016</b>
Adequado à população do Serviço de Urgência	1.9 (0.7)	2.0 (1.2)	0.446
Seria uma mais-valia a implementar junto da população do Serviço de Urgência	2.1 (0.7)	2.3 (0.9)	0.122
<b>Considera as ideias apresentadas relevantes para:</b>			
Diminuir as interrupções na triagem para prestação de informações	2.2 (0.7)	2.3 (0.8)	0.668
Aumentar a literacia do utente sobre a triagem de Manchester	2.2 (0.6)	2.6 (0.6)	<b>0.048</b>
Aumentar a literacia do utente sobre o funcionamento do Serviço de Urgência	2.3 (0.5)	2.6 (0.5)	0.090
Contribuir para o desenvolvimento de uma triagem mais fluente	2.2 (0.6)	2.1 (0.8)	0.884
Contribuir para a referência do utente para o Centro de Saúde de forma facilitada	2.3 (0.5)	2.1 (0.8)	0.293
Contribuir para o seu nível de satisfação global a desenvolver a triagem	2.2 (0.6)	2.2 (0.8)	0.928

<sup>(1)</sup> respostas em escala de Likert de 4 pontos: 0 = "Discordo plenamente", 1 = "Discordo", 2 = "Concordo", 3 = "Concordo plenamente"; <sup>(2)</sup> valor de significância do Teste de Mann-Whitney; <sup>(3)</sup> os enfermeiros "Coordenador de Turno" não foram considerados para o Teste de Mann-Whitney devido ao número reduzido de casos (n = 2).

**TABELA 12 - RELAÇÃO DAS DIMENSÕES DE AVALIAÇÃO COM OS ANOS DE  
EXPERIÊNCIA EM SU.**

**Tabela 12 -** Relação das dimensões de avaliação com os anos de experiência em SU.

Perguntas <sup>(1)</sup>	Anos de experiência em SU				p <sup>(2)</sup>	R <sup>(3)</sup>
	≤5 (n = 11)	6-10 (n = 18)	11-20 (n = 15)	>20 (n = 19)		
<b>Sobre o vídeo "Conheça a Triagem", considera:</b>						
Conteúdo pertinente	2.5 (0.5)	2.2 (0.4)	2.1 (0.7)	2.7 (0.5)	<b>0.010</b>	0.189
Conteúdo informativo	2.4 (0.7)	2.2 (0.4)	2.3 (0.6)	2.7 (0.5)	0.058	<b>0.263*</b>
Conteúdo claro e conciso	2.5 (0.7)	2.2 (0.5)	2.0 (0.8)	2.6 (0.5)	<b>0.030</b>	0.154
Tempo de duração adequado	2.3 (0.8)	2.2 (0.5)	2.1 (0.7)	2.6 (0.5)	0.075	0.228
Adequado à população do Serviço de Urgência	2.4 (0.7)	2.1 (0.4)	1.7 (1.0)	2.5 (0.5)	<b>0.014</b>	0.099
Seria uma mais-valia a implementar em sala de espera	2.4 (0.7)	2.2 (0.4)	2.2 (0.6)	2.6 (0.5)	0.070	0.197
<b>Sobre a aplicação móvel apresentada, considera:</b>						
Conteúdo pertinente	2.5 (0.5)	2.1 (0.4)	2.1 (0.7)	2.5 (0.5)	<b>0.046</b>	0.151
Conteúdo informativo	2.5 (0.5)	2.0 (0.3)	2.2 (0.7)	2.4 (0.5)	0.053	0.108
Conteúdo claro e conciso	2.5 (0.5)	2.0 (0.5)	2.1 (0.8)	2.4 (0.6)	0.054	0.061
Adequado à população do Serviço de Urgência	2.3 (0.9)	1.7 (0.5)	1.6 (1.1)	2.3 (0.7)	<b>0.022</b>	0.062
Seria uma mais-valia a implementar junto da população do Serviço de Urgência	2.5 (0.7)	1.9 (0.6)	1.9 (1.0)	2.3 (0.6)	<b>0.034</b>	-0.014
<b>Considera as ideias apresentadas relevantes para:</b>						
Diminuir as interrupções na triagem para prestação de informações	2.5 (0.7)	2.1 (0.6)	1.9 (0.7)	2.4 (0.6)	<b>0.043</b>	-0.038
Aumentar a literacia do utente sobre a triagem de Manchester	2.6 (0.5)	2.2 (0.4)	2.0 (0.8)	2.5 (0.5)	<b>0.039</b>	-0.039
Aumentar a literacia do utente sobre o funcionamento do Serviço de Urgência	2.7 (0.5)	2.2 (0.4)	2.1 (0.6)	2.4 (0.5)	<b>0.031</b>	-0.113
Contribuir para o desenvolvimento de uma triagem mais fluente	2.5 (0.5)	1.9 (0.6)	1.8 (0.7)	2.5 (0.5)	<b>0.001</b>	0.069
Contribuir para a referenciação do utente para o Centro de Saúde de forma facilitada	2.6 (0.5)	2.0 (0.5)	1.9 (0.6)	2.4 (0.6)	<b>0.004</b>	-0.012
Contribuir para o seu nível de satisfação global a desenvolver a triagem	2.5 (0.5)	2.0 (0.6)	1.9 (0.7)	2.4 (0.6)	<b>0.025</b>	0.026

<sup>(1)</sup> respostas em escala de Likert de 4 pontos: 0 = “Discordo plenamente”, 1 = “Discordo”, 2 = “Concordo”, 3 = “Concordo plenamente”. <sup>(2)</sup> valor de significância do Teste de Kruskal-Wallis; <sup>(3)</sup> Coeficiente de Correlação de Spearman: \* p < 0.05, p > 0.05 nas perguntas sem \*).

**TABELA 13 - RELAÇÃO DAS DIMENSÕES DE AVALIAÇÃO COM OS ANOS DE  
EXPERIÊNCIA EM STM**

**Tabela 13** - Relação das dimensões de avaliação com os anos de experiência em STM.

Perguntas <sup>(1)</sup>	Anos de experiência em Sistema de Triagem de Manchester			p <sup>(2)</sup>	R <sup>(3)</sup>
	≤5 (n = 19)	6-10 (n = 16)	>10 (n = 28)		
<b>Sobre o vídeo "Conheça a Triagem", considera:</b>					
Conteúdo pertinente	2.4 (0.5)	2.3 (0.6)	2.4 (0.6)	0.743	0.080
Conteúdo informativo	2.3 (0.6)	2.4 (0.5)	2.5 (0.6)	0.477	0.151
Conteúdo claro e conciso	2.3 (0.7)	2.3 (0.8)	2.4 (0.6)	0.954	0.026
Tempo de duração adequado	2.2 (0.7)	2.3 (0.6)	2.4 (0.6)	0.452	0.149
Adequado à população do Serviço de Urgência	2.2 (0.6)	2.1 (0.7)	2.1 (0.8)	0.857	-0.003
Seria uma mais-valia a implementar em sala de espera	2.3 (0.6)	2.3 (0.5)	2.4 (0.6)	0.934	0.035
<b>Sobre a aplicação móvel apresentada, considera:</b>					
Conteúdo pertinente	2.3 (0.6)	2.2 (0.5)	2.4 (0.6)	0.577	0.095
Conteúdo informativo	2.3 (0.6)	2.2 (0.4)	2.3 (0.6)	0.760	0.037
Conteúdo claro e conciso	2.3 (0.7)	2.1 (0.7)	2.3 (0.6)	0.716	0.051
Adequado à população do Serviço de Urgência	2.1 (0.8)	1.8 (0.8)	2.0 (0.8)	0.639	-0.039
Seria uma mais-valia a implementar junto da população do Serviço de Urgência	2.2 (0.8)	2.1 (0.8)	2.1 (0.7)	0.838	-0.054
<b>Considera as ideias apresentadas relevantes para:</b>					
Diminuir as interrupções na triagem para prestação de informações	2.2 (0.8)	2.3 (0.5)	2.1 (0.7)	0.706	-0.081
Aumentar a literacia do utente sobre a triagem de Manchester	2.5 (0.5)	2.2 (0.5)	2.3 (0.7)	0.351	-0.095
Aumentar a literacia do utente sobre o funcionamento do Serviço de Urgência	2.5 (0.5)	2.3 (0.4)	2.3 (0.6)	0.231	-0.156
Contribuir para o desenvolvimento de uma triagem mais fluente	2.2 (0.7)	2.0 (0.5)	2.2 (0.7)	0.465	0.025
Contribuir para a referenciação do utente para o Centro de Saúde de forma facilitada	2.4 (0.5)	1.9 (0.5)	2.3 (0.7)	<b>0.023</b>	-0.029
Contribuir para o seu nível de satisfação global a desenvolver a triagem	2.3 (0.7)	1.9 (0.6)	2.3 (0.7)	0.141	0.018

<sup>(1)</sup> respostas em escala de Likert de 4 pontos: 0 = "Discordo plenamente", 1 = "Discordo", 2 = "Concordo", 3 = "Concordo plenamente". <sup>(2)</sup> valor de significância do Teste de Kruskal-Wallis; <sup>(3)</sup> Coeficiente de Correlação de Spearman (p > 0.05 em todas as perguntas).