

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

RECONHECIMENTO DA PERDA SÚBITA DE VISÃO NA TRIAGEM DE MANCHESTER

Filipe André Sá Pereira

**Relatório Final De Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do
Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação
Crítica**

Orientador – Professora Doutora Maria Gorete de Jesus Baptista

Categoria – Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Afiliação – Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde

Março de 2026

Pereira, F. A. S. Perceção dos enfermeiros no reconhecimento da perda súbita de visão na Triagem de Manchester

Relatório Final De Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, 2026.

“No que diz respeito ao empenho, ao compromisso, ao esforço, à dedicação, não existe meio-termo. Ou você faz uma coisa bem feita ou não faz.”

Ayrton Senna

AGRADECIMENTOS

Este trabalho representa não apenas um percurso acadêmico, mas também um crescimento pessoal e profissional.

Agradeço a todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização desta etapa formativa, pelo apoio, estímulo e confiança depositada ao longo deste percurso exigente.

À minha família, pelo apoio incondicional, pela compreensão nas constantes ausências e por serem sempre o meu maior alicerce.

RESUMO

Enquadramento: O presente relatório final de estágio profissional foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (MEMCPSC), ministrado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, com vista à obtenção do grau de Mestre e ao reconhecimento do título profissional de Enfermeiro Especialista (EE) nesta área de diferenciação.

O relatório resulta do percurso formativo realizado em três contextos clínicos distintos: uma Unidade de Medicina Hiperbárica (UMH), um Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), integrados numa Unidade Local de Saúde da região Norte de Portugal. A estrutura do relatório está dividida em duas partes: a primeira corresponde à análise crítica dos processos de aprendizagem e ao desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados à Pessoa Situação Crítica (PSC), no âmbito dos estágios realizados nos contextos diferentes da prática clínica, e a segunda parte, apresenta um trabalho de investigação realizado, baseado na prática especializada e orientado para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, com o tema “Perceção dos Enfermeiros no reconhecimento da Perda súbita de visão na Triagem de Manchester”.

Objetivos: Analisar criticamente os processos de aprendizagem, a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas no âmbito da prestação de cuidados à PSC e família; explorar as perceções dos enfermeiros sobre a importância do reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de perda súbita de visão, no contexto da aplicação do Sistema de Triagem de Manchester.

Métodos: Na primeira parte, utilizou-se uma abordagem descritiva de natureza crítico-reflexiva, centrada na análise das experiências clínicas desenvolvidas ao longo dos estágios I e II, sustentada na aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE. Na segunda parte, desenvolveu-se um estudo qualitativo de natureza exploratória e descritiva, desenvolvido através de *focus group* com enfermeiros com experiência em Sistema de Triagem de Manchester (STM). A análise dos dados foi realizada segundo a metodologia de análise de conteúdo de Bardin.

Resultados: As competências comuns e específicas do EE foram adquiridas. Os resultados do estudo qualitativo evidenciaram que os enfermeiros reconhecem a perda súbita de visão como um sintoma clinicamente relevante e tempo-dependente, e atribuem particular importância ao tempo de instalação na definição da prioridade. Identificaram-se dificuldades

na distinção entre perda súbita e progressiva, relacionadas com a inexistência de protocolos específicos no STM, a variabilidade da apresentação dos sintomas e fatores organizacionais.

Conclusão: Os estágios contribuíram para o desenvolvimento de competências clínicas avançadas. Os enfermeiros reconhecem a perda súbita de visão como um sintoma potencialmente irreversível e dependente de uma janela temporal curta, e valorizam o tempo de instalação como critério central. Persistem dificuldades na distinção entre perda súbita e progressiva, associadas a limitações do STM, a fatores organizacionais e variações no raciocínio clínico. Os resultados do estudo reforçam a necessidade de desenvolver instrumentos clínicos e estratégias formativas que permitam melhorar a capacidade de reconhecimento precoce dos sintomas visuais agudos em contexto de triagem, estratégias organizacionais que promovam maior consistência e segurança na tomada de decisão na Triagem de Manchester.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Competência Clínica, Perda súbita de visão; Triagem.

ABSTRACT

Background: This final professional internship report was developed within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing Care for the Critically Ill Person, delivered by the School of Health of the Polytechnic Institute of Bragança, with the purpose of obtaining the Master's degree and professional recognition as a Specialist Nurse in this field.

The report results from the training pathway undertaken in three distinct clinical settings: a Hyperbaric Medicine Unit, an Intensive Care Unit, and a Medical-Surgical Emergency Department, integrated within a Local Health Unit in the northern region of Portugal. The report is structured in two parts: the first corresponds to a critical analysis of the learning processes and the development of specialized competencies in the provision of care to the Critically Ill Person, within the context of clinical internships; the second presents a research study grounded in specialized practice and oriented toward the continuous improvement of care quality, entitled "Nurses' Perceptions in the Recognition of Sudden Vision Loss in the Manchester Triage System."

Aim: To critically analyze the learning processes and the acquisition and development of specialized competencies in the provision of care to the critically ill person and family; to present and discuss the results of the research study developed throughout the training pathway.

Methods: In the first part, a descriptive, critical-reflective approach was adopted, centered on the analysis of clinical experiences developed during Internships I and II, supported by the acquisition and development of the common and specific competencies of the Specialist Nurse. In the second part, an exploratory and descriptive qualitative study was conducted using a focus group with nurses experienced in the Manchester Triage System. Data were analyzed according to Bardin's content analysis methodology.

Results: The common and specific competencies of the Specialist Nurse were achieved. The qualitative study results showed that nurses recognize sudden vision loss as a clinically relevant and time-dependent symptom, assigning particular importance to the time of onset when defining triage priority. Difficulties were identified in distinguishing between sudden and progressive vision loss, related to the absence of specific protocols within the Manchester Triage System, variability in symptom presentation, and organizational factors.

Conclusion: The internships contributed to the development of advanced clinical competencies. Nurses recognize sudden vision loss as a potentially irreversible and time-dependent symptom, valuing time of onset as a central criterion. However, difficulties persist in differentiating sudden from progressive vision loss, associated with limitations of the Manchester Triage System, organizational factors, and variations in clinical reasoning. The findings highlight the need to develop clinical tools, educational strategies, and organizational measures to improve the early recognition of acute visual symptoms in triage, contributing to more consistent and safer decision-making within the Manchester Triage System.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Clinical Competence; Sudden, Visual Loss; Triage

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEIH – Equipa de Emergência Intra-Hospitalar

GPT – Grupo Português de Triagem

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IPB – Instituto Politécnico de Bragança

IRD – Instrumento de Recolha de Dados

JB I - *Joanna Briggs Institute*

MEMCPSC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

NAS – *Nursing Activities Score*

OACR – Oclusão da Artéria Central da Retina

OTH – Oxigenoterapia Hiperbárica

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PBE - Prática Baseada na Evidência

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RAIF – Referencial de Avaliação de Idoneidade Formativa

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPICI - Síndrome Pós-internamento em Cuidados Intensivos

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TM – Triagem de Manchester

tPA - Ativador do Plasminogénio Tecidual

UCI – Unidades de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

ULS – Unidade Local de Saúde

UMH – Unidade de Medicina Hiperbárica

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

INTRODUÇÃO.....	1
-----------------	---

PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

1 - CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	5
---	---

1.1 ESTÁGIO DE OPÇÃO I – Unidade Medicina Hiperbárica.....	5
--	---

1.2 SERVIÇO DE URGÊNCIA	11
-------------------------------	----

1.3 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA.....	18
--	----

2 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO	27
--	----

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	29
---	----

2.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	30
---	----

2.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade	36
---	----

2.1.3 Domínio da gestão dos cuidados	41
--	----

2.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	45
--	----

2.2 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	50
--	----

2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador na vivência de processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	51
--	----

2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe da concepção à ação.....	56
--	----

2.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	60
---	----

PARTE II - RECONHECIMENTO DA PERDA SÚBITA DE VISÃO NA TRIAGEM DE MANCHESTER

I. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS	65
2. ESTADO DA ARTE	68
3. MÉTODO	79
3.1 TIPO DE ESTUDO	79
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	79
3.3 PERÍODO DE RECOLHA DE DADOS	80
3.4 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	80
3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	81
3.6 PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO DE DADOS	82
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	84
5. DISCUSSÃO	95
6. CONCLUSÕES DO ESTUDO	99
SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
APÊNDICES E ANEXOS.....	115
APÊNDICE I – Instrução de trabalho - Registo e Controlo da Codeína no SUMC	116
APÊNDICE II – Instrumento de apoio à preparação e administração de Ondexxya® (Andexanet alfa) 200mg	119
APÊNDICE III – Panfleto Guia do Utente da UMH	120
APÊNDICE IV – Poster: Intoxicação por Monóxido de Carbono: Alertas e Abordagem na Admissão em Serviço de Urgência.....	121
APÊNDICE V – Instrumento de recolha de dados.....	122
APÊNDICE VI – Consentimento Informado.....	124
ANEXO I - - Comprovativo de entrega de proposta de distribuição de Enfermagem e TAS pelos postos de trabalho do SUMC.....	126

ANEXO II - Comprovativo de participação na comissão organizadora do 1º Benchmarking de Gestão e Liderança de Enfermagem em Doente Crítico.....	127
ANEXO III - Certificado de apresentação de poster com o tema: Intoxicação por Monóxido de Carbono: Alertas e Abordagem na Admissão em Serviço de Urgência.....	128
ANEXO IV - Comprovativo de submissão de artigo.....	129
ANEXO V - Certificado de participação como palestrante no 2º Congresso de Enfermagem de Urgência do Hospital Pedro Hispano.....	130
ANEXO VI - Comprovativo de formação em serviço como formador	131
ANEXO VII - Comprovativo de formação em serviço.....	132
ANEXO VIII - Certificado de participação Masterclasse: Paragem Cardiorrespiratória Traumática.....	133
ANEXO IX - Certificado de participação em Webinar: Capacitar para o (Im)Provável: Gestão de recursos em Emergência médica e Catástrofe.....	134
ANEXO X – Certificado de participação em Seminário: (Re)Agir: Quando o Impossível acontece: Gestão de recursos em Emergência médica e Catástrofe.....	135
ANEXO XI – Comprovativo de aprovação da Comissão de ética.....	136

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra.....	80
Tabela 2 – Compreensão e valorização da perda súbita de visão.....	85
Tabela 3 – Critérios e indicadores usados na tomada de decisão.....	87
Tabela 4 – Dificuldades na identificação e distinção de sintomas.....	88
Tabela 5 – Limitações do sistema de Triagem de Manchester.....	89
Tabela 6 – Falta de recursos e apoio institucional.....	90
Tabela 7 – Formação e competências do enfermeiro.....	92
Tabela 8 – Propostas de melhoria e estratégias futuras.....	94

INTRODUÇÃO

Atualmente, a enfermagem afirma-se como *“uma profissão e disciplina científica autônoma, com corpo de conhecimento próprio, campo de intervenção específico e produção científica reconhecida, sustentada pela sua integração nos 2.º e 3.º ciclos de estudos”* (Ordem dos Enfermeiros, 2021, p. 1). O exercício profissional de enfermagem exige uma atuação tecnicamente rigorosa, cientificamente fundamentada e eticamente comprometida, orientada para a promoção da saúde, prevenção da doença, recuperação e reabilitação da pessoa ao longo do ciclo de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

No percurso de desenvolvimento profissional, a diferenciação através da especialização constitui um marco na consolidação de competências avançadas. O Enfermeiro Especialista (EE) é o profissional habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem diferenciados na área da sua especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No domínio da Enfermagem Médico-Cirúrgica, particularmente na área da pessoa em situação crítica (PSC), os cuidados assumem elevada complexidade técnica e clínica. A PSC é definida como aquela cuja vida se encontra ameaçada por falência, ou eminência de falência, de uma ou mais funções vitais, cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Neste contexto, constituem competências específicas do enfermeiro especialista cuidar da pessoa e família/cuidadores que vivenciam processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, bem como otimizar o ambiente e os processos terapêuticos associados a essas situações (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

É neste enquadramento que se insere a realização do relatório final de estágio profissional, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (MEMCPSC), ministrado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança (IPB), com vista à obtenção do grau de Mestre e do reconhecimento do título profissional de EE nesta área de diferenciação.

O presente relatório resulta do percurso formativo desenvolvido em três contextos clínicos distintos: Unidade de Medicina Hiperbárica (UMH), Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), integrados numa

Unidade Local de Saúde (ULS) do Norte de Portugal, caracterizados por elevada complexidade assistencial e exigência técnico-científica, e pela forma como possibilitaram a consolidação de competências clínicas avançadas na prestação de cuidados especializados à PSC e à sua família.

Neste sentido, o relatório assume-se como “um instrumento essencial na avaliação dos processos de aprendizagem e de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas” (Ordem dos Enfermeiros, 2021, p. 2). Configura-se como um espaço privilegiado de análise objetiva e reflexão crítica sobre o percurso desenvolvido, permitiu evidenciar a consolidação progressiva das competências específicas da especialidade, a capacidade de integração entre conhecimento teórico e prática clínica e o impacto das experiências vivenciadas no crescimento pessoal e profissional.

A elaboração do presente relatório obedeceu a pressupostos orientadores que asseguram a sua coerência científica, pedagógica e profissional, e cumpriu as recomendações estabelecidas para os relatórios de estágio dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

A estrutura do relatório subdivide-se em duas partes. A primeira corresponde à análise crítica dos processos de aprendizagem e ao desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados à PSC, no âmbito dos estágios realizados em três contextos diferentes da prática clínica. Esta secção inicia-se com a caracterização sumária dos contextos formativos e desenvolve-se com base nas competências comuns e específicas do EE, e evidenciam o percurso de consolidação profissional.

A segunda parte é dedicada à prática especializada baseada na evidência científica, materializada através do desenvolvimento de um trabalho de investigação subordinado ao tema “Reconhecimento da perda súbita de visão na Triagem de Manchester”. Inclui a contextualização do estudo, a apresentação do método adotado, a análise e discussão dos resultados e a respetiva síntese conclusiva.

O tema em investigação emergiu da reflexão sobre a prática clínica em contexto de Serviço de Urgência (SU), particularmente no âmbito da Triagem de Manchester (TM), enquanto momento determinante na atribuição de prioridade de atendimento e na segurança da PSC. O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (Ordem dos Enfermeiros, 2015a), estabelece que o enfermeiro é responsável pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega, e que exerce a sua atividade com respeito pela dignidade da pessoa humana e pelo bem comum. Neste enquadramento, a tomada de decisão em triagem assume particular relevância, uma vez que a correta identificação de sinais e sintomas

potencialmente ameaçadores da vida condiciona o acesso atempado a cuidados diferenciados. Esta responsabilidade encontra-se igualmente alinhada com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, que enfatiza a necessidade de reforçar práticas clínicas seguras, reduzir o risco de eventos adversos e promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, particularmente em contextos de elevada complexidade assistencial (Direção-Geral da Saúde, 2021).

A perda súbita de visão constitui uma potencial emergência médica, pode estar associada a doenças graves, tempo-dependentes, como a oclusão da artéria central da retina (OACR), cujo prognóstico e tratamento dependem da rapidez na identificação, encaminhamento e intervenção terapêutica. Considerando que a atribuição de prioridade na triagem condiciona diretamente o tempo de acesso aos cuidados, eventuais atrasos na identificação desta condição podem comprometer o prognóstico visual e funcional do doente.

A pertinência do estudo reforça-se perante a complexidade inerente às queixas visuais em contexto de triagem, onde a variabilidade na apresentação clínica, na interpretação de sintomas e na atribuição de prioridade pode comprometer a segurança do doente. Acresce que não se identificam estudos nacionais que explorem o reconhecimento da perda súbita de visão na TM.

Sensibilizado para a relevância do tema, considerou-se pertinente aprofundar a compreensão sobre a forma como esta condição é percecionada e valorizada pelos enfermeiros no momento da TM. Assim, o presente estudo procura contribuir para a reflexão crítica sobre a triagem a doentes com sintomas de perda súbita de visão, com vista à melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados à PSC.

Face ao exposto, o presente relatório tem como objetivos:

- Analisar criticamente os processos de aprendizagem e a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas no âmbito da prestação de cuidados à PSC e família;
- Explorar as percepções dos enfermeiros sobre a importância do reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de perda súbita de visão, no contexto da aplicação do Sistema de Triagem de Manchester.

A redação do relatório foi realizada de acordo com as orientações da Escola Superior de Saúde do IPB, e teve por base as normas da *American Psychological Association* – 7ª edição para a elaboração das referências bibliográficas.

A conclusão deste ciclo de estudos culmina na defesa pública do presente relatório, momento formal de validação académica e profissional do percurso realizado.

**PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM
ENFERMAGEM**

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

De forma adquirir e desenvolver competências especializadas e obter o grau de Mestre, ao longo dos últimos meses, foram realizados os Estágios I e II, integrados no plano curricular do MEMCPSC. Este percurso formativo, contemplou a experiência prática em três áreas de prestação de cuidados, uma primeira de carácter opcional, desenvolvida em uma UMH e duas outras de carácter obrigatório, realizados em um SUMC e uma UCIP.

A realização dos estágios deste ciclo de estudos teve lugar em uma ULS integrada na região Norte de Portugal, em funcionamento desde 1999, sendo a primeira ULS constituída em Portugal, no âmbito de um modelo pioneiro de integração de cuidados. É composta por uma Unidade Hospitalar e por diversas Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários distribuídas pela sua área de influência.

O estágio constituiu uma componente essencial da formação prática, promoveu a consolidação de conhecimentos teóricos e o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e ético-profissionais, fundamentais para o meu desempenho como futuro EE, tanto ao nível das competências comuns como das competências específicas na área da PSC. Neste contexto, a experiência clínica permite aplicar a evidência científica à prática, adaptar a intervenção a diferentes cenários clínicos e desenvolver estratégias eficazes para a tomada de decisão em ambientes de elevada exigência e complexidade (Egerod et al., 2021).

No sentido de contextualizar e aprofundar os diferentes cenários de prática clínica, apresenta-se de seguida a caracterização de cada um deles. Esta descrição contempla as especificidades estruturais e organizacionais, a constituição e diferenciação das equipas de enfermagem, as dotações seguras preconizadas, os modelos de organização do trabalho, o perfil dos doentes admitidos e as políticas de formação implementadas, bem como outros aspetos de importante relevo. Procura-se ainda evidenciar a relevância de cada contexto para o desenvolvimento de competências especializadas no âmbito da Enfermagem à PSC, bem como para a compreensão global do percurso formativo realizado.

1.1 ESTÁGIO DE OPÇÃO I - UMH

A realização do estágio decorreu entre 5 de maio e 18 de julho de 2025, e teve lugar em uma UMH. O estágio apresentou um total de 250 horas de contacto presencial, distribuídas por 11 semanas, e a sua componente foi dedicada à prática clínica em unidade de cuidados à PSC monovalente. O estágio foi orientado por um EE em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à PSC com competência avançada em Supervisão Clínica.

A escolha da UMH para a realização do Estágio I fundamentou-se em diversos fatores académicos, clínicos e profissionais que se alinham com os objetivos da minha formação especializada em Enfermagem. A UMH onde decorreu o estágio é, atualmente, a única unidade do país com capacidade para prestar tratamento de Oxigenoterapia Hiperbárica (OTH) em contexto de urgência e emergência, reunindo as condições necessárias para a abordagem diferenciada do doente em situação crítica, com quadros de embolia gasosa, acidente de descompressão, intoxicação por monóxido de carbono, infeções necrotizantes, ou OACR, entre outras patologias com indicação urgente. Trata-se de uma unidade com uma elevada complexidade técnico-científica, exigindo conhecimentos específicos e competências diferenciadas na prestação de cuidados de enfermagem, o que representou uma oportunidade única para aprofundar saberes e desenvolver competências especializadas, num contexto altamente diferenciado e tecnicamente exigente. Adicionalmente, a interligação funcional da UMH ao serviço onde habitualmente presto cuidados constituiu outro fator determinante. Ao longo da minha prática clínica, tive oportunidade de articular e transferir diversos doentes para esta unidade, o que despertou o interesse em conhecer de forma mais aprofundada o seu funcionamento interno, as dinâmicas da equipa e o seguimento dos utentes após a fase aguda. Com alguma frequência, os doentes submetidos a tratamento com OTH permanecem internados em unidades de cuidados intensivos (UCI) ou no SU, enquanto aguardam novas sessões, de acordo com o seu estado clínico e o nível de cuidados necessário. Esta realidade, vivida no exercício da minha prática profissional, despertou o interesse em aumentar o conhecimento sobre esta modalidade terapêutica e as patologias associadas, com o objetivo de melhorar a qualidade da minha intervenção e contribuir de forma mais eficaz para a continuidade e segurança dos cuidados prestados. Assim, a realização deste estágio nesta unidade permitiu não só o contato direto com contextos clínicos complexos e inovadores, mas também reforçar a articulação entre serviços, promovendo uma abordagem mais integrada, segura e qualificada à prestação de cuidados.

A UMH é um serviço altamente especializado, que permite a administração de OTH em condições controladas, garantindo a vigilância, monitorização e acompanhamento clínico adequados à segurança e eficácia do tratamento. Este tratamento consiste na administração de oxigénio com uma fração inspirada próxima de um (oxigénio puro ou a 100%), num ambiente com pressão superior à atmosférica ao nível do mar, geralmente entre duas a três vezes mais elevada. Este aumento de pressão resulta num aumento da pressão arterial e tecidual de oxigénio muito significativos (perto de 2000 mmHg e 400 mmHg respetivamente) o que estará na base da maioria dos efeitos fisiológicos e terapêuticos do

oxigénio hiperbárico (Fernandes, 2009). Esta modalidade terapêutica é utilizada no tratamento de diversas patologias, algumas com indicação emergente outras em regime de ambulatório.

O aumento dos níveis de oxigénio durante a OTH não depende apenas da quantidade de oxigénio fornecido, mas também do aumento da pressão ambiente, que potencia a dissolução do gás no sangue (Lei de Henry). Para que se seja possível atingir os valores de pressão desejados, as sessões de OTH são realizadas em local próprio. As câmaras hiperbáricas são compartimentos estanques constituídos por materiais resistentes, que permitem acomodar uma ou mais pessoas no seu interior, com o propósito de lhes proporcionar tratamento médico (Kot et al., 2023). De acordo com Albuquerque e Sousa, (2007), as câmaras hiperbáricas são categorizadas conforme a sua lotação, finalidade de utilização e potencial terapêutico, podendo ser divididas em quatro níveis:

- Câmaras de categoria 1: câmaras multilugar, com a particularidade de serem as únicas apropriadas para o tratamento de PSC;
- Câmaras de categoria 2: câmaras multilugar, com capacidade para receber e proporcionar tratamento de doentes em geral, exceto, PSC;
- Câmaras de categoria 3: câmaras multilugar, destinadas exclusivamente ao tratamento de pessoas que sofreram acidentes de mergulho;
- Câmaras de categoria 4: câmaras monolugares.

Em Portugal, existem 5 unidades públicas que estão integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e disponibilizam tratamentos de OTH. As unidades estão distribuídas pelo território nacional da seguinte forma: O Hospital Pedro Hispano, em Matosinhos, inserido na ULS de Matosinhos, oferece uma câmara hiperbárica multilugar de categoria 1. Esta é a única câmara que está inserida em uma unidade hospitalar, garantido que os doentes críticos possam receber cuidados de suporte necessários, durante e após o tratamento na câmara, como monitorização, suporte ventilatório e acesso a intervenções médicas de emergência (Bloco Operatório e UCI). O Campus de Saúde Militar, localizado no Lumiar, Lisboa, é destinado a atender os profissionais da área militar, mas também oferece serviços para a população em geral em condições específicas. O Hospital da Horta, situado na ilha do Faial, nos Açores, é um centro de referência na região, com a disponibilidade de uma câmara hiperbárica para o tratamento de diversas condições, incluindo emergências oftalmológicas. O Hospital de Ponta Delgada, também nos Açores, situado na ilha de São Miguel, disponibiliza tratamento com OTH, oferecendo uma importante ferramenta para o tratamento de doenças e condições agudas. Por fim, o Hospital do Funchal, na Madeira,

dispõe de uma UMH que oferece tratamentos de OTH com um foco especial em emergências médicas e outras patologias que exigem intervenção rápida. Em Portugal, existem diversas unidades privadas que oferecem OTH para uma variedade de condições médicas. No entanto, é importante destacar que, embora essas clínicas e hospitais privados disponham de câmaras hiperbáricas, nenhuma delas possui a capacidade de atender situações urgentes e/ou de cuidados especializados em PSC. As unidades privadas são, na sua maioria, focadas em tratamentos de reabilitação, recuperação de feridas crônicas, lesões por radiação, doenças neurológicas e outras condições não emergentes. A UMH onde foi realizado o estágio conta com vasta experiência no tratamento de doentes urgentes, encontra-se em funcionamento desde 2006 e foi a primeira instalação deste tipo num hospital público civil em Portugal. A unidade, integrada no departamento de Anestesia, dispõe de uma câmara multilugar categoria 1, com capacidade para 16 ocupantes, apresentando disponibilidade para tratar, diariamente, até 45 pessoas (em tratamento considerado de rotina) divididas por três sessões com 15 elementos cada. Paralelamente, a UMH mantém-se operacional 24 horas por dia, 7 dias por semana, garantindo resposta a situações de urgência e emergência médicas com indicação para OTH.

A equipa da UMH é composta por diferentes profissionais que, em conjunto, asseguram o funcionamento e a segurança do serviço. A equipa de enfermagem neste serviço é composta por seis elementos, com formação e larga experiência profissional no cuidado à PSC. Entre estes, um exerce funções de gestão, três possuem a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da PSC e detêm Competência Avançada em Enfermagem Hiperbárica e Subaquática. Os restantes dois enfermeiros são detentores da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem Hiperbárica e Subaquática, conferida pela Ordem dos Enfermeiros. O enfermeiro com funções de gestão, embora presente no serviço, não é contabilizado nos rácios de prestação de cuidados. Nos dias úteis, o horário de funcionamento da equipa de enfermagem está organizado em dois turnos: das 08h00 às 15h00 e das 15h00 às 20h00. No turno da manhã estão presentes três enfermeiros, enquanto no turno da tarde estão escalados dois elementos. Fora deste horário, incluindo noites, fins de semana e feriados, a assistência é assegurada através de um regime de prevenção, no qual se encontram permanentemente escalados dois enfermeiros de forma rotativa. A equipa médica é composta por seis médicos com formação de base em Anestesia e específica em Medicina Subaquática e Hiperbárica, assegurando a prescrição, vigilância clínica e avaliação periódica da eficácia terapêutica do tratamento. Para além disso, a equipa é complementada por três técnicos operacionais especializados na condução e monitorização da câmara hiperbárica, sendo estes

responsáveis por garantir as condições técnicas e de segurança durante as sessões de tratamento. A unidade conta com um assistente operacional por turno, responsável por tarefas de apoio direto à atividade clínica e logística, e uma assistente técnica, que assegura funções administrativas e de suporte à gestão do serviço. Esta equipa multidisciplinar trabalha de forma articulada para garantir o funcionamento, a segurança dos procedimentos e a continuidade dos cuidados prestados.

O exercício profissional de enfermagem na UMH exige competências altamente especializadas, adaptadas às particularidades do ambiente hiperbárico e à diversidade clínica dos doentes. As funções dos enfermeiros incluem a consulta de avaliação clínica pré-sessão, preparação do doente e dos dispositivos médicos, vigilância contínua durante a exposição à pressão, monitorização de sinais vitais, gestão de efeitos adversos como barotrauma ou toxicidade do oxigénio, cuidados de pensos a doentes em tratamentos a feridas complexas, e apoio emocional ao doente. Adicionalmente, são responsáveis pela implementação de medidas de controlo de infeção, pela segurança operacional no interior da câmara, e pela articulação com outras equipas hospitalares, assegurando a continuidade dos cuidados. A prestação de cuidados é diferenciada consoante se trate de doentes críticos, em contexto de urgência, ou de doentes seguidos em regime de ambulatório.

A OTH é uma modalidade terapêutica reconhecida internacionalmente, promovendo aumento da oxigenação tecidual, angiogénese, ação antimicrobiana e modulação da resposta inflamatória. As suas indicações encontram-se organizadas por níveis de evidência no Código Europeu de Boas Práticas em Medicina Hiperbárica (Kot et al., 2023).

Entre as indicações emergentes destacam-se a intoxicação por monóxido de carbono, o embolismo gasoso, doença de descompressão, as infeções necrotizantes, e a OACR, situações tempo-dependentes em que a OTH pode constituir terapêutica de primeira linha.

Em regime programado ou ambulatório, é amplamente utilizada no tratamento de feridas crónicas complexas, osteomielite refratária, lesões por radiação, enxertos comprometidos, surdez súbita neurosensorial e lesões isquémicas traumáticas, integrando planos terapêuticos multidisciplinares.

A seleção dos utentes e a definição do regime terapêutico dependem de prescrição clínica individualizada. Durante o estágio na UMH, foi possível constatar o seu papel como centro de referência nacional, recebendo doentes referenciados por diversas instituições de

saúde. Em regime ambulatorio, destacaram-se a surdez súbita neurossensorial e as lesões induzidas por radiação como as patologias mais frequentemente tratadas.

As câmaras hiperbáricas e os dispositivos utilizados no seu interior encontram-se sujeitos a regulamentação rigorosa a nível europeu e norte-americano. Apesar de não existirem normas específicas da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) relativas ao espaço físico destas unidades, o seu funcionamento está enquadrado por regulamentação internacional exigente, nomeadamente pela Diretiva 93/42/CEE relativa aos Dispositivos Médicos e pela Norma Europeia EN 14931 (2011), que estabelece requisitos de segurança, construção e funcionalidade para sistemas de câmaras hiperbáricas, assegurando elevados padrões de qualidade e segurança.

A UMH localiza-se no piso -1, com proximidade ao SU e ao Serviço de Medicina Intensiva (SMI), dispondo de acesso interno e externo, o que facilita a articulação com outros serviços e o acesso de doentes em regime ambulatorio.

A UMH é constituída por uma câmara hiperbárica, que está integrada num sistema mais amplo – o Sistema de Câmara Hiperbárica – que inclui não só a câmara em si, mas também todos os equipamentos de suporte essenciais ao seu funcionamento. Entre os principais componentes encontram-se o painel de controlo da pressão e dos gases, os compressores de ar, os reservatórios de oxigénio, os sistemas de ventilação e respiração, os dispositivos de monitorização dos doentes, os sistemas de comunicação internos e externos, os sistemas de controlo ambiental, e os sistemas de combate a incêndios, especificamente adaptados ao ambiente hiperbárico.

A unidade dispõe de uma estrutura física complementar à câmara hiperbárica que assegura o funcionamento clínico, técnico e logístico do serviço. É composta por três gabinetes médicos destinados à avaliação e seguimento dos doentes, um gabinete do enfermeiro gestor, uma sala de tratamentos de feridas equipada para avaliação e tratamentos regulares de feridas complexas, e uma sala de reuniões que funciona também como espaço de formação e biblioteca. Dispõe ainda de um vestiário masculino com instalações sanitárias, uma copa de apoio, área de secretariado e armazém para armazenamento de consumíveis e equipamentos. O painel de controlo operacional da câmara encontra-se instalado em frente à estrutura cilíndrica, permitindo uma visão integral do seu perímetro externo e do interior, através de um sistema de vigilância contínua. Todo o sistema está sustentado por mecanismos redundantes de fornecimento energético e manutenção técnica, garantindo autonomia e segurança. Em caso de falha do fornecimento elétrico, a unidade possui capacidade para

operar de forma totalmente hidráulica, assegurando a continuidade do tratamento sem comprometer a segurança dos doentes.

A realização de uma sessão hiperbárica em contexto de urgência requer a presença de uma equipa mínima composta por um médico, um operador e dois enfermeiros, sendo que um destes permanece no interior da câmara durante o tratamento, permitindo a monitorização contínua e a continuidade cuidados durante o tratamento hiperbárico. Até ao momento, não existe uma recomendação específica por parte da Ordem dos Enfermeiros relativamente ao rácio enfermeiro-doente em unidades de medicina hiperbárica. Contudo, nesta unidade aplicam-se as orientações gerais sobre dotações seguras de cuidados de enfermagem. Neste contexto de cuidados críticos, no qual se inserem os doentes que realizam as sessões de urgência, é adotado o princípio da dotação segura, que recomenda uma proporção de um enfermeiro por cada um a dois doentes críticos.

1.2 SERVIÇO DE URGÊNCIA

O SUMC integra a Rede de Serviços de Urgência do SNS, tendo como missão assegurar a prestação de cuidados de saúde diferenciados em situações de urgência e emergência, que, pela sua gravidade e complexidade, exigem intervenção imediata e articulada, garantindo resposta adequada às necessidades da PSC e da sua família (Ministério da Saúde, 2014).

Os serviços de urgência em Portugal encontram-se estruturados em três níveis diferenciados: Serviço de Urgência Básico (SUB), SUMC e Serviço de Urgência Polivalente (SUP) (Ministério da Saúde, 2006).

O SUB constitui o primeiro nível de resposta a situações urgentes, assumindo predominantemente um perfil médico. A este nível assegura o atendimento de situações urgentes através de recursos humanos e técnicos mínimos definidos, incluindo presença física de dois médicos, dois enfermeiros, um assistente operacional e um administrativo por equipa, bem como equipamentos essenciais para suporte básico e avançado de vida, pequena cirurgia, radiologia simples e patologia clínica. Está geralmente localizado em áreas com uma população de referência superior a 40 000 habitantes, particularmente quando o tempo de acesso a outro nível de urgência excede 60 minutos. (Ministério da Saúde, 2006)

O SMUC corresponde ao segundo nível de diferenciação, devendo estar estrategicamente localizado de forma a garantir que o tempo de acesso da população ao hospital seja inferior a 60 minutos. Regra geral, deve distar mais de 60 minutos de outro hospital com SUMC ou SUP, excetuando situações em que a população abrangida ultrapasse

os 200 000 habitantes. Este nível dispõe de uma equipa multidisciplinar, com valências obrigatórias e equipamentos diferenciados. O apoio de especialidades como Cardiologia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Nefrologia (com capacidade de diálise para situações agudas) e Medicina Intensiva deve articular-se com as respetivas redes de referência (Ministério da Saúde, 2006).

O SUP corresponde ao nível mais diferenciado da rede de urgência hospitalar, assegurando resposta a situações de elevada complexidade clínica e funcionando como centro de referência regional, situa-se em hospitais centrais. Dispõe de especialidades médicas e cirúrgicas altamente diferenciadas e articula-se em rede com os restantes níveis de urgência, assumindo função de referência para situações que exigem cuidados altamente especializados e recursos tecnológicos avançados (Ministério da Saúde, 2006).

A realização do estágio decorreu no período compreendido entre 15 de setembro e 21 de novembro de 2025, e teve lugar no SMUC de uma ULS do norte de Portugal. O estágio apresentou um total de 250 horas de contacto presencial, distribuídas por 10 semanas, sob a tutoria de uma enfermeira Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da PSC, com competência acrescida e avançada em supervisão clínica.

O SUMC abrange uma área geográfica com cerca de 175 mil pessoas, funcionando durante 24 horas por dia, durante todo o ano. Recebe doentes provenientes de outros hospitais, com os quais se articula de acordo com a rede de referência do SNS (Ministério da saúde, 2014). De acordo com o mesmo regulamento, este tipo de SU é composto por uma sala de emergência e uma área de cuidados intermédios para doentes que necessitem de uma vigilância sistemática e uma viatura médica de emergência e reanimação (VMER) em gestão integrada. A elevada rotatividade diária de episódios e a diversidade de situações clínicas exigem uma resposta técnico-organizacional eficaz, centrada na pessoa e orientada para a segurança do doente.

No que respeita à estrutura física, localiza-se no piso -1 do edifício hospitalar e encontra-se organizada em diversas áreas de prestação de cuidados interligadas, adaptadas à complexidade e à tipologia dos utentes.

A primeira área de contacto corresponde ao secretariado, que funciona como ponto de admissão dos doentes, registo de acompanhantes e prestação de informações. A triagem dispõe de duas áreas de atendimento, contudo, habitualmente apenas uma delas está em funcionamento. A segunda unidade é ativada sempre que o tempo de espera para triagem for superior a 15 minutos ou a lista de espera exceda os 10 doentes. A triagem é efetuada com base no Sistema de Triagem de Manchester (STM), permitindo a categorização da

prioridade clínica em cinco níveis e assegurando a gestão eficiente do risco e dos recursos (Mackway Jones et al., 2014). A prática clínica é demarcada por protocolos institucionais e vias verdes, como a via verde do Acidente Vascular Cerebral, Coronária e do Trauma, cuja ativação contribui para a melhoria dos tempos de resposta e redução de morbilidade e mortalidade associadas (Direção-Geral da Saúde, 2017b, 2025, 2022).

A sala de emergência tem capacidade para prestar cuidados a dois doentes em simultâneo. Importa salientar, sempre que necessário, esta dispõe de recursos que permitem a monitorização hemodinâmica até cinco doentes.

Relativamente às áreas assistenciais, o serviço encontra-se subdividido em área médica e área cirúrgica. A área médica integra dois espaços destinados a doentes com prioridade laranja, cinco espaços para doentes triados com prioridade amarela e uma sala destinada a doentes com prioridade verde. A área cirúrgica é composta por sala de ortopedia, sala de cirurgia geral e área de pequena cirurgia.

Existe ainda uma área de observação, onde são admitidos doentes sob monitorização contínua não invasiva. Esta área dispõe de apoio médico próprio da especialidade e tem capacidade para 16 camas de internamento.

O serviço dispõe igualmente de várias zonas de apoio técnico e logístico, das quais se destacam a sala de acolhimento, armazém de equipamentos, dois armazéns de material (Kaizen), farmácia, sala de isolamento, sala de sujos, copa, balneários e gabinetes de gestão e reuniões, assegurando o suporte operacional à prestação de cuidados.

As instalações da VMER localizam-se em edifício próprio, situado na área exterior ao edifício central da unidade hospitalar. A unidade dispõe ainda de heliporto.

As Recomendações Técnicas para Serviços de Urgência da ACSS (2015) configuram um guia técnico-operacional que visa apoiar o planeamento, a organização e o funcionamento das unidades de urgência hospitalar. Estas orientações contemplam aspetos estruturais, funcionais e logísticos, incluindo a caracterização funcional dos diferentes compartimentos assistenciais, com o objetivo de promover condições adequadas ao atendimento e assegurar a prestação de cuidados seguros e eficientes.

O SUMC onde decorreu o estágio, foi criado em 1999. Ao longo dos anos, foram implementadas diversas alterações ao nível dos fluxos de doentes e da reorganização de espaços, procurando ajustar a estrutura existente às necessidades assistenciais. Contudo, a estrutura física de base apresenta limitações significativas, cuja superação exigiria intervenções estruturais de maior dimensão. Não obstante estas condicionantes, as alterações realizadas tiveram sempre como finalidade a melhoria das condições de atendimento,

promovendo maior segurança, eficiência e organização dos cuidados. Durante o período de estágio, foi implementada uma reestruturação dos fluxos de doentes e consolidadas as áreas funcionais diferenciadas por prioridade clínica tal como preconizadas nas recomendações técnicas do ACSS.

No que concerne à equipa de enfermagem é composta por 97 enfermeiros, com a seguinte distribuição: um enfermeiro gestor, e uma enfermeira de apoio à gestão de serviço, 11 EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica, dois EE em Saúde Comunitária e de Saúde Pública, e uma EE em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Existem instrumentos desenvolvidos para avaliar a carga de trabalho de enfermagem em SU, como o *Emergency Department Workload Assessment Tool* (EDWAT), ou o mais recente *Workload Assessment of Nurses in Emergency* (WANE), contudo, a evidência científica sobre a sua implementação permanece ainda limitada no contexto português, onde não existem estudos publicados que utilizem diretamente estas ferramentas. O *Emergency Department Workload Assessment Tool* foi desenvolvido para avaliar a carga de trabalho, considerando variáveis como o volume de trabalho, a complexidade do doente e as intervenções realizadas, permitindo estimar as necessidades de profissionais e apoiar a gestão do trabalho em contexto de urgência (Clopton & Hyrkäs, 2020). De forma semelhante, a *Workload Assessment of Nurses in Emergency* baseia-se na quantificação do tempo dedicado a atividades de cuidados diretos e indiretos de enfermagem (Iordache et al., 2020). Os estudos que utilizam estas escalas são maioritariamente observacionais e procuram analisar a relação entre a gravidade do doente, o tempo necessário para a prestação de cuidados e o dimensionamento das equipas de enfermagem. Contudo, a literatura evidencia dificuldades na aplicação destas ferramentas no SU, decorrentes da imprevisibilidade do fluxo de doentes, da elevada rotatividade, da simultaneidade de intervenções e da existência de atividades difíceis de quantificar (Clopton & Hyrkäs, 2020).

Neste contexto, e perante a ausência de instrumentos universalmente validados, recorre-se frequentemente, na prática clínica, à fórmula proposta pela Ordem dos Enfermeiros para o cálculo das dotações seguras dos cuidados de Enfermagem.

Relativamente às dotações seguras, o cálculo é efetuado tendo por base os postos de trabalho e conhecimento sobre a casuística e os fluxos de procura do mesmo, ao longo dia, da semana e do mês. Desta forma, torna-se difícil efetuar um cálculo das dotações seguras no que se refere aos cuidados de enfermagem nos SU (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Em algumas áreas estão ajustados, enquanto em outras áreas fica aquém do recomendado. A Ordem dos Enfermeiros recomenda ainda que 50% da equipa de urgência seja especialista em

Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de PSC, com formação de Suporte Avançado de Vida (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), mas estes números ainda estão bastante abaixo dos recomendados. Este fato é devido à conjugação de várias circunstâncias tais como a rotatividade elevada e reduzido tempo de permanência dos enfermeiros neste serviço.

O método de trabalho é individual, colaborativo. O plano de trabalho de enfermagem é efetuado pela enfermeira de apoio à gestão nos turnos de semana da manhã. A distribuição dos enfermeiros pelas diferentes áreas, é realizado de acordo com as experiências profissionais de cada um e não de acordo com as suas áreas de especialização e é preconizada a presença de todos os elementos de forma rotativa nas diferentes áreas. Em todos os turnos existe um enfermeiro coordenador, que avalia avaliar regularmente o fluxo de trabalho, a capacidade de resposta da equipa e realiza ajustes sempre que for necessário, potenciando a qualidade dos cuidados prestados e a segurança dos doentes.

As equipas encontram-se distribuídas por cinco grupos, cada um com o seu coordenador, designado pelo Enfermeiro Gestor em função da experiência profissional, competências técnicas, capacidade de liderança, tomada de decisão e organização do trabalho demonstradas. O coordenador assume também a função de enfermeiro responsável de turno. A este elemento são delegadas responsabilidades no âmbito da gestão operacional do turno e o acompanhamento de situações de maior complexidade clínica. Preferencialmente, esta função é atribuída a um EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à PSC, pela sua formação diferenciada e competências acrescidas na coordenação e gestão dos cuidados.

A sala de emergência é assegurada exclusivamente pelos enfermeiros do SU. A Ordem dos Enfermeiros recomenda que esta área seja assegurada por EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com curso em Suporte Avançado de Vida e Internacional Trauma Life Support (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Contudo, a equipa não dispõe de EE suficientes para garantir a cobertura de todos os turnos. Na prática, apenas alguns elementos assumem, com maior frequência a responsabilidade da sala de emergência. Ainda assim, verifica-se uma aposta na integração progressiva de enfermeiros mais recentes na atuação neste contexto, promovendo a capacitação, o desenvolvimento de competências e o reforço da resposta da equipa em situações críticas.

No serviço, realiza-se diariamente uma reunião multidisciplinar no turno da manhã. Nesta reunião estão presentes um elemento médico de cada especialidade do SU, o Chefe de Equipa (responsável pela coordenação hospitalar), a assistente social e o enfermeiro coordenador de turno. Durante este momento, cada representante partilha informações

relevantes, como o número de altas previstas, o número de doentes a internar e a discussão da eventual necessidade reajuste da localização de doentes considerando precauções de isolamento. São igualmente discutidos os casos sociais em acompanhamento no SU, promovendo uma gestão articulada, eficiente e coordenada dos recursos disponíveis e dos cuidados a prestar.

Importa ainda referir que o enfermeiro responsável de turno assegura a implementação das precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) nos doentes admitidos no serviço, que se encontrem previamente identificados como portadores de algum tipo microrganismo epidemiologicamente importante, e que exigem a adoção de medidas específicas no âmbito da prevenção e controlo da infeção. Assim que o doente é admitido na triagem, é gerada automaticamente uma notificação para o telemóvel institucional do enfermeiro responsável de turno, contendo o número do processo clínico, o microrganismo identificado e o tipo de isolamento a instituir. A nível nacional, este contexto clínico é pioneiro a utilizar esta aplicação.

A transmissão de informação varia consoante a área de trabalho. Nas áreas médica e cirúrgica, é realizada através de *briefing*, atendendo ao elevado volume de doentes, sendo abordados aspetos como a identificação, a situação clínica atual e o plano de cuidados para o turno seguinte, entre outros elementos relevantes. Na sala de emergência e na área de observação, a transmissão de informação é efetuada com base na técnica ISBAR, conforme recomendado pela Direção-Geral da Saúde (2017a), promovendo uma comunicação estruturada e orientada para a segurança do doente.

No que respeita à documentação dos cuidados, esta encontra-se informatizada através da plataforma Health Care Information System® (HCIS).

A equipa de enfermagem deste serviço participa em formações da instituição para melhorar as suas competências, bem como, participam na formação interna dentro da própria equipa, dispondo de sessões sobre os variados temas de interesse escolhidos e selecionados por um enfermeiro EE na área médico-cirúrgica que é responsável pelo plano de formação anual da equipa. Este tipo de trabalho está diretamente relacionado com uma das competências do EE na área de Enfermagem à PSC, constituindo, assim, uma mais-valia formativa inerente ao presente contexto.

A atribuição de idoneidade formativa a um contexto de prática clínica corresponde ao reconhecimento formal, pela Ordem dos Enfermeiros, de que determinado serviço reúne as condições necessárias para acolher e desenvolver processos formativos de

estudantes de enfermagem, assegurando a qualidade e segurança da formação prática (Ordem dos Enfermeiros, 2017c).

Para que um contexto de prática clínica seja considerado idóneo, deve demonstrar a existência de um ambiente organizacional e assistencial que assegure a promoção de cuidados de enfermagem seguros, de acordo com o Referencial de avaliação de idoneidade formativa (RAIF) previsto no Regulamento n.º 558/2017 (Ordem dos Enfermeiros, 2017c).

No presente contexto clínico verificam-se diversos critérios exigidos para o reconhecimento como contexto idóneo de prática clínica. A atribuição de idoneidade formativa encontra-se diretamente relacionada com aspetos como a gestão do risco, exigindo a existência de um enfermeiro responsável por esta área, bem como de um enfermeiro de ligação ao grupo coordenador local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), para além da implementação de procedimentos alinhados com as normas reguladoras das PBCI.

Adicionalmente, pressupõe a definição de um plano de emergência interna para situações clínicas e de um plano de resposta a emergências não clínicas, incluindo a constituição de equipas de atuação em situações de catástrofe e a participação da equipa de enfermagem em ações formativas no âmbito da resposta a incêndios (Ordem dos Enfermeiros, 2017c).

Neste enquadramento, o contexto em análise evidencia o cumprimento destes requisitos. No que respeita à gestão da qualidade e à segurança dos cuidados, foi possível constatar a existência de mecanismos de verificação sistemática e planeada de stocks e prazos de validade, quer de medicamentos quer de materiais, nomeadamente através da verificação operacional diária da sala de emergência.

Acresce ainda a utilização de um sistema de informação de enfermagem que permite o registo estruturado das intervenções realizadas, promovendo a rastreabilidade, a continuidade e a segurança dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2017c).

Importa ainda salientar os critérios diretamente relacionados com a gestão e organização dos processos institucionais. Neste contexto, encontram-se instituídos procedimentos internos para a notificação de incidentes e acidentes, bem como protocolos de resposta a emergências internas não clínicas. Todos estes aspetos, previstos no regulamento acima citado, conferem ao serviço características de idoneidade formativa, fundamentais para o desenvolvimento e consolidação de competências especializadas no âmbito da Enfermagem à PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2017c).

1.3 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

Os serviços de Medicina Intensiva são um dos pilares fundamentais para a avaliação e tratamento à PSC, assumindo-se como um local qualificado para a prestação de cuidados às pessoas com falências multiorgânicas (Paiva et al., 2016). São unidades que exigem recursos humanos e materiais especializados para a monitorização e suporte contínuos das funções vitais. Em Portugal, as primeiras unidades de cuidados intensivos surgiram no final da década de 50 do século passado, permitindo a formação da primeira geração de intensivistas portugueses.

Múltiplas Unidades de Cuidados Intensivos, de vários hospitais, evoluíram para Serviços de Medicina Intensiva, apresentando como missão a gestão do doente crítico à escala hospitalar, nomeadamente nas salas de emergência dos serviços de urgência e em equipas de emergência intra-hospitalar. Nos grandes hospitais, verificou-se ainda uma progressiva integração de várias unidades intensivas e de unidades intensivas e intermédias sob a mesma gestão e governação clínica e dentro do mesmo serviço (Paiva et al., 2016). Tendo em conta o nível de cuidados prestados, as técnicas e as abordagens terapêuticas, é comum estabelecer três níveis de UCI.

- Nível I: visam a monitorização (normalmente não invasiva ou minimamente invasiva) de doentes em risco de desenvolver disfunção/falência de órgãos, em vigilância pós-operatória ou com necessidade de monitorização contínua das funções vitais, com a capacidade de assegurarem as manobras de reanimação (Ponce & Mendes, 2015);

- Nível II: apresentam capacidade de monitorização invasiva, suporte farmacológico e substituição de função de um órgão (Ponce & Mendes, 2015);

- Nível III / SMI / UCI: constituídos por equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem) e assistência médica qualificada, por intensivista, nas 24 horas. Recebem doentes com falência múltipla de órgãos (dois ou mais), com risco de vida iminente, dependentes de suporte hemodinâmico, assistência respiratória ou substituição da função renal (Ponce & Mendes, 2015).

A realização do estágio decorreu entre 24 de novembro de 2025 e 14 de fevereiro de 2026, e teve lugar no SMI de uma ULS do norte de Portugal. O estágio apresentou um total de 250 horas de contacto presencial, distribuídas por 10 semanas, e a sua componente foi dedicada à prática clínica em unidade de cuidados à PSC polivalente. O estágio foi orientado por um EE em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à PSC.

O SMI caracteriza-se como uma UCIP, dispondo de camas de nível II e III destinadas à prestação de cuidados a doentes com uma ou mais disfunções orgânicas

potencialmente ameaçadoras da vida. Enquanto unidade polivalente, assegura o tratamento médico-cirúrgico de múltiplas especialidades, contando com o apoio diferenciado de áreas como Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Imuno-Hemoterapia, Patologia Clínica, Obstetrícia/Ginecologia, Neurologia, Cardiologia, Pneumologia, Psiquiatria, Infecologia, Oftalmologia, Urologia, Otorrinolaringologia, Dermatologia, Nefrologia e Endocrinologia. Contudo, a abordagem em fase aguda de especialidades como Neurocirurgia, Cirurgia Cardiorádica e Cirurgia Vascular é realizada nos respectivos centros de referência dos hospitais com os quais se articula superiormente. Numa fase subsequente, e numa lógica de continuidade de cuidados, estes doentes poderão ser admitidos no serviço.

Importa ainda salientar que esta unidade admite doentes em situação crítica provenientes de todo o país com necessidade de tratamento com OTH. Neste contexto, os motivos de admissão mais frequentes incluem choque séptico (nomeadamente de origem pulmonar ou abdominal), insuficiência respiratória hipoxémica e situações de infeção grave associadas a lesões dos tecidos moles.

No que respeita à estrutura física, o SMI dispõe de um total de 21 camas, distribuídas por duas áreas funcionais: SMI 1 e SMI 2. O SMI 1 corresponde à antiga UCI, constituída por 10 unidades, enquanto o SMI 2 resultou da expansão e reestruturação realizadas no contexto da pandemia por COVID-19, integrando 11 camas. Atualmente, encontram-se ativas 14 boxes, podendo, em situações excecionais ou de catástrofe, a unidade acomodar até 21 doentes de nível III. Das 21 camas existentes, 16 encontram-se organizadas em regime de box individual. Destas, 13 dispõem de antecâmara com sistema de pressão negativa e, entre estas, duas permitem alternância entre pressão negativa e positiva, possibilitando isolamento de proteção máxima.

De acordo com o documento das recomendações técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos, segundo a ACSS (2024), existem recomendações que preconizam que todas as boxes de cuidados intensivos disponham de comunicação visual com um posto de vigilância centralizado. No SMI 1, os profissionais de saúde conseguem visualizar diretamente todos os doentes a partir do posto central de vigilância e registo. No SMI 2, embora o posto esteja localizado no centro da unidade, a configuração estrutural não permite visibilidade direta para todos os quartos individuais. Importa salientar que, tanto no SMI 1 como no SMI 2, todas as boxes garantem acessibilidade ao doente a 360 graus, facilitando a prestação de cuidados diferenciados. No SMI 2, todos os quartos dispõem de antecâmara com sistema *Safety Airlock System* e lavatório integrado; no SMI 1, apenas uma unidade possui esta valência.

De acordo com as recomendações da ACSS (2024), devem existir pontos de lavagem e desinfecção das mãos com acionamento por cotovelo, pé ou célula fotoelétrica, distribuídos nas áreas assistenciais, numa proporção mínima de um por cada três boxes em regime de *open space* e um por cada quarto individual. No SMI, estas orientações encontram-se cumpridas: cada quarto individual dispõe de lavatório na antecâmara e, no *open space*, os pontos de higienização estão distribuídos conforme a norma. Adicionalmente, é fortemente recomendada a existência de iluminação natural direta nas áreas assistenciais, requisito igualmente assegurado, uma vez que todas as camas beneficiam de luz natural proveniente das janelas da unidade.

Destaca-se ainda a existência de uma sala destinada aos familiares, equipada com espaço para armazenamento de objetos pessoais antes do contacto com o doente, contribuindo para a redução do risco de transmissão de microrganismos entre o exterior e a área assistencial.

O SMI localiza-se no piso -1, em proximidade com o SU e com a UMH. O Bloco Operatório e as Unidades de Cuidados Intermédios encontram-se num piso distinto relativamente ao serviço. Importa referir que a construção do edifício hospitalar é anterior à publicação das primeiras recomendações técnicas da ACSS. Não obstante, durante o período de estágio e considerando as diversas oportunidades de realização de transporte intrahospitalar para o Bloco Operatório e no percurso inverso, não foram identificados fatores significativamente dificultadores para o doente ou para a equipa, decorrentes do trajeto entre os dois serviços, atendendo à acessibilidade existente. O hospital dispõe de circuitos específicos para o transporte de doentes, assegurados por elevadores dedicados a este fim, cujo acesso é restrito a profissionais de saúde mediante utilização de chave própria, garantindo segurança, controlo de fluxos e adequação do percurso clínico.

Utilizando como referência as recomendações da Ordem dos Enfermeiros relativas ao cálculo de dotações seguras para os cuidados de enfermagem, o rácio de enfermeiro/doente preconizado para unidades de cuidados intensivos é de 1:3 em unidades de nível I, 1:2 em unidades de nível II e 1:1 em unidades de nível III (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

No SMI, a distribuição dos doentes é realizada de acordo com o nível de cuidados requerido, procurando-se, sempre que possível, assegurar a alocação de um enfermeiro por cada doente de nível III. Contudo, na prática, o rácio mais frequentemente observado é de 1 enfermeiro para 2 doentes, podendo, em determinadas circunstâncias, ficar aquém do referencial idealmente recomendado para doentes de maior complexidade clínica.

Neste contexto, a utilização de instrumentos de avaliação da carga de trabalho, como o Nursing Activities Score (NAS), assume particular relevância, uma vez que permite quantificar objetivamente o tempo despendido em cuidados de enfermagem ao doente crítico. O NAS traduz-se numa percentagem que representa o tempo de trabalho de um enfermeiro por doente durante um turno, constituindo um indicador útil para fundamentar o planeamento de recursos humanos e adequar as dotações às necessidades reais de cuidados.

O regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros recomenda que, na constituição das equipas das unidades de cuidados intensivos, pelo menos 50% dos enfermeiros sejam especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC, assegurando presença permanente ao longo das 24 horas. No que concerne ao rácio de EE em Enfermagem de Reabilitação nas UCI de nível I e II, deve ser assegurado o rácio de 12 horas de cuidados de enfermagem especializados por cada oito doentes, todos os dias da semana. Já em unidades de nível III, o rácio anteriormente descrito passa para 12 horas de cuidados de Enfermagem de Reabilitação por cada cinco doentes, todos os dias da semana (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). No presente contexto, a equipa de enfermagem é constituída por 50 elementos, distribuídos por cinco equipas. Destes, 25 possuem formação especializada: 19 em Enfermagem Médico-Cirúrgica, quatro em Enfermagem de Reabilitação e dois em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Verifica-se, assim, que o número de EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica se encontra ligeiramente abaixo do recomendado pela Ordem dos Enfermeiros, enquanto os números de horas de cuidados especializados de reabilitação cumprem as recomendações estabelecidas.

Existem ainda, um elemento com competências acrescidas na área de gestão, perfazendo dois no total com o enfermeiro gestor. No que concerne ao regime de trabalho, este é realizado através de turnos rotativos.

O Enfermeiro responsável de turno, de uma forma geral, não assume doentes, mas assegura funções de gestão e organização do serviço, apoio à equipa como referência nos cuidados e a sua seleção é baseada na categoria profissional e tempo de serviço. O Enfermeiro é também responsável pela Equipa de Emergência Intra-Hospitalar (EEIH).

O responsável de turno, detentor do título de EE, assume, no exercício desta função, para além das competências específicas da sua área de especialização, responsabilidades no âmbito da gestão e coordenação dos cuidados, em conformidade com as competências comuns do EE (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Entre as suas atribuições destacam-se a orientação na delegação de tarefas, a prestação de assessoria clínica aos enfermeiros, a colaboração nas decisões da equipa multidisciplinar, a implementação de

métodos de trabalho adequados e a otimização dos recursos disponíveis, promovendo a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Enquanto responsável de turno, o EE desempenha igualmente um papel relevante na supervisão clínica e no acompanhamento de profissionais mais recentes no serviço ou em processo formativo, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados e para o desenvolvimento profissional da equipa.

O trabalho de enfermagem é dividido ao longo de 3 turnos: manhã, compreendido entre as 8 horas e as 14 horas e 30 minutos; tarde, compreendido entre as 14 horas e as 20 horas e 30 minutos; e noite, compreendido entre as 20 horas e as 8 horas e 30 minutos do dia seguinte. A EEIH está sediada no SMI, pelo que são os enfermeiros da unidade, concretamente o enfermeiro responsável de turno, detentor de formação em Suporte Imediato de Vida, que são destacados e mobilizados para as situações de ativação da EEIH.

A Direção-Geral da Saúde através do despacho n.º 9639/2018, determinou a implementação, a nível nacional, das EEIH. As equipas são constituídas por um médico e um enfermeiro com competências avançadas na abordagem do doente crítico e em técnicas de reanimação. Estas equipas respondem de imediato, não apenas em situações de paragem cardiorrespiratória, mas também em situações de significativa deterioração fisiológica aguda. Neste contexto, a rápida ativação das EEIH é crucial, demonstrando a evidência científica disponível nesta matéria que os atrasos na resposta prestada pela equipa de emergência intra-hospitalar encontram-se associados a taxas de sobrevivência mais reduzidas. O mesmo despacho determina ainda que todos os estabelecimentos hospitalares do SNS, independentemente da sua designação, adotem o número 2222 na rede telefónica interna para ativação da EEIH. O número de emergência interna da ULS aonde foram realizados os estágios é, desde o ano 2019, o 2222.

A sala de emergência, sendo uma interface entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar, constitui-se como uma área específica de abordagem, tratamento e observação de doentes críticos. A Sala de Emergência é da responsabilidade da equipa médica da EEIH, que assegura a sua gestão técnica e funcional, com apoio da equipa de Enfermagem do SU.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2017b), a transmissão de informação clínica constitui um momento estruturante na continuidade e segurança dos cuidados. No SMI, a transmissão de informação associada aos cuidados de saúde é efetuada de acordo com a metodologia ISBAR, estando dividida em dois momentos formais – o *briefing* e a passagem

de turno integral. No início de cada turno, é também realizado pelo responsável de turno um *briefing* de segurança.

Segundo o terceiro pilar do PNSD 2021-2026, a comunicação eficaz e eficiente constitui um dos principais pilares essenciais para a promoção de cuidados seguros. O Parecer nº 61/2017 destaca que as falhas na comunicação estão entre as principais causas de eventos adversos associados à saúde, estimando que cerca 70% destes estejam associados a falhas de comunicação entre profissionais durante os momentos de transição de cuidados.

Neste contexto, os *briefings* de segurança configuram-se como uma estratégia estruturada de promoção da segurança do doente, na medida em que promovem a consciencialização situacional coletiva, favorecem a comunicação eficaz e permitem antecipar riscos clínicos, reforçando o desempenho seguro das equipas em contextos de elevada complexidade (Weller et al., 2024).

O *briefing* de segurança realizado no SMI, é centrado na identificação de situações que exigem vigilância acrescida, como precauções de isolamento, via aérea difícil, risco de extubação, risco de queda, alergias ou nomes semelhantes. Este momento estruturado de partilha de informação é fundamental para assegurar a continuidade dos cuidados e antecipar potenciais riscos, permitindo a adoção de medidas preventivas adequadas.

O sistema de documentação e registos é realizado através do aplicativo “*B-SIMPLE PatientCare UCI*®” Uma única plataforma regista toda a informação vital e serve de apoio à decisão clínica, onde todos os sistemas e dispositivos médicos podem ser integrados. Funciona como um integrador de informação que reúne numa só aplicação os dados obtidos de dispositivos médicos (monitores, ventiladores, bombas perfusoras), dados laboratoriais e dados clínicos registados ao longo do internamento do doente. A aplicação permite a visão completa da unidade e dos diferentes doentes que se encontram internados no momento.

A plataforma permite, igualmente, a estruturação do processo de enfermagem, através do registo e planeamento de intervenções de enfermagem ajustadas às necessidades individuais de cada pessoa, recorrendo à Ontologia de Enfermagem como referencial conceptual. A realização dos registos de enfermagem através da plataforma informática permite documentar as intervenções de enfermagem realizadas, bem como efetuar registos descritivos em texto livre relativos aos cuidados prestados e aos dados provenientes das vigilâncias de enfermagem. A plataforma permite a visualização das intervenções realizadas nas últimas 24 horas, facultando ao enfermeiro uma perspetiva global e atualizada dos cuidados prestados.

O método de trabalho utilizado no SMI é o método individual. Consiste na abordagem de assistência total ao doente. Neste modelo, cada enfermeiro assume a total responsabilidade integral pela prestação de cuidados a um ou a um grupo reduzido de doentes durante o turno, garantindo continuidade, coerência e centralidade da pessoa. Este modelo favorece um cuidado personalizado, sistematizado e orientado para a qualidade e segurança, tendo como foco a singularidade da situação clínica de cada doente (Ventura-Silva et al., 2021).

A qualidade em saúde é definida como a prestação de cuidados seguros, eficazes, centrados na pessoa, oportunos, eficientes e equitativos, de acordo com os melhores padrões técnico-científicos e tendo em consideração os recursos disponíveis (Ministério da Saúde, 2015). Pressupõe a adequação das intervenções às necessidades e expectativas do cidadão, promovendo ganhos efetivos em saúde e reforçando a confiança no sistema de cuidados. Neste enquadramento, o PNSD 2021–2026, reforça a segurança como dimensão estruturante da qualidade, e estabelece uma estratégia assente em cinco pilares fundamentais: cultura de segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes e práticas seguras em ambientes seguros. Estes eixos orientadores visam consolidar uma abordagem sistemática à melhoria contínua, promovendo a capacitação dos profissionais e a implementação de práticas seguras em todos os contextos assistenciais.

Centrados na melhoria contínua dos cuidados prestados e na segurança dos doentes e dos profissionais, no SMI existem vários grupos de trabalho que se debruçam sobre diversas temáticas de interesse relevante para este contexto da prática, tais como: Analgesia, Sedação e Delirium; Síndrome pós internamento em cuidados intensivos (SPICI) e Consulta de Follow-up; Enfermagem Baseada na Evidência; *Mindfulness*; Notificação de Eventos Adversos; Curso multidisciplinar de lavagem das mãos; Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde; Infecções do Trato Urinário; Pneumonia Associada à Intubação; Humanização dos Cuidados (Projeto HU-CI); Práticas Seguras na Administração da Medicação; Comunicação à Cabeceira do Doente; Ruído. A equipa de enfermagem promove que a prestação dos cuidados seja sempre prestada segundo a melhor evidência disponível no momento para garantir a excelência dos cuidados.

A Consulta de follow-up é efetuada todas as quintas-feiras à tarde, por enfermeiros do serviço, em parceria com um médico, a alguns doentes com internamento no SMI e seus familiares. Existem critérios de inclusão e exclusão, como o fato de ter estado ventilado, internamento superior a 3 dias, área de residência pertencer à abrangência da ULS, não possuir problemas auditivos ou doença mental incapacitante. Ainda durante o

internamento, uma semana após a alta do SMI, a equipa médica realiza uma primeira avaliação, sendo o segundo momento, o qual faz parte a equipa de Enfermagem, após dois meses de alta do internamento. Os objetivos da consulta, passam pela identificação de novos problemas; a avaliação de sequelas físicas e psíquicas (rastreamento de problemas relacionados com a ansiedade, depressão, stress pós-traumático e dor), e o impacto na qualidade de vida e respetiva orientação clínica relacionado com o SPICI. Na consulta de *follow-up*, é entregue o diário do doente realizado durante a sua permanência no serviço. Neste diário, normalmente, os profissionais e os familiares descrevem episódios e até emoções vividas durante o internamento, e podem-se, ainda, colocar fotografias das diferentes fases da condição clínica do doente. O diário contribui para a construção de uma narrativa temporal da experiência vivida em cuidados intensivos, facilitando a compreensão dos acontecimentos e a integração da experiência da doença no processo de recuperação. A utilização de diários constitui uma intervenção promissora na redução de sintomas de ansiedade, depressão e stress pós-traumático após a alta, constituindo uma intervenção relevante na prevenção da síndrome pós-internamento em cuidados intensivos (Araújo et al., 2025).

Relativamente à idoneidade formativa, no presente contexto clínico, foi possível identificar diversos critérios preconizados no RAIF (Ordem dos Enfermeiros, 2017c), nomeadamente no domínio da melhoria contínua da qualidade e da segurança do doente. Destaca-se a verificação sistemática e planeada de stocks e prazos de validade de medicamentos e materiais como os carros de emergência, o carro de abordagem à via aérea e o cofre de estupefacientes, bem como a utilização de um sistema de informação de enfermagem que permite o registo estruturado das intervenções realizadas e a validação da medicação administrada.

Ao nível da gestão do risco, evidenciam-se a existência de um enfermeiro responsável por esta área, e a implementação de procedimentos alinhados com as normas reguladoras das PBCI.

Relativamente à formação e desenvolvimento profissional, o serviço dispõe de um enfermeiro responsável pela coordenação da formação contínua e de um plano anual de formação, promovendo a atualização técnico-científica e o desenvolvimento de competências.

No que concerne à gestão e organização dos processos institucionais, verifica-se que o método de organização do trabalho é ajustado aos recursos disponíveis e à complexidade dos cuidados de enfermagem, existindo ainda procedimentos internos para notificação de incidentes e protocolos de resposta a emergências internas não clínicas.

Todos estes elementos, conferem ao serviço características de idoneidade formativa, fundamentais para o desenvolvimento de competências especializadas. Atualmente, o SMI encontra-se em processo de acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica pela Ordem dos Enfermeiros.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO

Os cuidados de enfermagem têm vindo a assumir uma importância crescente nos sistemas de saúde contemporâneos, acompanhando a evolução científica e tecnológica, bem como progressiva complexidade das necessidades das pessoas em situação de doença. Neste sentido, a prática de enfermagem exige uma constante atualização de conhecimentos e o desenvolvimento de competências técnico-científicas que permitam responder de forma segura, eficaz e centrada na pessoa (Benner et al., 2009).

No contexto dos cuidados à PSC, estas exigências tornam-se particularmente evidentes. A instabilidade clínica, a imprevisibilidade da evolução do estado de saúde e a necessidade de intervenções rápidas e diferenciadas exigem profissionais altamente qualificados (Guerreiro et al., 2022). De acordo com Egerod et al. (2021), o cuidado à PSC implica a articulação entre conhecimento especializado, capacidade de adaptação a cenários clínicos complexos e utilização da melhor evidência científica disponível para sustentar a tomada de decisão.

Neste enquadramento, o desenvolvimento de competências especializadas assume um papel central na qualidade e segurança dos cuidados prestados. A Ordem dos Enfermeiros (2019a) define o conceito de “domínio de competência” como um conjunto estruturado de conhecimentos, habilidades e atitudes que orientam o exercício profissional do EE, constituindo uma referência para a prática clínica diferenciada e para o desenvolvimento profissional.

A compreensão do conceito de competência pode ainda ser sustentada pelo contributo da teoria social cognitiva. De acordo com Bandura (1997), a competência relaciona-se com a capacidade do indivíduo para executar determinadas ações com vista à concretização de um objetivo. O autor refere que a competência envolve capacidades cognitivas e comportamentais, sendo desenvolvida a partir da autoeficácia, entendida como a crença que o indivíduo possui relativamente à sua capacidade para realizar uma determinada tarefa. Neste sentido, a competência constitui um processo dinâmico, influenciado pela experiência pessoal, pela observação de outros e pelo feedback recebido ao longo do processo de aprendizagem.

O conjunto de competências do EE resulta do aprofundamento e desenvolvimento das competências adquiridas enquanto enfermeiro com título profissional de enfermeiro. Neste sentido, o desenvolvimento de competências deve ser compreendido como um

processo progressivo e sequencial, que se constrói ao longo da experiência profissional e da aprendizagem contínua, permitindo ao profissional mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes de forma cada vez mais diferenciada na prática clínica (Bandura, 1997).

No contexto da regulamentação profissional em enfermagem, estas competências encontram-se organizadas em dois grandes domínios: as competências comuns, transversais a todas as áreas de especialidade e aplicáveis em todos contextos de cuidados; e as competências específicas, que dizem respeito ao exercício especializado em determinada área clínica, como é o caso da especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Atualmente em Portugal, são reconhecidas seis áreas de especialização em enfermagem: Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermagem de Reabilitação; Enfermagem Médico-Cirúrgica; e Enfermagem Comunitária.

No que se refere à especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, atendendo à sua ampla abrangência e à necessidade de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção, esta especialidade foi reorganizada pela Ordem dos Enfermeiros em 2018. Assim, passou a estruturar-se em quatro áreas de intervenção diferenciadas: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Por sua vez, as competências específicas emergem da compreensão e resposta às necessidades humanas face aos processos de vida e aos problemas de saúde próprios do campo de intervenção de cada área de especialidade. Estas competências refletem-se na capacidade do EE em prestar cuidados altamente diferenciados e ajustados às necessidades de saúde das pessoas, demonstrando um nível elevado de adequação, eficácia e humanização na prática clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O percurso formativo em contexto clínico assume um papel fundamental no desenvolvimento das competências do EE. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011), o desenvolvimento de competências especializadas ocorre através da mobilização integrada de conhecimentos, habilidades e atitudes em contextos reais de prática, permitindo ao profissional responder de forma adequada às necessidades de saúde das pessoas e à complexidade das situações clínicas. Assim, os estágios constituem um espaço privilegiado de aprendizagem e consolidação de competências, possibilitando a articulação entre o conhecimento teórico e a prática clínica, bem como o desenvolvimento do raciocínio crítico e da tomada de decisão em contextos de cuidados complexos (Muniz et al., 2025).

Durante a realização dos estágios, foi possível desenvolver tanto as competências comuns como as competências específicas do EE. Este percurso formativo contribuiu para a consolidação de conhecimentos teóricos, o reforço de capacidades técnicas e o aprofundamento das responsabilidades éticas, sociais e profissionais inerentes ao exercício da profissão de enfermagem.

De forma a evidenciar este processo de desenvolvimento profissional, será apresentada uma reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências, tendo por referência a matriz de competências adotada pela Ordem dos Enfermeiros, no que se refere às competências comuns e específicas do EE. Este processo de reflexão terá como alicerces o pensamento teórico de enfermagem e a evidência científica, a par dos padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros.

No âmbito do pensamento teórico de enfermagem, a reflexão apresentada é sustentada, sobretudo, pela Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Segundo Meleis, as transições correspondem a processos de mudança significativos na vida das pessoas, podendo ser entendidas como “passagens de uma fase, condição ou estado de vida para outro” (Meleis, 2010, p. 11). As transições relacionadas com saúde-doença estão associadas a mudanças no estado de saúde, na experiência de doença e nos processos de recuperação. Neste sentido, o desenvolvimento das competências do EE ocorre em contextos frequentemente marcados por processos de transição em saúde-doença, nos quais a intervenção de enfermagem assume um papel facilitador na adaptação da pessoa às novas condições de saúde (Meleis, 2010).

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com regulamento nº 140/2019 do Diário da República, a Ordem dos Enfermeiros define de competências comuns do EE como:

“competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p. 4745).

Estas competências estão organizadas em quatro domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria continua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Estas dimensões são essência do exercício especializado e são consideradas fundamentais para garantir a segurança, eficácia e humanização dos cuidados prestados.

A aquisição das competências comuns do EE integra saberes científicos, técnicos, éticos e relacionais, sustentados numa visão holística do cuidar (Muniz et al., 2025). O desenvolvimento destas competências é favorecido por contextos de prática clínica que promovam a autonomia profissional, o pensamento crítico e a tomada de decisão fundamentada. Nestes ambientes, o EE assume também um papel fundamental na dinamização das equipas e na promoção de práticas seguras e centradas na pessoa, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A liderança clínica emerge, assim, como uma competência essencial, traduzindo-se na capacidade de orientar a prática profissional, apoiar os processos de tomada de decisão e fomentar ambientes colaborativos de cuidado (Manley, 2013).

A valorização destas competências encontra-se em consonância com os princípios do PNSD 2021–2026, que destaca a importância da capacitação dos profissionais e da promoção de cuidados centrados na pessoa (Direção-Geral da Saúde, 2021). Assim, o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista deve ser compreendido como um processo contínuo, sustentado na evidência científica, nos normativos profissionais e nos princípios ético-deontológicos que orientam o exercício avançado da enfermagem.

De seguida, irei abordar cada um destes domínios de forma individual, ilustrando o modo como foram desenvolvidos ao longo dos diferentes contextos clínicos anteriormente caracterizados.

2.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019a), o EE deve desenvolver uma prática profissional pautada por princípios éticos e legais, atuando em conformidade com as normas regulamentares, os princípios éticos e a deontologia da profissão. O Código Deontológico de enfermagem orienta o profissional no sentido de exercer a sua atividade com base em conhecimentos científicos e técnicos atualizados, respeitando a vida, a dignidade humana e o bem-estar da pessoa, e adotando medidas que promovam a qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Também o REPE reforça a responsabilidade ética do enfermeiro, sublinhando a importância de uma atuação respeitadora dos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Neste sentido, durante os estágios este domínio revelou-se transversal a todas as intervenções realizadas. A construção desta

competência decorreu dos momentos de reflexão, da interação com as equipas diferenciadas e vivência de múltiplas experiências práticas. Todo o percurso formativo desenvolvido foi pautado por uma prática ética, legal e deontologicamente fundamentada, sustentada pela revisão crítica dos normativos profissionais e pelos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares frequentadas ao longo do mestrado. Este enquadramento revelou-se particularmente relevante nos contextos de cuidados à PSC caracterizados por elevada complexidade clínica, decisões rápidas e frequentes dilemas éticos.

Desde a admissão de um doente instável na TM até à gestão de situações de fim de vida nos corredores de SU sobrelotado ou no SMI, com a definição de limites terapêuticos e adoção de medidas orientadas para o conforto, tornou-se evidente a necessidade de orientar cada ação pelo respeito pelos direitos fundamentais da pessoa humana, nomeadamente a dignidade, a autonomia e o direito à informação e ao consentimento. A tomada de decisão clínica exigiu, assim, um juízo ponderado e informado, sempre sustentado na melhor evidência científica disponível, na experiência clínica acumulada e na observância da deontologia profissional, tal como prevista no Código Deontológico dos Enfermeiros. Tornou-se evidente que a tomada de decisão ética não é um processo meramente teórico, mas antes uma prática dinâmica que exige ponderação entre diferentes valores, interesses e condições clínicas, muitas vezes em situações de grande pressão assistencial.

Neste contexto, revelou-se fundamental a capacidade de integrar e equilibrar diferentes princípios éticos na prática clínica, nomeadamente os princípios da beneficência, da não maleficência e do respeito pela autonomia da pessoa. Tal exigiu uma reflexão constante e uma avaliação criteriosa das intervenções a implementar, particularmente em situações em que a PSC se encontrava incapaz de expressar a sua vontade de forma autónoma. Esta necessidade de ponderação reforçou a importância do pensamento crítico na prática clínica, permitindo reconhecer que cada decisão deve ser analisada à luz do contexto específico da pessoa, das suas necessidades e dos valores que orientam a prática profissional.

Ao longo dos estágios, as decisões clínicas foram orientadas pelos princípios consagrados no Código Deontológico, permitindo-me intervir junto da PSC com a confiança de que as suas necessidades estavam a ser salvaguardadas. Tal responsabilidade está claramente expressa no Artigo 100.º do estatuto da Ordem dos Enfermeiros, que estabelece o dever do enfermeiro de se responsabilizar pelas decisões que toma, bem como pelos atos que pratica ou delega.

No contexto dos cuidados à PSC, é frequente a presença de alterações do estado cognitivo ou do nível de consciência, decorrentes da patologia aguda, das comorbilidades

associadas ou dos efeitos terapêuticos dos fármacos depressores do estado de consciência, fatores que podem comprometer a autonomia na tomada de decisões. Nestes casos, a atuação do enfermeiro deve nortear-se pelos princípios bioéticos procurando promover o bem da pessoa, evitar a ocorrência de dano e assegurar a equidade na prestação de cuidados.

Durante os estágios, foi possível contactar com diversos doentes que se encontravam nestas condições; nomeadamente pessoas idosas com processos demenciais avançados frequentemente sozinhas no SU, doentes com alterações do estado consciência decorrentes de eventos neurológicos agudos, doentes em status pós-PCR na sala de emergência e doentes sob sedoanalgesia profunda no SMI. Estas situações exigiram particular atenção à salvaguarda dos direitos da pessoa, ao respeito pela dignidade humana e à tomada de decisões fundamentadas, seguras e eticamente responsáveis. Estas experiências evidenciaram que a vulnerabilidade clínica aumenta a responsabilidade ética dos profissionais de saúde, exigindo uma vigilância acrescida na proteção dos direitos da pessoa e na defesa da sua dignidade.

Nesta linha de pensamento, importa refletir sobre o respeito pela intimidade, Artigo 107.º do Código Deontológico de Enfermagem, que estabelece o dever do enfermeiro em garantir, em todas as situações, a privacidade e a intimidade da pessoa. No contexto da UMH, os tratamentos de OTH realizam-se em câmara multilugar, o que constitui um desafio relevante à salvaguarda da privacidade dos doentes. A proteção da intimidade no interior da câmara constitui não só um direito fundamental da pessoa, essencial à preservação da sua dignidade, como também uma exigência ética da prática profissional. Durante o estágio, tive oportunidade de observar uma situação em que foi necessário verificar a permeabilidade de uma algália, possivelmente obstruída por um coágulo. Perante esta necessidade, a equipa procedeu à pressurização da antecâmara da unidade, permitindo que o doente e o enfermeiro se deslocassem para esse espaço mais reservado, onde foi feita a avaliação. Esta decisão permitiu salvaguardar a intimidade do utente, sem comprometer o tratamento dos restantes 15 utentes presentes na câmara.

Apesar dos desafios impostos pela estrutura física da unidade e pelas exigências técnicas associadas à pressurização da câmara, quando o respeito pela intimidade está verdadeiramente presente na prática do enfermeiro, procuram-se soluções criativas e viáveis que conciliem a segurança do tratamento com a dignidade da pessoa cuidada. Esta experiência levou-me a reconhecer que, embora limitações físicas e organizacionais, como a sobrelotação ou a configuração do espaço, possam dificultar a concretização plena desse

direito, não o anulam. Pelo contrário, representam um desafio ético e profissional que o EE não pode ignorar.

Importa salientar que a garantia da privacidade e da intimidade de todos os doentes admitidos na sala de emergência constituiu igualmente uma preocupação central, embora desafiante, tendo em conta o ambiente dinâmico, a presença de diferentes profissionais de saúde, com distintos tempos de intervenção junto do doente, e a imprevisibilidade inerente ao contexto de emergência.

Por vezes, a natureza urgente da intervenção clínica pode levar a que, inadvertidamente, o direito à privacidade e à intimidade da pessoa seja colocado em segundo plano. Reconhecer esta realidade revelou-se essencial para desenvolver uma postura profissional mais consciente e vigilante, procurando constantemente equilibrar a necessidade de resposta clínica rápida eficaz com o respeito pelos direitos fundamentais da pessoa.

As situações de fim de vida colocaram desafios éticos e clínicos particularmente exigentes. Em dois dos campos de estágio, foi considerada a possibilidade de existência de Diretivas Antecipadas de Vontade, conforme previsto na Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, que estabelece o regime jurídico do Testamento Vital. Sempre que a situação clínica o justificava, procedeu-se à pesquisa da existência destas diretivas, procurando assegurar o respeito pela vontade previamente expressa pela pessoa. Contudo, apesar da existência deste enquadramento legal, verificou-se que o registo das diretivas antecipadas de vontade continua ainda a ser pouco frequente na prática clínica. Esta constatação levou-me a refletir sobre a necessidade de maior sensibilização dos profissionais e da população para este instrumento legal, que representa uma importante forma de salvaguardar a autonomia da pessoa em situações de incapacidade de decisão.

A comunicação de más notícias constitui um momento particularmente sensível na prestação de cuidados de saúde, exigindo dos profissionais competências técnicas, relacionais e éticas que permitam transmitir informação de forma clara, empática e respeitadora da dignidade da pessoa e da sua família. Neste contexto, a literatura tem vindo a destacar a importância da utilização de estratégias estruturadas que orientem os profissionais neste processo comunicacional. Entre estas estratégias, destaca-se o protocolo SPIKES (*Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions e Strategy and Summary*), amplamente reconhecido como um modelo que sistematiza a comunicação de informação sensível em seis etapas, permitindo organizar o processo de transmissão de informação e favorecer uma comunicação mais humanizada e centrada na pessoa. Este protocolo orienta os profissionais desde a preparação do ambiente e do momento da comunicação até à gestão das

emoções da pessoa e da família, bem como à definição de estratégias e ao esclarecimento de dúvidas.

Durante o estágio no SMUC foi criada uma sala designada por sala de acolhimento, que, do ponto de vista funcional, constitui um espaço destinado à comunicação de más notícias aos familiares. A criação deste espaço representou um contributo importante para a melhoria da qualidade dos cuidados, permitindo proporcionar um ambiente mais reservado, tranquilo e adequado a este tipo de comunicação. Esta medida vai ao encontro do primeiro passo do protocolo SPIKES — Setting up, que se refere à preparação do ambiente e das condições necessárias para a comunicação de informação sensível, garantindo privacidade, conforto e disponibilidade para acolher as emoções da família.

Durante o estágio no SMUC, após eventos ocorridos na sala de emergência, tive oportunidade de participar, em conjunto com o médico responsável da emergência, na comunicação de informação aos familiares dos doentes. Esta abordagem conjunta permitia assegurar uma transmissão de informação mais completa e articulada, possibilitando esclarecer dúvidas e prestar apoio emocional aos familiares num momento particularmente sensível. No contexto da transmissão da transmissão de informações sensíveis, a utilização do protocolo SPIKES revelou-se uma ferramenta útil para orientar este processo comunicacional, permitindo estruturar a transmissão da informação, organizar a resposta às emoções manifestadas e promover uma comunicação mais clara, empática e humanizada. O EE assume um papel particularmente relevante no processo de comunicação de más notícias, mobilizando competências clínicas, comunicacionais e relacionais que lhe permitem apoiar a pessoa e a família em momentos de elevada vulnerabilidade.

No que concerne ainda à transmissão de informação à família, esta deve ocorrer apenas quando devidamente autorizada pela pessoa, respeitando os princípios da confidencialidade e do sigilo profissional. De acordo com o artigo 106.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2015a), o enfermeiro tem o dever de guardar segredo profissional relativamente a toda a informação de que tenha conhecimento no exercício da sua atividade, independentemente da sua fonte, devendo partilhar apenas a informação estritamente pertinente e apenas com os profissionais diretamente envolvidos no plano terapêutico.

Paralelamente, o Código Deontológico dos Enfermeiros estabelece igualmente o dever de informar a pessoa de forma clara, adequada e compreensível sobre o seu estado de saúde e sobre os cuidados que lhe são prestados, garantindo o respeito pelo seu direito à informação e à participação nas decisões relativas ao seu processo de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Na prática profissional, os enfermeiros são frequentemente abordados por familiares que solicitam informações acerca do estado clínico da pessoa internada. Contudo, no contexto dos cuidados à PSC, nem sempre é possível identificar de forma clara quais os familiares autorizados a receber essa informação, constituindo esta uma realidade frequente nos diferentes contextos clínicos. Nestas situações, o EE deve pautar a sua atuação pelo respeito pelos princípios éticos e deontológicos da profissão, garantindo simultaneamente a confidencialidade da informação e o respeito pela autonomia da pessoa. Assim, de forma a salvaguardar o direito do cliente a decidir quem pode receber informação sobre o seu estado de saúde, procurou-se sempre averiguar se existia alguma autorização prévia, expressa ou tácita, que permitisse a partilha de informação com determinado familiar. Na ausência dessa indicação, foi também verificada a existência de registos informáticos que evidenciassem o acompanhamento do doente por um familiar específico em consultas ou episódios anteriores, permitindo orientar de forma mais segura a comunicação de informação clínica.

Das experiências que emergiram durante o estágio, foi-me possível compreender que a tomada de decisão ética por parte dos enfermeiros é, como referem Nora et al. (2016), influenciada por diversos fatores do contexto organizacional e envolvente. Entre os fatores organizacionais destacam-se a pressão assistencial, a produtividade exigida, a sobrecarga de trabalho, as dotações seguras e as condições da infraestrutura e dos equipamentos disponíveis. Por outro lado, os fatores intrínsecos ao profissional, como o nível de conhecimentos, os valores pessoais e a predisposição para a reflexão ética sobre a ação, também condicionam significativamente a qualidade das decisões tomadas. Contudo, existem estratégias promotoras de uma tomada de decisão ética mais consciente e fundamentada, nomeadamente a discussão em equipa, o apoio de colegas mais experientes e o recurso a peritos. Ao longo dos estágios, percebi que estas estratégias, embora ainda pouco sistematizadas na prática clínica, são altamente eficazes. Destaco, em particular, o papel das conversas e momentos de reflexão partilhadas com os enfermeiros orientadores, que se revelaram essenciais para o meu crescimento ético e profissional, permitindo-me compreender que a prática profissional exige não apenas competência técnica, mas também uma permanente reflexão sobre os valores que orientam o cuidado. Ao longo dos estágios, adotei uma atitude proativa na prestação de cuidados, salvaguardando este princípio fundamental e procurando, de forma contínua, soluções que respeitem e promovam a dignidade da pessoa, mesmo perante limitações estruturais e organizacionais. Esta abordagem permitiu consolidar competências no domínio ético-deontológico, aplicadas à complexidade dos cuidados à PSC.

2.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade

A melhoria contínua da qualidade constitui um domínio central da prática do EE, conforme definido pela Ordem dos Enfermeiros (2019a). Esta competência implica a participação ativa na conceção, implementação e avaliação de estratégias que assegurem a excelência dos cuidados e a segurança dos utentes.

A qualidade e a segurança no sistema de saúde são consideradas uma obrigação ética, na medida em que contribuem para a redução de riscos evitáveis e para a melhoria do acesso e do respeito aos cuidados de saúde prestados (Ministério da Saúde, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde (2015), a qualidade em saúde corresponde à prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, tendo em consideração os recursos disponíveis e as necessidades da população. Neste sentido, a promoção da qualidade implica garantir que os cuidados prestados são seguros, eficazes, oportunos e centrados na pessoa. Em Portugal, esta preocupação tem sido reforçada através de instrumentos estratégicos como o PNSD 2021-2026 que visa promover uma cultura de segurança, melhorar os processos assistenciais e reforçar a capacitação dos profissionais de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2021).

A Ordem dos Enfermeiros tem vindo a consolidar este compromisso através de diversos documentos normativos, entre os quais se destacam os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Ordem dos Enfermeiros, 2017^a), que estabelecem referências para a prática especializada nas várias áreas, incluindo a Enfermagem à PSC.

A revisão crítica deste documento revelou-se uma ferramenta valiosa para orientar a minha prática durante o estágio e para compreender o papel específico do EE no desenvolvimento de cuidados de qualidade. Esta análise permitiu-me reconhecer que a qualidade dos cuidados não depende apenas da execução técnica das intervenções, mas também da capacidade de integrar normas, evidência científica e reflexão crítica na tomada de decisão clínica. A promoção da qualidade e da segurança exige, por parte do EE, o conhecimento dos padrões e indicadores aplicáveis ao contexto de prática, bem como a adoção de comportamentos consistentes com as normas e protocolos institucionais.

Neste enquadramento, o EE assume um papel determinante na promoção da melhoria contínua da qualidade, atuando como agente dinamizador de práticas seguras e baseadas na evidência científica, assumindo funções de liderança clínica e de promoção de ambientes de prática favoráveis ao desenvolvimento de cuidados de qualidade (Manley et al., 2013). Neste domínio, a liderança clínica assume particular relevância, traduzindo-se na

capacidade de orientar equipas, promover a reflexão sobre a prática profissional e incentivar a adoção de comportamentos consistentes com os padrões de qualidade definidos pelas entidades reguladoras.

A atuação do EE implica igualmente o recurso ao pensamento crítico e à análise sistemática das práticas, permitindo identificar inconformidades, riscos ou fragilidades nos processos de cuidados e propor intervenções que contribuam para a sua melhoria. Este processo de análise crítica revelou-se essencial para desenvolver uma maior consciência sobre os fatores que influenciam a segurança do doente e para compreender o impacto que pequenas alterações organizacionais podem ter na qualidade dos cuidados prestados.

A participação ativa em diferentes dinâmicas organizacionais durante os estágios permitiu compreender, na prática, o contributo do EE para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Ao longo do estágio, e nos diferentes contextos clínicos, foi possível identificar e discutir, com enfermeiros tutores e enfermeiros gestores, aspetos relativos à organização do trabalho, nomeadamente no que se reporta à gestão de recursos humanos e materiais, à gestão de prioridades e à alocação de doentes. Estas discussões contribuíram para compreender a importância da gestão eficiente dos recursos disponíveis na garantia da qualidade e segurança dos cuidados.

Participei igualmente em atividades como a verificação dos carros de emergência, a realização de testes a ventiladores e desfibrilhadores, e o controlo do vestuário e acessórios que os doentes levam para o interior da câmara hiperbárica na HUM. Estes procedimentos, ainda que muitas vezes rotineiros, revelaram-se fundamentais para a consolidação de práticas seguras e eficazes. A participação nestas atividades permitiu compreender que a segurança do doente depende frequentemente de processos aparentemente simples, mas cuja execução sistemática e rigorosa é essencial para prevenir eventos adversos. Destaco ainda a colaboração com o meu orientador na pesquisa de literatura científica sobre a atuação em casos de paragem cardiorrespiratória em ambiente hiperbárico, o que reforçou o meu envolvimento no desenvolvimento de protocolos e na reflexão sobre a segurança clínica, e permitiu colaborar ativamente em programas de melhoria contínua do serviço, contribuindo para a otimização de processos e para a promoção de boas práticas. Esta experiência reforçou a importância da investigação e da atualização científica contínua como instrumentos fundamentais para sustentar a prática clínica e promover cuidados baseados na evidência.

Na sequência da reorganização funcional do SUMC, que decorreu durante o estágio, procedeu-se igualmente à reestruturação e reorganização dos stocks existentes nos

carros de medicação, procurando garantir uma organização mais segura e eficiente dos fármacos disponíveis. Neste processo, foi considerada a sinalização e separação de medicamentos classificados como LASA (*Look-Alike, Sound-Alike*), isto é, medicamentos com grafia ou sonoridade semelhantes que podem facilmente ser confundidos, constituindo um fator de risco para erros de medicação. A literatura refere que a identificação e adequada gestão destes medicamentos constitui uma estratégia fundamental para a promoção da segurança do doente e para a prevenção de eventos adversos relacionados com a administração terapêutica (World Health Organization, 2007).

No âmbito da verificação periódica dos stocks de estupefacientes, foi ainda possível identificar a existência de uma quantidade superior à estipulada de codeína. Esta situação resultava de reposição semanal de stock, realizada todas as quintas-feiras, sem que fosse previamente verificado o consumo efetivo do fármaco. Face a esta inconformidade, foi elaborada uma instrução de trabalho (Apêndice I), com o objetivo de uniformizar o procedimento de reposição e garantir a conformidade com as quantidades estabelecidas, contribuindo para uma gestão mais segura e controlada deste tipo de medicamentos e cumprimento do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro que adita a Codeína às tabelas de estupefacientes e substâncias psicotrópicas.

Estas intervenções evidenciaram a importância da vigilância sistemática dos processos de gestão da medicação e do contributo do EE na identificação e correção de inconformidades que possam comprometer a segurança dos cuidados.

Este documento encontra-se atualmente em fase de submissão ao departamento de gestão documental da instituição, aguardando a respetiva validação e aprovação formal para posterior implementação no serviço.

Ainda no âmbito da segurança da medicação, foi ainda desenvolvida uma iniciativa relacionada com a administração de terapêutica de elevada complexidade. A administração segura da terapêutica constitui igualmente um elemento central na promoção da qualidade e segurança dos cuidados de saúde, sendo reconhecida como uma das áreas críticas na prevenção de eventos adversos associados aos cuidados (Institute for Safe Medication Practices, 2024). A literatura evidencia que os erros de medicação representam uma das principais causas de incidentes em contexto hospitalar, o que reforça a importância da implementação de estratégias que promovam a utilização segura dos medicamentos e a correta preparação e administração da terapêutica (Direção-Geral da Saúde, 2021). Neste contexto, durante o estágio foi desenvolvido um procedimento de consulta rápida destinado a apoiar a administração de um novo fármaco introduzido recentemente na instituição

hospitalar, o *Ondexxya® (andexanet alfa)*. Este medicamento é utilizado para reverter os efeitos anticoagulantes dos inibidores do fator Xa, nomeadamente apixabano e rivaroxabano, em situações de hemorragia grave ou potencialmente fatal, quando se torna necessária a reversão urgente da hipocoagulação (Apêndice II). A elaboração deste instrumento permitiu sistematizar informação essencial sobre indicações, preparação, administração e monitorização do fármaco, como também apoiar a equipa na tomada de decisão em situações críticas, contribuindo para a redução do risco de erro e para a melhoria da segurança da administração terapêutica.

No estágio realizado na UMH, identifiquei que o panfleto informativo entregue aos utentes aquando da consulta de enfermagem apresentava alguns conteúdos desatualizados face à evidência mais recente. Após consulta da equipa e conhecimento mais aprofundado sobre a dinâmica do serviço, realizei uma pesquisa bibliográfica sobre os cuidados ao doente submetido OTH. Em articulação com o colega de mestrado que também se encontrava em estágio na unidade, procedemos à reformulação do panfleto, o qual foi posteriormente apresentado à equipa de enfermagem (Apêndice III). A proposta foi aprovada e encontra-se atualmente em fase de submissão ao departamento de gestão documental da instituição.

Durante o estágio realizado no SMUC, tive ainda oportunidade de participar em diversas atividades de monitorização da qualidade e segurança dos cuidados. Destaca-se a participação em auditorias internas no âmbito da TM, bem como a colaboração com os enfermeiros elos de ligação do PPCIRA, nomeadamente nas auditorias relativas à adesão às práticas de higiene das mãos. Paralelamente, colaborei com o grupo de gestão do risco na monitorização de práticas relacionadas com a prevenção de quedas, contribuindo para a identificação de oportunidades de melhoria na segurança dos cuidados prestados. Estas experiências permitiram compreender o papel das auditorias e da monitorização sistemática das práticas clínicas como ferramentas fundamentais para a melhoria contínua da qualidade e para a promoção de uma cultura de segurança nas organizações de saúde.

A realização de auditorias internas constitui uma estratégia fundamental para a melhoria contínua da qualidade, na medida em que permite avaliar a conformidade das práticas assistenciais com normas e padrões previamente definidos, identificar inconformidades e promover a implementação de medidas corretivas orientadas para a melhoria dos processos de cuidados (Direção Geral da Saúde, 2017c).

Neste sentido, a utilização de indicadores de qualidade e a monitorização sistemática das práticas clínicas assumem particular relevância, permitindo acompanhar o desempenho dos serviços e avaliar o impacto das intervenções implementadas (World Health

Organization, 2018). De acordo com Donabedian (2003), a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde deve assentar na análise de três dimensões fundamentais: estrutura, processo e resultado, permitindo compreender de que forma as condições organizacionais e as práticas clínicas influenciam os resultados obtidos em saúde.

No que concerne aos indicadores de estrutura, estes foram abordados previamente na descrição e caracterização dos contextos de ensino clínico, onde se procedeu a uma reflexão crítica sobre os recursos humanos, materiais e organizacionais existentes nos diferentes serviços, elementos que condicionam a organização dos cuidados e influenciam a qualidade e segurança da prestação cuidados.

No que se refere aos indicadores de processo, foi possível observar e participar diretamente na prestação de cuidados, bem como acompanhar a monitorização de práticas relacionadas com a triagem, a higiene das mãos e a prevenção de quedas, o que permitiu refletir criticamente sobre a prática clínica.

Por sua vez, no que respeita aos indicadores de resultado, foi possível consultar e analisar alguns dados institucionais relacionados com eventos adversos, nomeadamente taxas de infeção associadas aos cuidados de saúde (IACS), não conformidades na TM e indicadores de segurança do doente. A análise destes indicadores revelou-se particularmente relevante para compreender de que forma os resultados obtidos podem orientar a implementação de medidas de melhoria e contribuir para o desenvolvimento de práticas assistenciais mais seguras e eficazes.

A Ordem dos Enfermeiros (2017a) identifica a promoção de um ambiente seguro como um eixo prioritário em todos os contextos, estando claramente refletido nos padrões de qualidade comuns a todas as áreas da Enfermagem Médico-Cirúrgica. Na UMH, o EE desempenha um papel central na garantia do cumprimento rigoroso das normas e protocolos de segurança, tendo em conta os riscos específicos dos tratamentos com OTH. Entre os principais perigos encontram-se o risco de incêndio ou explosão, potenciado pelo efeito sinérgico entre o aumento da temperatura local durante a fase de compressão, a presença de substâncias combustíveis e, sobretudo, as elevadas concentrações de oxigénio no interior das câmaras. As descargas eletrostáticas, provenientes dos materiais da instalação, dos dispositivos médicos ou até dos próprios doentes, constituem também uma ameaça real. A prevenção destes riscos exige não só o seguimento de protocolos rigorosos, mas também a vigilância contínua por parte dos profissionais. Neste contexto, o EE assume um papel fundamental na monitorização de potenciais riscos, na aplicação de boas práticas e na educação da equipa e dos doentes, contribuindo ativamente para a criação de um ambiente

terapêutico seguro e controlado. Estagiar numa unidade com características tão específicas, altamente tecnológica, pautada por normas rigorosas e exigentes, onde o incumprimento das mesmas pode ter consequências graves, incluindo riscos para a vida dos doentes e dos profissionais, permitiram-me desenvolver uma consciência crítica mais apurada sobre o papel do EE na promoção da segurança no ambiente de prestação de cuidados.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, foi possível observar e participar em diversas iniciativas orientadas para a melhoria da qualidade dos cuidados, o que permitiu compreender de forma mais concreta o papel do EE na promoção de práticas seguras e na otimização dos processos assistenciais.

A experiência nos diferentes contextos clínicos evidenciou igualmente que a melhoria contínua da qualidade não depende exclusivamente da existência de normas, indicadores ou instrumentos de monitorização, mas sobretudo da capacidade dos profissionais em integrar esses referenciais na prática clínica quotidiana.

De forma global, o percurso formativo desenvolvido ao longo dos estágios permitiu consolidar a compreensão do papel do EE enquanto agente promotor da qualidade, evidenciando a relevância da liderança clínica, da monitorização sistemática das práticas e da implementação de estratégias que favoreçam a melhoria contínua dos cuidados prestados à PSC.

2.1.3 Domínio da gestão dos cuidados

A gestão dos cuidados constitui um dos domínios centrais das competências comuns do EE, conforme definido no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Neste domínio, o EE detém a capacidade para organizar, coordenar e supervisionar os cuidados de enfermagem, garantindo que estes são prestados de forma segura, eficiente e centrada na pessoa. De acordo com este regulamento, o EE deve ser capaz de otimizar a resposta da equipa de enfermagem e a articulação com os restantes profissionais de saúde, assegurando a adequada gestão dos recursos disponíveis e a continuidade dos cuidados ao longo do percurso assistencial da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Neste âmbito, o domínio da gestão dos cuidados integra um conjunto de competências que incluem a capacidade de planear, organizar e avaliar os cuidados prestados, promover a articulação entre os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar, gerir recursos humanos e materiais e garantir a continuidade e a segurança dos cuidados. Estas competências implicam não apenas a organização do trabalho, mas também a capacidade de

apoiar a equipa de enfermagem na tomada de decisões clínicas e no estabelecimento de prioridades, particularmente relevante em contextos de elevada complexidade e imprevisibilidade, como os cuidados à PSC.

A literatura reconhece que a gestão eficaz dos cuidados de enfermagem constitui um elemento essencial para a qualidade dos serviços de saúde, na medida em que contribui para a organização dos processos, para a utilização adequada dos recursos e para a melhoria dos resultados em saúde. Segundo Marquis e Huston (2017), a gestão em enfermagem envolve a coordenação de recursos humanos, materiais e organizacionais com o objetivo de garantir cuidados seguros, eficazes e de elevada qualidade. Neste sentido, a gestão dos cuidados assume um papel determinante na promoção da segurança do doente e na otimização do funcionamento das equipas de saúde.

Neste enquadramento, o EE assume um papel particularmente relevante, não apenas na prestação direta de cuidados, mas também na organização e coordenação da prestação de cuidados. A sua intervenção neste domínio traduz-se na capacidade de liderar processos de tomada de decisão clínica, apoiar a equipa na definição de prioridades e promover a articulação entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado à pessoa.

Durante os estágios realizados, nomeadamente no SUMC e SMI, foi possível acompanhar de forma próxima o exercício profissional dos EE que desempenhavam funções de coordenação de equipa e de responsável de turno. Estes profissionais, quer pelo título de EE, ou reconhecimento da sua experiência prolongada na prestação de cuidados à PSC e pelas suas capacidades de liderança e gestão, assumiam um papel central na organização e coordenação da equipa de enfermagem.

Neste contexto, foi possível observar e participar em diferentes dinâmicas relacionadas com a gestão dos cuidados, nomeadamente no acompanhamento da supervisão das práticas clínicas, nos processos de auditorias internas, na assessoria prestada aos colegas e na participação em reuniões de carácter multidisciplinar, onde eram discutidos os planos terapêuticos dos doentes e as estratégias de intervenção para os doentes e para os serviços. Estas experiências permitiram compreender, de forma mais concreta, o impacto do papel do EE no processo de gestão dos cuidados de enfermagem, e a sua articulação com os diferentes elementos da equipa até ao nível da coordenação.

Foi igualmente possível observar o desenvolvimento de competências no âmbito da gestão da equipa, nomeadamente na adequação dos recursos humanos às necessidades de cuidados existentes em cada momento. A observação destas dinâmicas permitiu reconhecer que a gestão dos cuidados ultrapassa a mera distribuição de profissionais, exigindo uma

avaliação contínua da complexidade clínica dos doentes, da experiência da equipa e da imprevisibilidade do contexto assistencial.

No estágio realizado no SUMC, tive ainda oportunidade de realizar um exercício proposto pelo enfermeiro gestor do serviço, uma proposta de redistribuição do pessoal de enfermagem e dos técnicos auxiliares de saúde para as novas áreas funcionais do SMUC, que se encontrava com data marcada para uma reorganização interna durante o período de estágio (Anexo I). Esta iniciativa permitiu refletir sobre o impacto que a organização dos recursos humanos pode ter na eficiência do funcionamento do serviço e na segurança dos cuidados prestados, evidenciando que a gestão de recursos humanos em contextos de urgência requer uma articulação complexa e entre as necessidades assistenciais, os elementos disponíveis da equipa e a capacidade arquitetónica do serviço.

Entre as atividades desenvolvidas destacava-se ainda a elaboração dos planos de trabalho diários, a organização dos momentos de pausa da equipa e a distribuição dos profissionais pelos diferentes postos de trabalho, tendo em consideração as suas competências e experiência profissional. No SUMC, esta tarefa revelou-se particularmente complexa, exigindo uma análise cuidadosa das necessidades das diferentes áreas funcionais em articulação com as características da equipa. Esta atividade implicava um conhecimento aprofundado dos profissionais disponíveis, nomeadamente da sua experiência profissional, competências clínicas e grau de autonomia no desempenho das funções, de forma a estruturar uma distribuição equilibrada que garantisse a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

Esta experiência evidenciou que a gestão dos cuidados em contexto de urgência não se limita à distribuição de profissionais, exigindo uma análise contínua da complexidade assistencial, da experiência da equipa e da dinâmica do serviço, fatores que influenciam diretamente a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Neste processo, tornou-se evidente a importância de articular profissionais com diferentes níveis de experiência, assegurando que os elementos mais recentes no serviço eram acompanhados por profissionais com maior experiência nas diversas áreas funcionais do SU. Paralelamente, era necessário garantir a presença de enfermeiros com competências acrescidas em áreas específicas, nomeadamente na sala de emergência e na triagem, assegurando uma resposta adequada às situações de maior complexidade clínica.

Esta necessidade tornava-se particularmente evidente tendo em conta as características da equipa, constituída maioritariamente por profissionais jovens e com reduzido tempo de experiência no serviço, bem como pelo número ainda limitado de EE. Neste contexto, a adequada distribuição dos profissionais assumia um papel determinante na

promoção da segurança dos cuidados e no apoio ao desenvolvimento progressivo das competências clínicas dos elementos mais recentes da equipa.

O exercício das funções de responsável de turno representa um desafio significativo, particularmente no contexto do SU, caracterizado por uma elevada imprevisibilidade da procura assistencial e por variações constantes na carga de trabalho.

Nestes contextos, torna-se essencial a capacidade de adaptação e de reorganização contínua da equipa, redefinindo prioridades e ajustando a distribuição dos recursos humanos às necessidades emergentes. Este processo exige não apenas competências de gestão, mas também capacidade de liderança clínica, pensamento crítico e tomada de decisão em tempo real.

Neste contexto, a liderança do EE assume um papel determinante na gestão dos cuidados, particularmente em ambientes clínicos caracterizados por elevada complexidade e imprevisibilidade, como o SU e o SMI. A capacidade de antecipar necessidades assistenciais, planear a organização da equipa e prever potenciais alterações na carga de trabalho constitui um elemento essencial para garantir a fluidez e a segurança da prestação de cuidados. Contudo, para além desta dimensão antecipatória, torna-se igualmente fundamental a capacidade de adaptação perante mudanças inesperadas no estado clínico dos doentes ou perante situações de emergência que exigem uma reorganização imediata dos recursos disponíveis. Nestes contextos, o EE é frequentemente chamado a ajustar estratégias, redefinir prioridades e coordenar a atuação da equipa de forma célere e eficaz.

Deste modo, a liderança do EE assume uma dimensão essencialmente clínica e organizacional, permitindo orientar a equipa em contextos de elevada pressão assistencial e garantir que as decisões tomadas se mantêm alinhadas com os princípios da segurança do doente e da qualidade dos cuidados. A reflexão e discussão destas situações com os enfermeiros tutores permitiram compreender que a liderança no contexto da gestão de cuidados exige simultaneamente capacidade de antecipação, flexibilidade e resiliência, competências que permitem ao EE mobilizar recursos, apoiar a equipa na tomada de decisão e garantir a continuidade e a segurança dos cuidados prestados à PSC.

Importa ainda referir que, no exercício das minhas funções profissionais, e na ausência de EE, assumo por vezes funções de coordenação e de responsável de turno. O acompanhamento próximo das atividades de gestão realizadas pelos EE durante os estágios permitiu-me observar diferentes estratégias de organização da equipa, de gestão de prioridades e de tomada de decisão em contextos de elevada pressão assistencial.

Esta experiência constituiu uma oportunidade relevante de reflexão sobre a minha própria prática enquanto enfermeiro responsável de turno, com impacto significativo no desenvolvimento de competências de liderança e para uma gestão mais consciente e segura dos cuidados.

No desenvolvimento das competências de gestão e liderança, tive oportunidade de integrar a comissão organizadora do 1.º Benchmarking de Gestão e Liderança de Enfermagem em Doente Crítico (Anexo II). Esta iniciativa reuniu profissionais com experiência na gestão de equipas e na organização dos cuidados em contextos de elevada complexidade clínica. A participação na organização deste evento constituiu uma oportunidade de aprendizagem, permitindo contactar com diferentes perspetivas sobre liderança em enfermagem, gestão de equipas e estratégias de melhoria organizacional. Para além disso, este envolvimento reforçou a consciência de que o desenvolvimento de competências de gestão e liderança não se limita à prática clínica diária, sendo igualmente promovido através da participação em iniciativas científicas e formativas que incentivam a reflexão crítica, a partilha de conhecimento e o desenvolvimento profissional contínuo.

De forma global, a experiência desenvolvida ao longo dos estágios permitiu consolidar uma compreensão mais crítica sobre o papel do EE na gestão dos cuidados, evidenciando a relevância da liderança enquanto elemento facilitador da organização do trabalho da equipa. Este percurso formativo possibilitou reconhecer que a eficácia da gestão dos cuidados depende não apenas da organização dos recursos, mas também da capacidade do EE em antecipar necessidades, apoiar a tomada de decisão da equipa e adaptar estratégias perante contextos de elevada complexidade e imprevisibilidade. Assim, o EE afirma-se como um elemento fundamental na coordenação das equipas e na promoção de cuidados seguros, eficientes e centrados na pessoa.

2.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O EE fundamenta o seu processo de tomada de decisão na evidência científica mais atual, assumindo-se simultaneamente como um facilitador nos processos de aprendizagem e um agente ativo na produção e aplicação de conhecimento em enfermagem (OE, 2019a). No caso particular do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área Enfermagem à PSC, é ainda exigida a capacidade de avaliar criticamente a aplicabilidade da evidência científica produzida, tendo em conta a complexidade clínica, a dinâmica do

processo terapêutico e os recursos envolvidos no cuidado à PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A formação e o desenvolvimento profissional ao longo da vida surgem como um pilar fundamental e determinante para a melhoria contínua da qualidade e do desempenho profissional e, consequentemente, dos cuidados prestados.

Desde o início dos estágios, procurei aprofundar o conhecimento teórico que sustenta a prática especializada, através da revisão crítica dos principais documentos reguladores da profissão, das políticas de saúde e da evidência científica mais recente, complementada com consulta de *guidelines*, documentos normativos da Direção-Geral da Saúde (DGS) e pesquisas sistematizadas em bases de dados científicas.

O objetivo foi garantir uma atualização constante sobre temas relevantes para os contextos de estágio, nomeadamente a OTH, a intoxicação por monóxido de carbono, a monitorização hemodinâmica avançada e o tratamento de feridas complexas. Esta atualização científica revelou-se fundamental para sustentar a tomada de decisão clínica, permitindo adequar as intervenções de enfermagem às recomendações mais recentes da evidência científica e reforçar a segurança dos cuidados.

A Prática Baseada na Evidência (PBE) é reconhecida como um elemento central na tomada de decisão clínica em saúde, sendo entendida como um processo sistemático que integra a melhor evidência científica disponível, a experiência clínica do profissional e os valores e preferências da pessoa cuidada (Jordan et al., 2019). A incorporação da evidência científica na prática clínica constitui, assim, um elemento fundamental para garantir cuidados seguros, eficazes e de qualidade, contribuindo para a melhoria dos resultados em saúde e para o desenvolvimento contínuo da enfermagem.

Neste contexto, o EE assume um papel ativo na integração do conhecimento científico na prática clínica, promovendo a atualização das práticas e incentivando a utilização de evidência científica na tomada de decisão. Esta competência implica igualmente identificar lacunas de conhecimento e reconhecer oportunidades de investigação que contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados.

A operacionalização da PBE pode ser orientada por modelos de referência, como o Modelo de *Healthcare* Baseado na Evidência do *Joanna Briggs Institute* (JBI), que integra diferentes etapas do processo de produção e aplicação do conhecimento científico, incluindo a geração, síntese, transferência e implementação da evidência, com o objetivo final de produzir impacto positivo nos resultados em saúde (Jordan et al., 2019).

Neste âmbito, o desenvolvimento do estudo realizado no contexto do presente mestrado, subordinado ao tema “Reconhecimento da perda súbita de visão na Triagem de Manchester”, constitui uma forma de operacionalização da PBE, ao procurar identificar lacunas de conhecimento e compreender as perceções dos enfermeiros relativamente a uma condição clínica no contexto da triagem em SU.

Os resultados deste estudo poderão contribuir para a reflexão sobre a prática clínica, promovendo a melhoria da tomada de decisão na triagem e reforçando a segurança dos cuidados prestados à PSC, contribuindo simultaneamente para a produção de conhecimento científico e para a promoção de ganhos em saúde.

Entre as competências do EE destaca-se a responsabilidade de interpretar, organizar e divulgar resultados provenientes da evidência científica, o que contribui para o avanço do conhecimento e para o desenvolvimento da prática de enfermagem. Neste sentido, durante o estágio desenvolvi, em parceria com um colega de mestrado que realizou o mesmo percurso formativo, uma revisão integrativa da literatura subordinada ao tema “Intoxicação aguda por monóxido de carbono: alertas e abordagem na admissão no serviço de urgência”. Este trabalho teve como principal objetivo sistematizar a evidência científica disponível e analisar a sua aplicabilidade à prática clínica em contexto de SU, contribuindo para a identificação de recomendações relevantes para a abordagem inicial destes doentes.

Os resultados desta revisão integrativa culminaram na elaboração de um póster científico (apêndice IV), posteriormente apresentado nas II Jornadas das Ilhas Sem Hospital, realizadas entre os dias 2 e 4 de outubro de 2025, na Biblioteca Municipal de Vila do Porto, na Ilha de Santa Maria (Anexo III).

Na sequência do trabalho desenvolvido no âmbito deste percurso académico, o estudo realizado foi igualmente submetido para publicação numa revista científica da área da enfermagem, encontrando-se atualmente em fase de apreciação editorial (Anexo IV).

Esta iniciativa constitui um contributo para a disseminação do conhecimento produzido e para a valorização da investigação em enfermagem, reforçando o papel do EE enquanto agente ativo na produção e partilha de evidência científica. Paralelamente, este processo permitiu consolidar competências no domínio da PBE, através da análise crítica da literatura científica, da produção de conhecimento e da sua integração na prática clínica.

Para além das atividades realizadas em contexto de estágio, procurei, de forma proativa, oportunidades externas que contribuíssem para o reforço das competências enquanto futuro EE. Estas iniciativas, embora desenvolvidas fora dos contextos de estágio

formalmente definidos, refletem o compromisso com o desenvolvimento profissional contínuo e com a disseminação do conhecimento científico.

Neste âmbito, participei no 2.º Congresso de Enfermagem de Urgência do Hospital Pedro Hispano, organizado pela NEED2PRESERVE, que decorreu nos dias 12 e 13 de março de 2025, no Teatro Municipal de Vila do Conde. No contexto deste evento científico, fui convidado a participar na qualidade de palestrante, tendo apresentado o tema “Por falar em meter água”, na qual partilhei a minha experiência prática na abordagem à vítima de afogamento em contexto pré-hospitalar e hospitalar (Anexo V).

Ao longo do período letivo do Mestrado, tive a oportunidade de dinamizar várias ações de formação no serviço onde exerço funções, assumindo o papel de formador, com um total de 14 horas como formador em áreas específicas relacionadas com as minhas responsabilidades enquanto enfermeiro em contexto de urgência e emergência (Anexo VI).

Participei igualmente em diversas ações de formação em serviço, com uma duração aproximada de 12 horas, em áreas relevantes para o contexto de urgência e emergência. (Anexo VII).

Entre as iniciativas de atualização científica, destaco ainda a participação num webinar dedicado à abordagem da paragem cardiorrespiratória traumática (Anexo VIII). Esta formação permitiu aprofundar conhecimentos sobre a abordagem diferenciada deste tipo de situação específica, particularmente relevante para a minha prática clínica.

Para além da aquisição de conhecimentos técnicos e científicos, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais implica igualmente um processo de autoconhecimento e reflexão sobre a própria prática. Neste domínio, a Ordem dos Enfermeiros refere que o EE deve deter “consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” e ser capaz de gerar “respostas de adaptabilidade individual e organizacional” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p. 4745).

Durante a realização do estágio, a gestão das emoções e do cansaço constituiu um desafio significativo. Apesar de contar com 17 anos de experiência na prestação de cuidados em SU, os ambientes de cuidados à PSC caracterizam-se por elevada complexidade assistencial, exigindo a gestão simultânea de múltiplas tarefas, prioridades e interações profissionais, o que acarreta um esforço físico, cognitivo e emocional acrescido (Guttormson et al., 2022). Neste sentido, tornou-se necessário desenvolver estratégias pessoais que permitissem gerir as emoções e o cansaço, evitando que estes se constituíssem como uma barreira à prestação de cuidados e ao processo de aprendizagem.

Entre as estratégias adotadas destacou-se a valorização do apoio entre colegas e da partilha de experiências em equipa, reconhecida na literatura como fator protetor perante a carga emocional associada ao cuidado ao doente crítico (Maresca et al., 2022). Na prática clínica, revelou-se fundamental assegurar momentos adequados de recuperação após períodos de trabalho mais exigentes, reconhecendo que a gestão do cansaço constitui um elemento essencial para manter a capacidade de concentração, a clareza na tomada de decisão e a segurança dos cuidados prestados. A partilha de experiências com os colegas e os momentos de reflexão com os enfermeiros orientadores revelaram-se igualmente importantes para relativizar situações exigentes e reforçar a confiança na tomada de decisão em momentos de maior pressão assistencial.

O contacto com diferentes contextos clínicos, a interação com profissionais de distintas áreas e a discussão de decisões clínicas com os enfermeiros orientadores permitiram-me desenvolver uma maior consciência sobre o meu papel enquanto enfermeiro e sobre o impacto das minhas decisões na equipa e na prestação de cuidados.

Este processo de reflexão crítica sobre a prática revelou-se determinante para consolidar competências de análise clínica e tomada de decisão fundamentada, reforçando a importância da articulação entre conhecimento científico, experiência profissional e contexto assistencial.

Ao longo do percurso formativo, o desenvolvimento desta competência resultou da articulação entre experiências clínicas, atividades académicas e iniciativas externas aos contextos formais de estágio.

A postura proativa adotada ao longo deste percurso, associada à procura contínua de oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento profissional, reflete o compromisso com a melhoria contínua da prática clínica e com a responsabilidade social inerente ao exercício da profissão de enfermagem. Desde a fundamentação da prática na melhor evidência científica disponível até à participação e dinamização de atividades científicas e formativas, foi possível integrar conhecimento, participar ativamente em processos de aprendizagem e contribuir para o desenvolvimento da enfermagem especializada.

Deste modo, as atividades desenvolvidas ao longo deste percurso formativo traduzem-se não apenas num enriquecimento pessoal e profissional, mas também no reforço de uma prática clínica mais crítica, fundamentada e orientada para a melhoria contínua dos cuidados prestados à PSC.

2.2 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

As competências específicas do EE na área de Enfermagem à PSC centram-se essencialmente na prática clínica, com uma forte orientação para a prestação direta de cuidados. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018), estas competências organizam-se em três domínios fundamentais: cuidar da pessoa, família e/ou cuidador que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência aos antimicrobianos; e dinamizar a resposta em contextos de emergência, exceção e catástrofe.

A experiência proporcionada pelos diferentes contextos clínicos contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento destas competências, permitindo o contacto direto com pessoas em situação de instabilidade e elevada complexidade clínica, bem como a aplicação de intervenções especializadas orientadas para a segurança e qualidade dos cuidados.

Ao longo deste capítulo serão analisadas, de forma crítica e fundamentada, as evidências da aquisição e desenvolvimento destas competências durante o percurso do estágio clínico.

2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivência complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018) a PSC é aquela cuja vida se encontra ameaçada por falência, ou iminência de falência, de uma ou mais funções vitais, sendo a sua sobrevivência dependente de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Neste contexto, o EE na área da enfermagem médico-cirúrgica à PSC “responde eficazmente ao 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” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19360).

O cuidado prestado à pessoa, família e/ou cuidador em contexto crítico assenta na identificação, diagnóstico, prescrição e implementação de intervenções de enfermagem dirigidas à resposta a processos complexos decorrentes de doença crítica ou de falência orgânica. Este processo exige uma atuação fundamentada, sistematizada e centrada na

individualidade da pessoa, tendo em vista a estabilização da condição clínica, a prevenção de complicações e a promoção da recuperação funcional.

A aquisição de competências especializadas no cuidado à PSC representa um processo exigente e progressivo, marcado por múltiplas experiências clínicas e momentos de reflexão profissional. O percurso formativo, sustentado por 17 anos de prática na área em contexto de emergência e seis anos de experiência em contexto pré-hospitalar em VMER, constituiu um alicerce fundamental para a consolidação das competências necessárias ao futuro EE. Esta experiência prévia proporcionou uma base sólida de raciocínio clínico, capacidade de resposta imediata e familiaridade com contextos de instabilidade. Ainda assim, o contacto com diferentes contextos clínicos durante os estágios permitiu aprofundar conhecimentos, desenvolver novas competências e refletir sobre a prática de cuidados, dinâmicas organizacionais e exigências clínicas significativamente distintas contribuindo para uma compreensão mais abrangente do papel do EE.

Neste contexto, o desenvolvimento desta competência materializa-se através de um conjunto de unidades que refletem o processo de cuidar em enfermagem, desde a identificação das necessidades da pessoa até à avaliação dos resultados das intervenções especializadas. Assim, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018), esta competência encontra-se estruturada em quatro áreas fundamentais: identificação das necessidades da pessoa, família e cuidadores; conceção de planos de intervenção; implementação das intervenções especializadas; e avaliação dos resultados obtidos. Estas dimensões refletem a natureza dinâmica do processo de cuidar em enfermagem, exigindo do EE uma atuação contínua de avaliação, decisão e reajuste das intervenções em função da evolução clínica da pessoa em situação crítica.

A identificação precoce das necessidades da PSC constitui um elemento central da intervenção do EE, permitindo reconhecer alterações fisiológicas e clínicas que possam comprometer a estabilidade do doente. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018), o EE deve ser capaz de reconhecer as necessidades de intervenção especializada da pessoa, família e cuidadores que vivenciam processos complexos decorrentes de doença aguda ou crónica, estabelecendo simultaneamente uma relação terapêutica eficaz e adaptando a comunicação ao contexto clínico.

O SUMC constituiu um contexto particularmente favorável ao desenvolvimento desta competência, uma vez que exige dos profissionais a capacidade de identificar rapidamente situações de instabilidade clínica e de priorizar intervenções perante pessoas com diferentes níveis de gravidade. Um exemplo paradigmático desta atuação é a TM,

método estruturado de atribuição de prioridades clínicas que assenta na avaliação sistematizada de sinais e sintomas na formulação de hipóteses clínicas que orientam a tomada de decisão do enfermeiro relativamente ao grau de urgência da situação. A aplicação deste método exige um raciocínio clínico rápido e estruturado, particularmente em situações em que os sinais de instabilidade não são imediatamente evidentes, reforçando a importância da experiência profissional e da capacidade de observação clínica do enfermeiro. Neste processo, o EE assume um papel particularmente relevante na deteção precoce de sinais de deterioração clínica, contribuindo para a priorização adequada das intervenções e para a segurança da pessoa em situação crítica.

A avaliação inicial da PSC assenta frequentemente na utilização da abordagem sistematizada ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure), amplamente recomendada em *guidelines* internacionais para a avaliação de doentes com suspeita de doença ou lesão grave, independentemente da etiologia. Esta metodologia encontra-se profundamente interiorizada na minha prática clínica, fruto dos anos de experiência em contexto de emergência e pré-hospitalar, permitindo uma avaliação rápida, estruturada e orientada para a identificação de alterações potencialmente ameaçadoras da vida bem como para a priorização das intervenções a implementar em contexto de elevada pressão assistencial.

Importa salientar que, no SU, nem todas as pessoas se encontram sob monitorização contínua, o que exige dos enfermeiros uma elevada capacidade de observação clínica e de reconhecimento precoce de alterações através da interpretação de sinais e sintomas. Na UMH, tornou-se fundamental aprofundar os conhecimentos de fisiologia, de modo a interpretar adequadamente a resposta da pessoa às intervenções realizadas. Este contexto exigiu uma análise mais aprofundada da relação entre os fenómenos fisiológicos e a resposta clínica da pessoa submetida a terapêutica hiperbárica, o que contribuiu para desenvolver uma compreensão mais crítica dos sinais clínicos observados e para reforçar a importância da articulação entre conhecimento científico e prática clínica na tomada de decisão em enfermagem.

Apesar de as *guidelines* fornecerem uma estrutura orientadora de boas práticas, a prática clínica ultrapassa a sua aplicação estrita, exigindo do enfermeiro um julgamento crítico e uma abordagem individualizada. Neste sentido, o EE não se limita à aplicação de orientações previamente definidas, devendo ser capaz de integrar o conhecimento científico, a experiência clínica e as necessidades específicas de cada pessoa, tendo em consideração as particularidades de cada situação clínica.

No SMI, a identificação das necessidades da PSC assume igualmente grande relevância, sendo frequentemente sustentada pela interpretação contínua dos parâmetros de monitorização hemodinâmica e ventilatória. Neste contexto, tive oportunidade de aprofundar competências relacionadas com a vigilância sistemática, sedação e monitorização clínica, bem como com a avaliação da evolução da condição da PSC. Contudo, esta vigilância apenas se torna eficaz quando acompanhada por um juízo clínico crítico na interpretação dos dados recolhidos, permitindo ajustar medidas terapêuticas e implementar intervenções de enfermagem dirigidas à melhoria da condição clínica e à prevenção de complicações, evidenciando o papel do EE na deteção precoce de alterações clínicas e na antecipação de possíveis eventos adversos.

A conceção do plano de intervenção constitui uma etapa fundamental no cuidado à PSC, exigindo do EE a capacidade de integrar informação clínica, conhecimento científico e avaliação contínua das necessidades da pessoa e família. Durante o estágio, a elaboração de planos de cuidados implicou a priorização de intervenções dirigidas à estabilização da condição clínica, à prevenção de complicações e à promoção do conforto e bem-estar da pessoa.

Neste âmbito, foi possível contactar com diferentes protocolos terapêuticos complexos, particularmente no contexto do SMI e da UMH, que exigiram uma análise criteriosa da situação clínica e a adaptação das intervenções às necessidades específicas de cada pessoa, o que contribuiu para aprofundar competências na gestão segura de terapêutica complexa e na aplicação de protocolos clínicos especializados.

Destaca-se a elaboração de um procedimento de consulta rápida para a administração do fármaco andexanet alfa (Ondexxya®), que já descrevi no domínio da melhoria contínua da qualidade (Apêndice II). A construção deste instrumento permitiu sistematizar informação essencial relativa à preparação, administração e monitorização do fármaco, facilitando a consulta rápida pelos profissionais em contextos clínicos críticos e contribuindo para a uniformização das práticas.

Para além da identificação das necessidades clínicas e da gestão de terapêuticas complexas, a promoção do conforto e o controlo da dor constituem dimensões fundamentais do cuidado à PSC. Neste sentido, no âmbito das competências do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área Enfermagem à PSC, destaca-se a responsabilidade de intervir na avaliação e gestão da dor aguda e crónica, recorrendo a medidas farmacológicas e não farmacológicas (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A DGS definiu, em 2003, a dor como o 5.º sinal vital, reconhecendo a sua relevância na avaliação clínica da pessoa. Neste âmbito, refere que “o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das unidades de saúde” (Direção Geral da Saúde, 2003, p. 1).

Num estudo epidemiológico descritivo desenvolvido por Alves (2022) no contexto de um SU em Portugal, verificou-se que cerca de 60% dos doentes admitidos apresentavam dor como queixa principal, evidenciando a elevada prevalência desta condição clínica. Estes dados constituem um alerta para a magnitude do problema da dor nos SU, reforçando a importância da sua avaliação adequada desde o momento da TM. A correta quantificação da dor pode influenciar a atribuição da prioridade clínica, e impactar significativamente na avaliação dos tempos de avaliação doente.

No SMI, devido à gravidade da condição clínica, à presença de dispositivos invasivos e às intervenções terapêuticas necessárias, estes doentes apresentam frequentemente maior suscetibilidade à dor e ao desconforto. Acresce que, em muitos casos, o nível de consciência encontra-se diminuído ou a capacidade de verbalização comprometida, o que exige uma avaliação adaptada ao estado clínico da pessoa. No contexto do SMI, a avaliação da dor é realizada através de escalas validadas, nomeadamente a *Behavioral Pain Scale* (BPS) em doentes sedados e a escala numérica da dor em doentes conscientes.

Neste sentido, a gestão da dor e a promoção do conforto da PSC constituíram uma preocupação constante ao longo dos estágios, exigindo uma avaliação contínua da intensidade da dor e a implementação de intervenções adequadas para a sua monitorização e controlo.

Durante o estágio observei uma preocupação constante das equipas na monitorização da dor e na implementação de medidas adequadas ao seu controlo. Para além das intervenções farmacológicas, foram igualmente observadas estratégias não farmacológicas de promoção do conforto, como o posicionamento adequado, a massagem terapêutica e a otimização do ambiente, nomeadamente através do controlo da luz, do ruído e da temperatura, intervenções que demonstraram efeitos positivos na redução do desconforto e na promoção do bem-estar da PSC.

Apesar da existência de instrumentos validados para a avaliação da dor, a sua monitorização em alguns contextos revelou-se, um desafio. A presença de sedação, ventilação mecânica ou alterações do estado de consciência pode dificultar a interpretação da

expressão da dor, exigindo do enfermeiro uma maior capacidade de observação clínica e de interpretação de sinais comportamentais e fisiológicos.

Perante estas dificuldades, procurei desenvolver uma abordagem mais atenta e reflexiva na avaliação da dor, valorizando não apenas os indicadores das escalas utilizadas, mas também sinais subtis de desconforto, como tensão muscular e alterações dos parâmetros fisiológicos, bem como episódios de assincronia ventilatória, que pudessem sugerir sofrimento não verbalizado. A discussão de situações clínicas com os enfermeiros orientadores e com a restante equipa revelou-se igualmente essencial para consolidar a tomada de decisão clínica e ajustar as intervenções implementadas.

Este processo contribuiu para desenvolver uma maior sensibilidade clínica na identificação da dor na PSC, reforçando a importância de uma avaliação contínua, individualizada e fundamentada na evidência científica, enquanto elemento central na promoção do conforto e na qualidade dos cuidados.

A avaliação contínua dos resultados das intervenções constitui um elemento essencial na prestação de cuidados à PSC, permitindo monitorizar a eficácia das estratégias implementadas e ajustar o plano de cuidados de acordo com a evolução da condição clínica. Neste processo, a comunicação com a pessoa e família assume um papel fundamental. No contexto do SMI, a comunicação com a pessoa pode revelar-se particularmente desafiante, uma vez que muitos doentes se encontram sob sedação, ventilação mecânica ou com alterações do estado de consciência. Nestes casos, torna-se necessário recorrer a estratégias de comunicação adaptadas, privilegiando a comunicação não verbal e a observação das respostas comportamentais da pessoa.

A comunicação com os familiares revelou-se igualmente relevante, uma vez que estes procuram frequentemente obter informações sobre o estado clínico do seu familiar. Durante o estágio procurei desenvolver uma comunicação clara, empática e adequada à complexidade das situações clínicas, transmitindo informação útil e realista e respeitando sempre os princípios de confidencialidade e os limites da minha intervenção profissional.

No contexto da UMH, a comunicação revelou-se igualmente determinante, uma vez que a preparação da pessoa para o tratamento em câmara hiperbárica exige a transmissão de informação clara sobre o procedimento, contribuindo para reduzir a ansiedade e promover a colaboração durante a terapêutica.

De forma global, as experiências desenvolvidas nos diferentes contextos clínicos permitiram consolidar competências especializadas na identificação precoce de alterações clínicas, na gestão de intervenções complexas e na promoção do conforto e da segurança da

PSC. Este percurso contribuiu para compreender a importância do EE enquanto profissional capaz de integrar conhecimento científico, julgamento clínico e capacidade relacional na prestação de cuidados diferenciados e centrados na pessoa e família.

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

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018), o EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à PSC atua de forma sistematizada perante situações de emergência, exceção ou catástrofe, concebendo, planeando e gerindo a resposta de forma eficaz e eficiente, sem descurar a preservação de vestígios que possam indiciar a prática de crime. Nestes contextos, frequentemente caracterizados por elevada complexidade clínica e pela possibilidade de existência de múltiplas vítimas em risco de falência orgânica, o EE assume um papel determinante na coordenação da resposta assistencial, orientando a intervenção com base em protocolos previamente definidos e critérios de prioridade clínica.

A atuação nestas situações exige a otimização dos recursos humanos e materiais disponíveis, com o objetivo de garantir a prestação de cuidados adequados e maximizar a sobrevivência das vítimas. Neste sentido, a liderança clínica, a capacidade de tomada de decisão rápida e fundamentada e a gestão eficaz dos fluxos de encaminhamento das vítimas constituem competências fundamentais do enfermeiro especialista.

No exercício da minha atividade profissional desempenho funções como enfermeiro em contexto pré-hospitalar e num SU, contextos nos quais a preparação para responder a situações de exceção assume particular relevância. Ao longo do meu percurso profissional procurei investir em formação específica nesta área, reforçando conhecimentos relacionados com a organização da resposta a situações de emergência e com a gestão de eventos com múltiplas vítimas.

Durante a realização do estágio nos três contextos clínicos, e dada a natureza imprevisível das situações de catástrofe ou de emergência com múltiplas vítimas, não houve oportunidade de prestar cuidados em cenário de catástrofe, uma vez que não ocorreram eventos desta natureza durante o período de estágio.

Contudo, o desenvolvimento desta competência não se limita exclusivamente à vivência direta destas situações, sendo igualmente sustentado pela preparação teórica, pela análise dos planos de atuação e pela reflexão crítica sobre os procedimentos institucionais definidos para estes cenários. Neste sentido, revelou-se particularmente relevante a procura,

leitura, partilha e reflexão, em conjunto com os tutores de estágio, sobre diferentes temáticas relacionadas com a resposta e gestão em situações de exceção e catástrofe.

Foram consultados diversos documentos orientadores, nomeadamente o Plano Nacional e Distrital de Emergência da Proteção Civil, bem como os planos de emergência interna e externa da unidade hospitalar onde decorreram os estágios. A análise destes documentos contribuiu para aprofundar o conhecimento sobre a organização da resposta institucional em situações de emergência ou catástrofe, permitindo compreender a estrutura de coordenação, os níveis de atuação e os circuitos de articulação entre os diferentes serviços envolvidos.

As situações de exceção ou catástrofe exigem a adaptação de procedimentos e da organização dos serviços, de modo a garantir uma resposta rápida e eficaz perante um elevado número de vítimas. No contexto do SUMC, existe um espaço específico destinado ao material de apoio a estas situações, localizado na sala de reuniões do serviço, onde se encontram armazenados equipamentos e cartões de ação destinados aos diferentes intervenientes. Estes cartões funcionam como guias rápidos de atuação, permitindo orientar os profissionais relativamente às suas funções específicas no momento de ativação do plano de emergência.

Em caso de ativação do plano de emergência externa, a organização do serviço sofre alterações imediatas, nomeadamente ao nível da operacionalização da triagem, que passa a ser realizada através de uma metodologia diferente com objetivo de salvar tantas vidas quanto possível e assegurar a melhor prestação de cuidados de acordo com os recursos disponíveis.

A triagem primária, realizada em poucos segundos, permite triar rapidamente um elevado número de vítimas admitidas em simultâneo. Neste processo, em vez de se selecionar prioritariamente os doentes mais graves, identificam-se inicialmente aqueles que apresentam menor gravidade clínica, permitindo direcionar os recursos disponíveis para as vítimas com maior probabilidade de benefício. De acordo com o fluxograma, os doentes são classificados em quatro categorias: verde, preto (morte), vermelho e amarelo.

A triagem secundária é posteriormente utilizada para a reavaliação das vítimas inicialmente observadas na triagem primária, recorrendo à aplicação da *Triage Revised Trauma Score* (TRTS), baseada na avaliação da frequência respiratória, pressão arterial sistólica e estado de consciência, conduzindo à definição de níveis de prioridade clínica (Mackway-Jones et al., 2014).

Neste contexto, Iserson e Moskop (2007) defendem que a triagem deve ser realizada por profissionais experientes, capazes de tomar decisões rápidas e fundamentadas em contextos de elevada pressão, assegurando a correta priorização das vítimas quando os recursos são limitados.

Neste sentido, o EE é aquele a quem é reconhecida a capacidade de avaliação rápida das vítimas, identificação de situações de risco imediato de vida e definição de prioridades de intervenção, assegurando a aplicação de princípios de triagem e de abordagem sistematizada ao trauma.

Durante o meu percurso profissional tive oportunidade de contactar com diferentes situações de emergência e trauma com múltiplas vítimas em contexto pré-hospitalar. A reflexão sobre estas experiências profissionais revelou-se fundamental para o desenvolvimento desta competência, contribuindo para a consolidação do conhecimento e para uma melhor compreensão das exigências inerentes à atuação em contextos de exceção.

No contexto da UMH, esta unidade assume um papel relevante na operacionalização do Plano de Emergência Externo da instituição. Dispõe de uma equipa em regime de prevenção, constituída por dois enfermeiros e um médico anestesiologista, acionada sempre que ocorre a ativação do plano. A unidade encontra-se preparada para receber até dois doentes críticos com necessidade de ventilação invasiva, podendo funcionar, em situação de catástrofe, como segunda sala de emergência do hospital.

O estágio na UMH constituiu uma oportunidade para aprofundar o conhecimento sobre o Plano de Emergência Externo da instituição e refletir sobre a capacidade de resposta do hospital em contextos de exceção. Esta experiência permitiu conhecer em maior detalhe os circuitos definidos, compreender de forma mais crítica a organização dos recursos e reforçar as minhas competências para a atuação em eventuais situações de emergência e catástrofe.

Neste enquadramento, no contexto do SUMC, o EE assume um papel central na organização da resposta da equipa perante situações de emergência. Compete-lhe assegurar a articulação entre as diferentes áreas funcionais do serviço, gerir os recursos humanos disponíveis e garantir a adequada priorização das intervenções, particularmente em situações de maior afluência ou de elevada complexidade clínica. Esta função implica uma vigilância contínua do funcionamento do serviço, bem como a capacidade de antecipar necessidades e reorganizar a equipa de forma dinâmica, assegurando a resposta adequada às situações emergentes, nomeadamente na sala de emergência.

No exercício da minha atividade profissional, assumo com frequência funções de responsável de turno no SUMC, o que tem exigido o desenvolvimento de competências

relacionadas com a liderança, a gestão de prioridades e a coordenação da equipa. A reflexão sobre estas experiências contribuiu para consolidar a compreensão do papel do EE no seio de uma equipa, reforçar a capacidade de organização, comunicação e tomada de decisão rápida na gestão eficaz dos cuidados.

Neste sentido, a preparação para responder eficazmente a situações de emergência, exceção ou catástrofe exige um investimento contínuo no desenvolvimento de competências técnicas. Durante o período letivo do mestrado procurei reforçar a capacitação para a atuação em contextos de emergência e exceção através da participação em diversas iniciativas formativas relacionadas com a abordagem ao doente crítico. Entre estas destacam-se formações e webinars dedicados à gestão de situações improváveis (Anexo IX e X) e à abordagem da paragem cardiorrespiratória traumática, temáticas particularmente relevantes no contexto da prestação de cuidados em cenários de trauma e de múltiplas vítimas (Anexo VIII). Estas iniciativas contribuíram para consolidar conhecimentos e reforçar a importância da atualização contínua, enquanto elemento essencial para garantir uma resposta segura, estruturada e sustentada na melhor evidência científica disponível.

Relativamente à unidade de competência associada à preservação de vestígios de indícios de prática de crime, a Ordem dos Enfermeiros (2018) refere que o EE deve garantir a prestação de cuidados assegurando simultaneamente a identificação, preservação e adequada documentação de possíveis vestígios relacionados com práticas criminosas. Durante o período de estágio não foi possível vivenciar diretamente situações desta natureza.

No entanto, procurei aprofundar o conhecimento sobre os procedimentos institucionais existentes para estes contextos, nomeadamente no que respeita à atuação da equipa de enfermagem e à articulação com as entidades competentes.

Importa referir que, no exercício da minha prática profissional, tive já contacto com várias situações clínicas associadas a contextos de violência e prática de crime, como casos de trauma por arma de fogo, o que reforçou a atenção para a necessidade de reforçar a preparação para atuar nestes cenários. Participei igualmente em formações em serviço relacionada com a abordagem à vítima em contexto de violência doméstica e com os procedimentos de colheita, preservação e documentação de vestígios forenses, permitindo consolidar conhecimentos sobre a importância da cadeia de custódia e do correto encaminhamento destas situações (Anexo VII).

De forma global, o desenvolvimento desta competência resultou da articulação entre a experiência profissional prévia, a análise dos procedimentos institucionais e o investimento contínuo na atualização de conhecimentos nesta área, permitindo consolidar a

compreensão do papel do EE na organização e gestão da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe.

2.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

A prevenção e o controlo das IACS constituem uma competência específica do EE em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Enfermagem à PSC. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018), este profissional intervém de forma diferenciada na prevenção e controlo da infeção, bem como na contenção da resistência aos antimicrobianos, contribuindo assim para a segurança clínica e para a qualidade dos cuidados prestados. As IACS, definidas como infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados e procedimentos de saúde (Direção Geral da Saúde, 2017d), representam o evento adverso mais prevalente nos contextos de prestação de cuidados, estando associadas ao aumento da morbilidade, mortalidade, prolongamento do internamento e ao consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários.

Estas infeções podem ter origem endógena, resultando da própria colonização do doente, ou exógena, proveniente de fontes externas como o ambiente, equipamentos, dispositivos médicos, visitas ou profissionais de saúde (World Health Organization, 2011). A PSC, devido às suas patologias de base, comorbilidades associadas, uso de dispositivos invasivos, disfunção dos mecanismos de defesa e exposição a múltiplos procedimentos, apresenta um risco significativamente aumentado de adquirir IACS.

Em Portugal, a DGS (2017d) implementou, através do PPCIRA, medidas dirigidas à prevenção das IACS, à redução da transmissão cruzada e à contenção do consumo de antimicrobianos. O programa assenta em três bases fundamentais: redução das IACS através da promoção e implementação das boas práticas das PBCI e feixes de intervenção de suporte aos procedimentos e dispositivos invasivos; redução do consumo de antimicrobianos, com implementação do Programa de Apoio à Prescrição de Antibióticos (PAPA) e monitorização do seu consumo (Direção Geral da Saúde, 2017d).

Complementarmente, o PNSD 2021–2026 constitui um instrumento estratégico nacional orientado para a promoção da segurança do doente e para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde, reforçando, num dos seus pilares, a prevenção das IACS.

Neste enquadramento, os padrões de qualidade do exercício profissional definidos pela OE (2017a) reforçam o papel central do EE, ao reconhecer que este deve desenvolver

competências diferenciadas que lhe permitam participar ativamente na conceção e definição de estratégias institucionais de prevenção e controlo da infeção. Compete-lhe, ainda, exercer um papel de liderança na sua implementação, promovendo a formação e sensibilização da equipa de enfermagem e dos demais profissionais de saúde para a importância do cumprimento rigoroso das normas estabelecidas.

No âmbito das PBCI, a higienização das mãos assume particular relevância. Esta é amplamente reconhecida como a medida de referência na prevenção das IACS, pelo que a adesão e a correta execução dos cinco momentos da higienização das mãos constituem elementos fundamentais para a segurança do doente e para a qualidade dos cuidados prestados (Direção-Geral da Saúde, 2019).

Nos diferentes contextos clínicos, a prestação de cuidados a doentes portadores de múltiplos dispositivos invasivos permitiu a aplicação dos feixes de intervenção recomendados pela Direção-Geral da Saúde, orientados para a prevenção das IACS.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018), o EE concebe e implementa planos de prevenção e controlo da infeção e de resistência aos antimicrobianos, ajustados às necessidades do contexto de cuidados à PSC e/ou em falência orgânica. No decurso dos estágios realizados, não foi possível participar diretamente na elaboração de um plano desta natureza, conforme preconizado na primeira unidade de competência. Contudo, foi possível conhecer o trabalho desenvolvido pela Comissão de Controlo de Infeção e compreender a sua articulação com os serviços e com os enfermeiros elos de ligação.

Paralelamente, ao longo do curso de mestrado foi desenvolvida, no âmbito de uma unidade curricular, a elaboração de um plano de prevenção e controlo de infeção, o que constituiu uma oportunidade de reflexão e de desenvolvimento de competências nesta área. Adicionalmente, foi realizada pesquisa bibliográfica de documentos de referência sobre controlo de infeção, incluindo recomendações internacionais do *European Centre for Disease Prevention and Control* relativas às medidas de isolamento baseadas no tipo de microrganismo, bem como orientações da Direção-Geral da Saúde referentes às PBCI, à higienização das mãos e aos feixes de intervenção associados a dispositivos invasivos.

Ao longo do estágio, para além de aprofundar o conhecimento teórico sobre a prevenção e controlo da infeção, analisei os protocolos institucionais em vigor nos serviços, com o objetivo de os discutir criticamente com os enfermeiros orientadores e com os profissionais das unidades, refletindo sobre a sua aplicabilidade prática em cada contexto.

A título de exemplo, na UMH, pela sua estrutura particular e tipologia específica de doentes, exigem-se adaptações na operacionalização das medidas de prevenção e controlo

de infecção. A configuração física da câmara hiperbárica, nomeadamente por se tratar de uma câmara multilugar, constitui uma limitação, ao não permitir a realização de tratamentos a doentes com medidas de isolamento respiratório. Recordo, a este propósito, uma situação em que prestei cuidados a um doente submetido a transplante alogénico de medula óssea. Uma das complicações mais prevalentes neste tipo de procedimento é a doença do enxerto contra hospedeiro, frequentemente associada a lesões de pele, mucosas gastrointestinais e, em alguns casos, ao desenvolvimento de cistite hemorrágica. Esta condição representa uma causa significativa de morbilidade, podendo implicar internamentos prolongados quando refratária ao tratamento convencional. Nesses casos, a OHB surge como uma alternativa terapêutica fortemente recomendada (Fernandes, 2009), permitindo não só aliviar a sintomatologia como também promover a recuperação funcional da mucosa vesical. A gestão do risco de infecção neste tipo específico de ambiente e nesta população de doentes constitui um desafio relevante para a prática clínica, exigindo a implementação rigorosa de medidas de prevenção e controlo de infecção.

No contexto do SUMC, verificou-se que a implementação consistente das medidas de prevenção e controlo de infecção constitui um desafio acrescido, atendendo à natureza dinâmica, imprevisível e frequentemente sobrelotada das áreas clínicas. Considerando que a prevenção das IACS assenta, fundamentalmente, na interrupção dos elos da cadeia de transmissão, o programa de notificação ao enfermeiro responsável de turno revelou-se uma ferramenta relevante para a identificação precoce de situações de risco e para a implementação de medidas adequadas de controlo de infecção.

Neste contexto, as reuniões multidisciplinares de coordenação diárias assumiam particular importância, constituindo um espaço de reflexão entre os profissionais para a definição da melhor estratégia de alocação dos doentes com necessidade de isolamento, tendo em consideração as limitações estruturais do serviço e pressão assistencial existente nas diferentes áreas.

Contudo, foi possível observar que, na prática, os rastreios de colonização por microrganismos multirresistentes eram frequentemente realizados apenas no momento imediatamente anterior ao internamento nas enfermarias. Importa referir que a Norma n.º 004/2023 da Direção-Geral da Saúde preconiza a realização da avaliação de risco para microrganismos multirresistentes, nomeadamente *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) e enterobactérias produtoras de carbapenemases (EPC), no momento da admissão hospitalar, permitindo a identificação precoce de fatores de risco e a implementação atempada de medidas de prevenção e controlo de infecção (Direção-Geral da Saúde, 2023). No

entanto, no contexto observado, esta avaliação era frequentemente adiada para o período imediatamente anterior ao internamento. Em várias situações em que o doente permanecia semanas no SU, esta prática poderá atrasar a identificação de portadores e comprometer a implementação precoce de medidas de controlo de infeção.

No que concerne à segunda unidade de competência, esta centra-se no papel do EE enquanto elemento de referência na promoção, implementação e monitorização dos procedimentos de prevenção e controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos. Neste âmbito, compete ao EE liderar o desenvolvimento e a implementação de práticas seguras que contribuam para a redução das IACS, particularmente em contextos de elevada complexidade clínica, como o cuidado à PSC e/ou em falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No SUMC tive oportunidade de acompanhar o trabalho de um enfermeiro “elo de ligação” na área da prevenção e controlo de infeção, o que permitiu compreender o papel destes profissionais na promoção do cumprimento das orientações estabelecidas pelo PPCIRA, bem como das normas e recomendações emitidas pela DGS.

Esta experiência possibilitou ainda acompanhar algumas atividades de monitorização e auditoria relacionadas com a adesão às PBCI, contribuindo para a reflexão crítica sobre a importância do EE na promoção de práticas seguras, baseadas na evidência científica, e na sensibilização das equipas para a adoção de medidas que visem a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde.

De uma forma global, estas experiências permitiram-me compreender a importância de adequar as estratégias de prevenção e controlo da infeção às particularidades de cada contexto clínico, assegurando o cumprimento dos princípios fundamentais da segurança do doente. Neste sentido, a atuação do EE, sustentada por competências técnicas, científicas e relacionais, assume um papel determinante na implementação e monitorização de medidas de prevenção e controlo da infeção.

Estas intervenções revelam-se particularmente relevantes perante a PSC e/ou falência orgânica, atendendo à complexidade das situações clínicas, ao recurso frequente a dispositivos invasivos e em contextos marcados por limitações físicas.

**PARTE II – RECONHECIMENTO DA PERDA SÚBITA DA VISÃO NA
TRIAGEM DE MANCHESTER**

I. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS

A perda súbita de visão é uma emergência médica caracterizada pela perda visual aguda, geralmente unilateral, com instalação em minutos ou horas, que pode comprometer de forma irreversível a visão do doente. Entre as causas mais frequentes estão a oclusão da artéria central da retina (OACR), o descolamento de retina, a neuropatia óptica isquêmica anterior ou a hemorragia vítrea (Hayreh, 2011; Schrag et al., 2015).

A OACR é considerada uma verdadeira emergência oftalmológica, com alto risco de perda visual permanente (Webb, 2023). Ocorre devido à obstrução do fluxo sanguíneo para a retina, o que conduz à isquemia e potencial perda visual (Hayreh, 2011). A retina é um dos tecidos do corpo com maior taxa metabólica e consumo de oxigênio por grama de tecido, o que significa que a sua tolerância à isquemia é extremamente limitada (Roskal-Walek et al., 2024). Estudos indicam que mais de 90% dos casos não tratados evoluem para perda visual severa e permanente, o que resulta numa cegueira funcional do olho afetado (Lavin et al., 2018; Schrag et al., 2015).

Estes quadros exigem reconhecimento e intervenção imediata, uma vez que a janela terapêutica é curta: idealmente inferior a 4,5 horas. Intervenções como trombólise ou OTH são mais eficazes quando aplicadas precocemente (Mac Grory et al., 2021).

No contexto hospitalar, a triagem assume um papel crítico na deteção precoce destas situações. O STM, classifica a perda súbita de visão como uma situação “muito urgente”, ou seja, o doente deve ser avaliado por um médico no prazo de 10 minutos (Mackway-Jones et al., 2014). No entanto, diversos estudos indicam que, na prática clínica, existem desafios significativos na distinção entre perda súbita e alterações visuais de evolução progressiva, frequentemente associadas a dor ocular, inflamação ou infeções não urgentes (Chen et al., 2023).

A identificação de sintomas associados à OACR representa um desafio clínico significativo. A natureza subjetiva das queixas visuais, a semelhança entre sintomas de origem urgente e não urgente, e a descrição subjetiva pelos doentes tornam a triagem especialmente complexa (Chen et al., 2023). Para além das implicações clínicas, este quadro acarreta um impacto psicológico imediato e profundo, frequentemente associado a sentimentos de medo, desorientação, ansiedade e perceção da incapacidade súbita (Boagey et al., 2022). A esta complexidade de sintomas e emoções somam-se constrangimentos organizacionais, uma vez que nem todos os hospitais dispõem de cobertura permanente da

especialidade de oftalmologia. Em muitos casos, os doentes apenas tomam conhecimento dessa limitação quando chegam ao serviço fora do horário útil. Este enquadramento pode conduzir a dois desfechos particularmente graves: o abandono do serviço sem avaliação médica ou o acesso tardio à especialidade, ambos com potencial para comprometer de forma irreversível a janela terapêutica e o prognóstico funcional.

Neste cenário, o papel do enfermeiro na triagem é determinante. Compete-lhe identificar sinais de alerta, aplicar corretamente os critérios do STM e sensibilizar o doente para a potencial gravidade da sua condição (Mackway-Jones et al., 2014). No caso da perda súbita de visão, esta responsabilidade assume especial relevo, uma vez que o reconhecimento precoce e a atribuição da prioridade correta podem fazer a diferença entre manter ou perder a visão (Chen et al., 2023).

A evidência científica indica que fatores como a insegurança na interpretação dos sintomas, a escassez de formação contínua sobre urgências oftalmológicas e as lacunas nos protocolos institucionais contribuem para erros na atribuição de prioridade em triagem (Costa et al., 2022). Estas dificuldades são mais evidentes em situações clínicas menos frequentes, como a perda súbita de visão, que exigem elevada capacidade de raciocínio clínico, domínio técnico e perceção crítica. A literatura destaca que muitos profissionais de saúde subvalorizam os quadros de OACR, considerando-os como situações de menor urgência (Biousse, 2014). Neste contexto, estudos recentes evidenciam que, na TM, os enfermeiros tendem, por vezes, a atribuir maior prioridade a sintomas menos urgentes, como inflamações ou infeções, enquanto desvalorizam manifestações clínicas relevantes como a perda súbita de visão, sobretudo quando comparados com outros especialistas da área da oftalmologia (Chen et al., 2023).

Sensibilizados para a relevância da perda súbita de visão enquanto emergência clínica e para o impacto que o seu reconhecimento atempado pode ter no prognóstico do doente, considerou-se pertinente aprofundar o conhecimento sobre a forma como esta condição é percebida e avaliada pelos enfermeiros no contexto da TM.

Com base nestas premissas, o presente estudo tem como objetivo geral explorar as perceções dos enfermeiros sobre o reconhecimento da perda súbita de visão em contexto da aplicação do STM. Para a concretização deste objetivo geral, foram definidos objetivos específicos que orientam as diferentes dimensões de análise do estudo, nomeadamente: analisar o grau de sensibilização dos enfermeiros relativamente aos sinais clínicos de perda súbita de visão; compreender a perceção dos enfermeiros quanto à importância do reconhecimento precoce destes sintomas; identificar as dificuldades enfrentadas na

diferenciação entre perda súbita de visão e perda progressiva de acuidade visual; e observar se diferentes níveis de formação académica e profissional influenciam a abordagem clínica face a queixas visuais no âmbito da TM. Pretende-se, através desta investigação, contribuir para uma prática clínica mais consciente, rigorosa e sustentada na evidência, promover a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados. A escassez de estudos nesta área, particularmente sob a perspetiva dos enfermeiros, reforça a pertinência desta investigação, pela capacidade de produção de conhecimento específico e potencialmente aplicável à formação e gestão clínica em triagem.

2. ESTADO DA ARTE

Com o objetivo de fornecer as bases teóricas e conceptuais que apoiam esta investigação, apresenta-se de seguida uma breve exposição dos fundamentos essenciais à compreensão do estudo.

A perda súbita de visão como emergência médica

A perda súbita de visão é definida como a diminuição ou ausência abrupta da acuidade visual, total ou parcial, num ou ambos os olhos, com instalação em segundos até horas, sem trauma ocular associado. Esta alteração pode ocorrer com ou sem dor, dependendo da causa, e é considerada uma emergência médica devido ao risco elevado de lesão irreversível na acuidade visual se não for prontamente reconhecida e tratada (Fraser et al., 2025; Hayreh, 2011a).

Os termos "cegueira súbita" e "perda súbita de visão" não são exatamente sinónimos, embora ambos sejam frequentemente utilizados na prática clínica. O termo perda súbita de visão inclui qualquer grau de perda visual, enquanto o termo cegueira súbita refere-se geralmente à perda total e imediata da visão, muitas vezes usada para descrever casos de amaurose total (Biousse, 2014).

Entre as causas mais comuns estão a OACR, o descolamento de retina, a neuropatia óptica isquémica anterior, a hemorragia vítrea e, em casos menos frequentes, a neurite óptica (Biousse, 2014; Schrag et al., 2015). Destes, a OACR assume particular relevância, pois é considerada o equivalente oftalmológico ao acidente vascular cerebral (AVC) isquémico (Hayreh, 2011a).

De forma a diferenciar situações benignas de eventos críticos como a OACR, a perda súbita de visão tem de ser avaliada através de uma abordagem sistemática e centrada em critérios clínicos específicos. Segundo Somes (2023), a anamnese deve explorar variáveis como o tempo de instalação, a unilateralidade, a presença de dor e sintomas neurológicos associados, bem como as alterações no campo visual. A rapidez com que o sintoma se instala é um dos critérios mais críticos na distinção entre etiologias isquémicas e inflamatórias.

Os sintomas descritos associados à perda súbita de visão podem incluir descrições como “cortina negra”, visão enevoadada ou turva subitamente, escotomas centrais ou periféricos e visão completamente ausente num dos olhos (Biousse et al., 2018). A ausência de dor geralmente sugere causas isquémicas, como a OACR ou a neuropatia óptica isquémica

anterior, enquanto a presença de dor ocular pode estar associada a neurite óptica, uveíte ou glaucoma agudo de ângulo fechado. Adicionalmente, a presença de sintomas neurológicos associados (como diplopia, disartria ou hemiparesia) pode indicar um evento cerebrovascular com envolvimento visual cortical (Mac Grory et al., 2021)

Diversos autores recomendam o uso de algoritmos clínicos baseados em sintomas para orientar o encaminhamento dentro dos serviços de urgência, permitindo a priorização e referência rápida a oftalmologia ou neurologia conforme o caso (Somes, 2023; Biousse, 2014).

Apesar de se tratar de uma condição rara, a OACR apresenta um impacto desproporcionadamente elevado no doente. Estudos indicam que mais de 90% dos casos não tratados evoluem para perda visual severa e permanente do olho afetado (Lavin et al., 2018). Esta consequência decorre da fisiologia altamente especializada da retina, cuja dependência de oxigenação contínua a torna particularmente vulnerável a qualquer interrupção súbita do fluxo sanguíneo. A retina é um dos tecidos do corpo com maior taxa metabólica e consumo de oxigénio por grama de tecido, o que significa que a sua tolerância à isquemia é extremamente limitada. O tempo é considerado crítico, e os danos a nível celular significativos podem instalar-se entre 2 e 4 horas após a interrupção do fluxo sanguíneo (Roskal-Wałek et al., 2024). Esse curto intervalo de tempo justifica a categorização da OACR como uma verdadeira emergência médica, equiparada, em termos fisiopatológicos, a um AVC isquémico que afeta seletivamente o território retiniano (Mac Grory et al., 2021).

Oclusão da artéria central da retina

A OACR é uma condição rara, grave, e estima-se que a sua incidência varie entre 1 a 2 casos por 100.000 habitantes por ano, com maior prevalência em indivíduos com mais de 60 anos (Kim et al., 2021). Em Portugal, não há dados epidemiológicos atuais publicados ou disponíveis para consulta, mas estima-se que a sua incidência será semelhante a outros países da Europa, com 1 a 2 casos por 100 000 habitantes, o que corresponde a cerca de 100–200 novos casos por ano, e a tendência aponta para um ligeiro aumento da incidência, impulsionado pelo envelhecimento populacional e pela maior deteção clínica (Roskal-Wałek et al., 2024).

A OACR resulta da interrupção súbita do fluxo sanguíneo na artéria central da retina, um ramo da artéria oftálmica responsável pela irrigação da retina interna. A causa da OACR pode ser classificada em dois grandes grupos, conforme a sua origem: a forma não

arterítica, de natureza predominantemente embólica ou trombótica, e a forma arterítica, de base inflamatória vascular (Hayreh, 2011).

A forma não arterítica é a mais frequente e representa aproximadamente 90% dos casos. Na maioria das situações, a OACR não arterítica é provocada por trombos que se alojam na artéria central da retina, e causam a obstrução de forma parcial ou total. Estes trombos têm origem, maioritariamente, na artéria carótida interna ou comum, em placas ateroscleróticas instáveis, e são responsáveis por cerca de 70% dos casos. Outra fonte importante de trombos é o coração, sobretudo em pessoas com doenças valvulares degenerativas, fibrilhação auricular, endocardite ou miocardiopatia dilatada (Schrag et al., 2015).

Do ponto de vista morfológico, os trombos podem ser classificados em três tipos principais. Os trombos de colesterol, também conhecidos como placas de Hollenhorst, são os mais prevalentes e apresentam uma coloração amarelo-dourada e brilho intenso à fundoscopia, e representam entre 46% e 80% dos casos. Os trombos constituídos por fibrina-plaquetária são opacos e menos refletivos, e são responsáveis por cerca de 6% a 32% dos casos. Por fim, os trombos de cálcio, com aparência branca sólida, tendem a ser mais densos e originam-se geralmente de válvulas cardíacas calcificadas, representando entre 6% e 16% das ocorrências (Kim & Fong, 2014).

Adicionalmente, outras fontes de trombos, apesar de menos comuns, podem estar envolvidas, como é o caso dos trombos sépticos, resultantes de infeções como a endocardite bacteriana; trombos gordurosos, geralmente associados a fraturas de ossos longos; partículas de talco, encontradas em utilizadores de drogas intravenosas; ou até agentes cosméticos injetáveis, que podem atingir acidentalmente a circulação arterial ocular durante procedimentos estéticos (Madike et al., 2022).

Para além da origem embólica, a OACR pode também resultar de trombose *in situ* da artéria central da retina, especialmente em doentes com estados hipercoaguláveis ou doenças hematológicas. Nestes casos, a formação do trombo está associada a condições como policitemia vera, mieloma múltiplo, anemia falciforme, mutações genéticas pró-trombóticas como o fator V de Leiden, síndrome antifosfolipídica, bem como doenças autoimunes inflamatórias, como a doença de Behçet ou o lúpus eritematoso sistémico (Hayreh, 2011).

A forma arterítica da OACR é menos frequente, e representa cerca de 5% dos casos, mas caracteriza-se por uma probabilidade elevada de envolvimento bilateral. A principal causa desta forma é a arterite de células gigantes, uma vasculite granulomatosa que afeta vasos de grande e médio calibre, nomeadamente a artéria temporal e os seus ramos. A

inflamação vascular conduz à OACR. Este tipo de OACR requer intervenção com corticoterapia sistêmica em altas doses, com o objetivo de prevenir a perda visual do olho contralateral (Madike et al., 2022).

O processo fisiopatológico inicia-se com a obstrução do fluxo arterial, que impede o fornecimento de oxigênio e nutrientes às células retinianas. Essa privação energética provoca rapidamente uma falência da fosforilação oxidativa nas mitocôndrias, levando à produção insuficiente de ATP e ao colapso das bombas iônicas transmembranares. Como consequência, instala-se uma acidose láctica decorrente da ativação do metabolismo anaeróbio, acompanhada por um aumento significativo da produção de radicais livres. Estes mecanismos contribuem para a disfunção celular progressiva e desencadeiam cascatas de apoptose e necrose, que culminam na morte celular (Schrag et al., 2015).

Embora a OACR possa afetar ambos os sexos, observa-se uma ligeira preponderância em indivíduos do sexo masculino, o que poderá estar relacionado com a maior prevalência de fatores de risco cardiovasculares neste grupo populacional (Mac Grory et al., 2021).

A OACR encontra-se frequentemente associada a diversas comorbidades de natureza vascular, nomeadamente hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 e fibrilhação auricular. Estas condições contribuem para a formação de êmbolos ou trombos, que podem migrar para a circulação oftálmica, tornando estas doenças subjacentes fatores de risco determinantes na fisiopatologia da OACR (Biousse, 2014; Madike et al., 2022).

O diagnóstico da OACR baseia-se fundamentalmente na avaliação médica, complementada por exames imagiológicos específicos. A anamnese detalhada é essencial para identificar a instalação súbita, geralmente indolor, da perda visual, característica marcante desta condição. O exame de fundo ocular, efetuado em contexto de urgência oftalmológica, permite observar sinais típicos, como o esbranquiçamento retiniano difuso e a presença da chamada “mancha vermelho-cereja” na fóvea, que indica isquemia da retina interna com preservação da perfusão coroidal na mácula (Biousse, 2014; Hayreh, 2011).

Entre os exames complementares, a angiofluoresceinografia é útil para documentar a ausência ou atraso no enchimento da artéria central da retina, bem como para excluir outras causas de perda visual súbita. Em alguns centros, a angiografia permite uma avaliação não invasiva da perfusão microvascular da retina. Se o início dos sintomas ocorrer dentro de uma janela de menos de 4,5 horas, uma tomografia computadorizada do crânio sem

contraste deve ser realizada para descartar hemorragia intracraniana e avaliar a elegibilidade do doente para terapia trombolítica (Roskal-Wałek et al., 2024).

No que se refere ao tratamento da OACR, o principal objetivo é a rápida restauração do fluxo de sangue à retina, de forma a minimizar os danos provocados pela isquemia. Diversas abordagens terapêuticas têm sido utilizadas no tratamento da OACR, com resultados variáveis e, na sua maioria, ainda sem evidência robusta que comprove eficácia superior face ao tratamento conservador. Métodos como a massagem ocular, a redução da pressão intraocular com agentes como acetazolamida ou manitol, e a paracentese da câmara anterior têm sido utilizados empiricamente, mas não demonstraram eficácia significativa em estudos clínicos controlados (Lavin et al., 2018; Schrag et al., 2015).

A utilização de trombólise intravenosa com Ativador do Plasminogénio Tecidular (tPA), tem ganho destaque nas últimas décadas, e representa uma tentativa terapêutica emergente com base nos princípios da trombólise utilizados no AVC isquémico. Dado que a fisiopatologia da OACR partilha muitas semelhanças com o AVC, a administração precoce de agentes trombolíticos tem sido estudada como forma de restaurar a perfusão retiniana e preservar a função visual (Mac Grory et al., 2021; Roskal-Wałek et al., 2024).

Na maioria dos casos de OACR, a obstrução arterial é causada por um trombo composto por fibrina, colesterol ou cálcio, que se aloja na artéria central da retina e bloqueia o fluxo sanguíneo. O tPA é um agente trombolítico que atua ao converter plasminogénio em plasmina, uma enzima que degrada a fibrina da malha do trombo. Este processo resulta na dissolução do coágulo e na potencial recanalização do vaso obstruído (Lavin et al., 2018). O sucesso da trombólise depende fortemente da composição do trombo (mais eficaz em trombos ricos em fibrina) e, sobretudo, do tempo decorrido desde o início dos sintomas, dada a curta tolerância da retina à isquemia. A administração precoce (até 4,5 horas) pode melhorar significativamente os resultados visuais. A evidência atual indica que a janela terapêutica para a eficácia do tPA na OACR é idealmente inferior a 4,5 horas, mas pode ser estendida até às 6 horas como no caso do acidente vascular isquémico (Mac Grory et al., 2021; Webb, 2023).

O regime terapêutico mais comum utilizado consiste na administração de tPA à dose de 0,9 mg/kg. Deste total, 10% da dose total é administrada em injeção rápida no primeiro minuto, seguida de infusão contínua do restante volume ao longo de 59 minutos. Apesar da limitada utilização em contexto clínico — com dados dos Estados Unidos da América indicarem que apenas cerca de 5,8% dos doentes com OACR recebem alteplase —,

existe evidência documentada a favor do seu uso o mais precoce possível desde o início dos sintomas (Schrag et al., 2015).

Outra abordagem terapêutica emergente na OACR é a OTH, considerada uma estratégia para preservar a função retiniana nas fases iniciais do evento isquêmico. A OTH consiste na administração de oxigênio a 100% numa câmara de alta pressão, o que aumenta significativamente a quantidade de oxigênio dissolvido no plasma. Este oxigênio pode difundir-se a partir da circulação coroidal para as camadas isquêmicas da retina, mesmo na ausência de fluxo sanguíneo na artéria central da retina, e sustentam temporariamente o metabolismo celular e atrasam a necrose tecidual (Lee et al., 2024).

A eficácia da OTH está diretamente relacionada com a precocidade do início do tratamento, e está descrita como mais benéfica quando iniciada nas primeiras 6 a 12 horas após o início dos sintomas. Existem também relatos de melhoria visual significativa em casos tratados até às 24 horas (Roskal-Walek et al., 2024). A 10.^a Conferência Europeia de Consenso em Medicina Hiperbárica reconhece a OACR como uma indicação com evidência suficiente para a utilização de OTH, e recomendam a sua aplicação nas primeiras 24 horas (Mathieu et al., 2017). No entanto, a disponibilidade limitada de câmaras hiperbáricas continua a ser um entrave à aplicação sistemática desta modalidade terapêutica.

A administração precoce das intervenções terapêuticas tem sido associada, em diversos estudos, a taxas de recuperação visual funcional que oscilam entre 30% e 50% (Webb, 2023).

O reconhecimento precoce dos sintomas é fundamental para garantir uma resposta atempada. A correta identificação dos sinais e sintomas e a rápida referência médica são cruciais para que o doente beneficie das poucas opções terapêuticas disponíveis, como trombólise intravenosa ou oxigenoterapia hiperbárica (Schrag et al., 2015).

Outras causas de perda súbita de visão

Além da OACR, existem outras doenças que podem causar perda súbita de visão, cada uma com mecanismos fisiopatológicos e abordagens diagnósticas distintas. O descolamento de retina caracteriza-se pela separação entre a retina neurosensorial e o epitélio pigmentar subjacente, resultando numa perda visual súbita, frequentemente descrita pelos doentes como perceção de “sombras” ou “cortinas” no campo visual. Este quadro deve ser considerado uma urgência oftalmológica, pois a intervenção precoce, geralmente por meio de cirurgia, como vitrectomia, ou retinopexia pneumática, é essencial para o restabelecimento da anatomia retiniana e preservação da visão. Estudos clínicos demonstram

uma taxa de recuperação visual funcional acima de 70% em casos tratados dentro de 72 horas (García-Arumí et al., 2013).

A neuropatia óptica isquémica anterior resulta da isquemia no segmento anterior do nervo óptico, devido a insuficiência microvascular. Clinicamente manifesta-se como perda súbita de visão, geralmente indolor, associada a defeito de campo vertical e edema do disco óptico. A incidência desta condição é cerca de 10 por 100.000 adultos acima dos 50 anos, com fatores de risco identificados como hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia e apneia do sono. Não existe tratamento eficaz estabelecido, pelo que o controlo dos fatores de risco constitui o principal enfoque terapêutico (Biousse, 2014).

A hemorragia vítrea define-se pela presença de sangue na cavidade vítrea, e manifesta-se por perda súbita de visão e visão turva. Entre as causas mais frequentes estão retinopatia diabética, descolamento de retina e roturas vasculares retinianas. O tratamento pode variar desde repouso e monitorização até a vitrectomia, conforme o volume de sangue (Fraser et al., 2025).

A neurite óptica consiste numa inflamação do nervo óptico geralmente associada a desmielinização, muitas vezes em contexto de esclerose múltipla, ou infeções e doenças autoimunes. Caracteriza-se por perda subaguda de visão, frequentemente acompanhada de dor ao movimentar os olhos e alterações na percepção de cores (especialmente vermelhos). O tratamento de primeira linha é com corticoterapia em altas doses de metilprednisolona intravenosa, que acelera a recuperação, embora não afete os resultados a longo prazo (Bennett, 2019).

Sistema de Triagem de Manchester e a queixa visual

O STM foi desenvolvido no Reino Unido na década de 1990 com o objetivo de padronizar a avaliação inicial dos doentes nos serviços de urgência, atribuindo uma prioridade clínica baseada na gravidade dos sintomas e não apenas na ordem de chegada. Este sistema é atualmente utilizado em diversos países, incluindo Portugal, e é reconhecido pela sua fiabilidade e capacidade de reduzir tempos de espera para casos críticos (Mackway-Jones et al., 2014).

O STM organiza os doentes em cinco categorias de prioridade: emergente (vermelho), muito urgente (laranja), urgente (amarelo), pouco urgente (verde) e não urgente (azul), e define tempos máximos de espera para observação médica. Esta categorização é feita com base em algoritmos clínicos organizados por queixas principais e acompanhados de discriminadores específicos.

No caso das queixas oftalmológicas, os discriminadores relevantes incluem sinais e sintomas como dor ocular intensa, alteração súbita da visão, presença de corpo estranho ou trauma ocular. A perda súbita de visão, especialmente quando total ou quase total, é enquadrada como um critério de "muito urgente" (categoria laranja), e exige observação médica preferencial num prazo de 10 minutos (Mackway-Jones et al., 2014).

A DGS, na Norma n.º 002/2018, reconhece a importância da triagem como ferramenta essencial para assegurar uma resposta adequada às situações de urgência oftalmológicas. A norma salienta a inexistência de orientações clínicas ou sistemas de triagem especificamente direcionados para queixas oculares, como a alteração súbita da acuidade visual. Destaca ainda que sintomas como suspeita de corpo estranho ocular, olho vermelho, perda súbita de visão, hemorragias oculares e traumatismos isolados do globo ocular devem ser avaliados com rigor durante a triagem. Estas condições são consideradas prioritárias e requerem uma abordagem cuidadosa, de forma a garantir a segurança dos doentes e o seu encaminhamento atempado. Segundo Chen et al., (2023), a escassez de protocolos específicos para sintomas oftalmológicos, pode levar a subvalorização dos mesmos na triagem. Estudos recentes indicam ainda outras dificuldades sentidas pelos profissionais de triagem. Muitos enfermeiros relatam insegurança na avaliação de sintomas oftalmológicos pela ausência de formação específica, particularmente na diferenciação entre situações urgentes e não urgentes. Há uma tendência para priorizar queixas visíveis a olho nu, como olho vermelho ou presença de secreções, em detrimento de sintomas mais subtis, como perda súbita de visão (Chen et al., 2023; Somes, 2023).

A integração de algoritmos mais específicos e a sensibilização dos profissionais para a gravidade das queixas visuais poderão ser estratégias importantes para reduzir o risco de atrasos na abordagem a condições potencialmente irreversíveis, como a OACR (Chen et al., 2023). Neste contexto, a atuação precoce dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de urgência e triagem, torna-se essencial. O reconhecimento rápido dos sintomas — como perda súbita, indolor e monocular da visão — e o encaminhamento urgente para avaliação oftalmológica e investigação da etiologia vascular podem ser determinantes para a tentativa de recuperação parcial da função visual. No entanto, muitos casos são subvalorizados ou mal interpretados, o que leva ao atraso na triagem e consequentemente agravamento do prognóstico funcional (Webb, 2023). Tal como enfatiza Chen et al. (2023), a decisão de atribuir prioridade clínica pode ser o fator decisivo entre manter ou perder a visão.

Dificuldades sentidas pelos enfermeiros na Triage de Manchester

A triagem constitui um processo fundamental para a organização e segurança dos cuidados em serviços de urgência, mas implica uma série de desafios para os enfermeiros que a executam. Diversos fatores têm sido identificados como barreiras à tomada de decisão dos enfermeiros neste contexto, mesmo entre profissionais experientes, os quais podem comprometer tanto a sua eficácia clínica como o bem-estar emocional (Ferreira & Baptista, 2024).

Entre as dificuldades mais frequentemente reportadas encontram-se situações de violência verbal e física por parte dos doentes ou seus acompanhantes, em grande parte motivadas por insatisfação com os tempos de espera. Esta hostilidade impacta diretamente o desempenho e a segurança dos profissionais, além de afetar o clima organizacional (Costa et al., 2022). Outra dificuldade relevante prende-se com o elevado fluxo de doentes nos serviços de urgência, muitas vezes superior à capacidade dos serviços. Este desequilíbrio gera pressão adicional sobre os enfermeiros triadores, que devem garantir uma avaliação rápida e precisa, mesmo em contextos de sobrecarga e sobrelotação (Hermida et al., 2017).

A ambiguidade ou inespecificidade das queixas relatadas pelos doentes constitui também uma limitação significativa. Quando os doentes não conseguem descrever adequadamente os seus sintomas, a escolha do fluxograma e do discriminador mais apropriado pode tornar-se complexa, o que aumenta o risco de erros na classificação da prioridade clínica (Costa et al., 2022; Essa et al., 2023; Jala et al., 2023). Durante este processo, os profissionais analisam informações frequentemente incompletas, sob condições de pressão temporal e incerteza, e recorrem a estratégias mentais como a cognição analítica, a intuição e a aplicação de algoritmos clínicos. Este contexto favorece a utilização de heurísticas cognitivas — atalhos mentais que auxiliam na decisão, mas que também podem induzir a erros de julgamento (Egoda Kapuralalage et al., 2025; Jala et al., 2023).

Adicionalmente, muitos enfermeiros relatam sentir-se desvalorizados quando a sua decisão em triagem é posteriormente questionada por outros profissionais, nomeadamente médicos, o que pode gerar sentimentos de insegurança ou frustração (Costa et al., 2022). A falta de literacia em saúde por parte dos doentes também contribui para esse cenário, uma vez que muitos não compreendem os critérios do STM, o que os leva a descredibilizar a atuação do enfermeiro triador (Oliveira et al., 2022).

Outro desafio prende-se com a formação específica para o exercício da triagem. Embora os enfermeiros recebam formação inicial sobre o STM, esta não é considerada suficiente para garantir competência plena na avaliação clínica (Azevedo et al., 2023). Neste

contexto, a experiência prática acumulada e a formação contínua assumem um papel determinante no desenvolvimento das competências necessárias à tomada de decisão clínica adequada.

A experiência profissional no contexto do SU influencia significativamente a qualidade da triagem realizada. Azevedo et al. (2023) demonstram que competências como o pensamento crítico, a confiança na própria prática clínica e a intuição são adquiridas progressivamente com o tempo de serviço. Assim, enfermeiros com menor experiência tendem a enfrentar maiores dificuldades na identificação de sinais subtis ou na correta interpretação dos sintomas relatados pelos doentes (Egoda et al., 2025; Levis-Elmelech et al., 2022).

Entre as áreas clínicas que colocam desafios acrescidos à triagem destaca-se a oftalmologia. A falta de domínio entre o conhecimento teórico e a prática clínica, pode conduzir a erros na atribuição de prioridade (Chen et al., 2023). Este risco é particularmente relevante em situações de sintomas que não são diretamente observáveis pelo enfermeiro triador, como a perda súbita de visão, frequentemente desvalorizada face a manifestações mais evidentes como olho vermelho ou lacrimejo (Chen et al., 2023). A ausência de algoritmos clínicos específicos para determinadas queixas, agrava as dificuldades associadas à correta priorização destes casos (Bijani & Khaleghi, 2019). Esta limitação estrutural contribui para uma abordagem não padronizada e, em alguns casos, tardia, perante quadros clínicos críticos como a OACR. Neste sentido, Somes (2023) sublinha que a disponibilização de formação específica e a integração de algoritmos clínicos mais robustos são estratégias essenciais para reforçar a segurança clínica e a adequação na triagem de situações de perda súbita de visão.

Apesar das dificuldades identificadas, os enfermeiros referem, de forma geral, sentir-se confiantes na execução da triagem, sobretudo quando dispõem de formação específica e experiência clínica acumulada. A valorização da formação contínua, a comunicação eficaz com os utentes e o reforço da segurança no local de trabalho são, por isso, medidas essenciais para mitigar os constrangimentos vivenciados na prática (Ferreira & Baptista, 2024).

O papel do enfermeiro na Triagem de Manchester

No STM, o enfermeiro assume um papel central na tomada de decisão clínica, é responsável por interpretar os sintomas apresentados, aplicar os algoritmos de triagem e atribuir a categoria de prioridade correspondente (Mackway-Jones et al., 2014). Segundo

Costa et al. (2022), a atuação do enfermeiro na triagem exige um elevado grau de discernimento clínico, conhecimento técnico e capacidade de comunicação, uma vez que é realizada numa fase precoce do contacto com o doente, muitas vezes com informação limitada. O sucesso do STM depende, assim, da competência do profissional que o aplica.

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, o EE possui competências acrescidas que o habilitam a tomar decisões clínicas complexas, fundamentadas na melhor evidência científica, com autonomia e responsabilidade profissional diferenciadas.

No contexto da triagem em serviços de urgência, estas competências são particularmente relevantes, uma vez que a avaliação inicial do doente e a atribuição de prioridade implicam juízos clínicos rápidos, seguros e tecnicamente sustentados.

A Ordem dos Enfermeiros (2018) estabelece que o EE detém competências diferenciadas para a tomada de decisão em contextos de elevada complexidade. Considerando que a TM constitui um processo clínico que exige avaliação rápida, interpretação sintomática e gestão do risco, a formação diferenciada pode constituir um fator potenciador da precisão na priorização, particularmente em situações com potencial gravidade, como a perda súbita de visão.

Face ao exposto, a perda súbita de visão constitui uma emergência clínica cuja gravidade exige identificação precoce e rigorosa em contexto de triagem. Neste enquadramento, justifica-se aprofundar o conhecimento acerca das perceções dos enfermeiros relativamente ao reconhecimento e à valorização desta condição no momento da triagem, com vista à promoção de práticas mais eficazes e seguras.

3.MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo adota uma abordagem qualitativa, de natureza exploratória descritiva, apropriada para compreender em profundidade as percepções dos enfermeiros sobre o reconhecimento de sintomas de perda súbita de visão durante a aplicação do STM em contexto de urgência.

A investigação qualitativa permite explorar experiências, interpretações e significados atribuídos pelos profissionais à sua prática clínica, constituindo uma abordagem particularmente adequada para temáticas ainda pouco exploradas na literatura ou com forte componente subjetiva e decisória (Minayo, 2012; Polit & Beck, 2008).

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída por todos os enfermeiros em exercício num SU de uma ULS do Norte de Portugal com valência de urgência oftalmológica em funcionamento de segunda a sexta-feira, no período diurno. Atendendo ao número elevado de profissionais e metodologia adotada, a amostra foi do tipo intencional, composta por enfermeiros com diferentes níveis de formação e experiência profissional em triagem, selecionados com base na relevância da sua experiência clínica aonde foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: enfermeiros que realizam a TM há mais de um ano, com formação e prática regular na aplicação do STM e com contacto, prévio, com casos de queixas de perda súbita ou alterações visuais agudas em contexto de triagem. Como critério de exclusão, consideraram-se os profissionais que apesar de exercerem funções no SU não desempenham o papel de triador de forma ativa, bem como os ausentes do serviço por licenças. Os participantes foram selecionados de modo a incluir enfermeiros licenciados e especialistas em diferentes áreas da enfermagem, com diferentes anos de experiência em SU, permitindo uma visão plural e contextualizada.

O número total de participantes que foi possível reunir no *focus group* foi de 10 enfermeiros. Embora esta amostragem intencional não permita inferência estatística, a seleção deliberada de enfermeiros com experiência relevante em SU, e percepção clínica consolidada permitiu enriquecer a análise interpretativa dos dados, e reforça a validade interna do estudo (Patton, 2014). A idade dos participantes variou entre os 32 e os 62 anos, com uma média de 41 anos. O tempo de exercício profissional situou-se entre 5 e 40 anos, e a

experiência em triagem variou entre 5 e 18 anos, correspondente ao período desde a implementação do sistema no serviço. No que respeita à formação académica, todos os enfermeiros possuíam licenciatura em Enfermagem, e cinco detêm formação especializada com Mestrados na área da Enfermagem, o que reflete uma amostra heterogénea e representativa dos diferentes níveis de experiência clínica. Verificou-se ainda que a totalidade dos participantes referiu ter tido contacto prévio com situações de perda súbita de visão em contexto de triagem, cumprindo na totalidade os critérios de inclusão. Os principais dados sociodemográficos e profissionais encontram-se apresentados na Tabela 1.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

Código	Idade (anos)	Género	Tempo de serviço (anos)	Formação complementar	Experiência em TM (anos)
E1	35	Masculino	11	Licenciatura	11
E2	32	Feminino	9	Licenciatura	7
E3	34	Feminino	12	MEMCPSCT	6
E4	46	Masculino	25	Licenciatura	18
E5	62	Feminino	40	MESMP	18
E6	40	Feminino	16	MEESCP	15
E7	37	Feminino	8	MEMCPSCT	7
E8	42	Feminino	11	MEMCPSCT	10
E9	35	Masculino	8	Licenciatura	8
E10	32	Masculino	5	Licenciatura	5

Nota: TM = Triagem de Manchester; MEMCPSCT = Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica; MESMP = Mestrado em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica; MEESCP = Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Pública.

3.3 PERÍODO DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados foi realizada no dia 2 de outubro de 2025 através de um *focus group* com duração aproximada de 60 minutos.

A sessão foi gravada, após assinatura de consentimento livre e esclarecido, garantindo-se o anonimato, a confidencialidade e a voluntariedade da participação.

3.4 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O Instrumento de Recolha de Dados (IRD) utilizado neste estudo foi desenvolvido especificamente para responder aos objetivos da investigação. Dada a escassez de instrumentos validados sobre esta temática específica, a construção do IRD (Apêndice V), foi orientada por uma revisão exploratória da literatura disponível, bem como por recomendações metodológicas próprias da investigação qualitativa, nomeadamente no domínio da entrevista semiestruturada. O IRD seguiu uma abordagem de validação de

conteúdo e de validade aparente, conforme proposto por autores como Flick (2018) e Patton (2014), e foram assegurados os seguintes procedimentos:

1. Fundamentação teórica prévia: A estrutura do guião foi sustentada por estudos sobre triagem oftalmológica, raciocínio clínico em situações de urgência e diretrizes relacionadas à identificação precoce de sintomas visuais agudos, apesar da escassa literatura diretamente relacionada com a perda súbita de visão. Esta base permitiu definir áreas temáticas essenciais para a recolha de dados.

2. Consulta a peritos (júri de especialistas): O IRD foi submetido à apreciação crítica de um painel de três peritos. A seleção deste painel decorreu de uma amostragem intencional por critérios (Patton, 2014). O grupo foi constituído por 3 enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, auditores internos do STM de um hospital do Norte de Portugal com urgência de oftalmologia, e com experiência em triagem e metodologia qualitativa. Os especialistas avaliaram a clareza, pertinência, adequação temática e sequência lógica das perguntas. Com base nas suas sugestões, foram realizadas reformulações pontuais para melhorar a fluidez e foco das questões.

3. Pré-teste (piloto): Foi realizado um pré-teste com dois profissionais de enfermagem com perfil semelhante ao da amostra. Este ensaio permitiu testar a compreensibilidade do instrumento, a duração da entrevista e a relevância dos tópicos abordados. A partir deste piloto, foram efetuados ajustes mínimos para aprimorar a clareza das instruções e a ordem das perguntas. Os dados recolhidos no pré-teste foram descartados.

4. Adequação metodológica (abordagem qualitativa): O IRD assumiu a forma de um guião semiestruturado, permitiu uma abordagem flexível, aberta à emergência de significados, e adequada à natureza exploratória e interpretativa do estudo.

Desta forma, assegurou-se que o IRD apresentou validade de conteúdo adequada ao contexto e aos objetivos da investigação, respeitando os critérios de rigor metodológico em estudos qualitativos.

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo respeitou integralmente os princípios éticos e deontológicos inerentes à prática profissional de enfermagem. A investigação salvaguarda o respeito pela dignidade, autonomia, integridade e privacidade dos participantes, assegurou o anonimato, a confidencialidade dos dados e a voluntariedade da participação.

O estudo foi aprovado pela Comissão de ética da instituição hospitalar. O estudo foi avaliado e aprovado pela Comissão de Ética da ULS, onde foi desenvolvido (Anexo X),

garantindo o cumprimento dos princípios éticos e científicos necessários à investigação. A recolha de dados foi precedida da assinatura de um termo de consentimento informado livre e esclarecido (Apêndice VI), e todos os procedimentos adotados estão alinhados com os princípios consagrados na Declaração de Helsínquia e na Convenção de Oviedo.

3.6 PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO DE DADOS

A análise dos dados foi realizada com recurso à técnica de análise de conteúdo temática, conforme proposta por Bardin (2011). A fim de garantir o rigor metodológico e a credibilidade dos resultados, a análise de conteúdo foi conduzida de forma sistemática, e fiel às narrativas dos participantes. Foram cumpridas as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, assegurando coerência entre os dados e as interpretações produzidas. A codificação foi realizada manualmente, com base em unidades de registo concretas, por forma a evitar a imposição de significados externos. As categorias e subcategorias emergiram de forma indutiva, a partir dos dados obtidos. A codificação foi conduzida pelo investigador e orientadora científica de forma independente, garantindo validação cruzada e triangulação analítica. As categorias emergentes foram discutidas à luz dos objetivos do estudo, o que assegurou o rigor metodológico e coerência interpretativa.

Complementarmente, a análise foi validada com base nos critérios de confiança propostos por Lincoln & Guba (1985): credibilidade, transferibilidade, dependabilidade e confirmabilidade.

A credibilidade foi reforçada através da triangulação de investigadores e da validação junto dos participantes (*member checking*). Foram apresentadas as categorias e subcategorias aos entrevistados, de modo a confirmar se as interpretações realizadas refletiam adequadamente as suas perceções. Esta partilha contribuiu para assegurar a autenticidade e fidelidade face às narrativas originais, e garantiu consenso interpretativo ao discurso dos participantes.

A transferibilidade foi assegurada mediante a descrição detalhada do contexto do estudo, das características dos participantes e das condições de recolha de dados, o que permite a compreensão e aplicabilidade dos resultados a contextos semelhantes.

A dependabilidade foi garantida pela manutenção de um registo sistemático de todas as etapas do processo analítico, desde a transcrição até à interpretação final, o que assegurou rastreabilidade e coerência interna. Por fim, a confirmabilidade foi mantido um exercício contínuo de autorreflexão sobre o papel e possíveis preconceções do investigador, reconhecendo o seu envolvimento com o fenómeno estudado, de modo a minimizar

enviesamentos interpretativos e garantir que as conclusões resultam diretamente dos dados e da sua relação com o referencial teórico.

Este processo de análise permitiu construir uma compreensão estruturada e fundamentada das percepções dos enfermeiros sobre o fenómeno em estudo, e garantiu que as categorias resultantes emergiram de forma fiel e consistente a partir dos dados recolhidos.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise temática das entrevistas, realizada segundo a metodologia de Bardin, permitiu identificar sete categorias que refletem as percepções dos enfermeiros relativamente ao reconhecimento da perda súbita de visão em contexto de TM.

Os resultados são apresentados de acordo com os objetivos do estudo, através de categorias e subcategorias emergentes, ilustradas por excertos representativos dos discursos.

O primeiro objetivo do estudo, pretende analisar o grau de sensibilização dos enfermeiros para os sinais clínicos de perda súbita de visão e compreender a importância atribuída ao seu reconhecimento precoce, e deste objetivo, emergiram duas categorias principais: Compreensão e valorização da perda súbita de visão e Critérios e indicadores usados na tomada de decisão.

Compreensão e valorização da perda súbita de visão

Os enfermeiros reconhecem a perda súbita de visão como uma situação clínica urgente, associada à necessidade de uma resposta rápida em contexto de triagem. Esta categoria integra quatro subcategorias: definição e caracterização da perda súbita de visão, valorização clínica e percepção de gravidade, impacto do reconhecimento precoce no tratamento e significado atribuído à prioridade clínica conforme apresentado na Tabela 2.

Definição e caracterização da perda súbita de visão

Os enfermeiros descrevem a perda súbita de visão como uma alteração visual abrupta e inesperada, destacaram a importância do início dos sintomas para a avaliação em contexto de triagem. Esta percepção é ilustrada pelas seguintes unidades de registo: “*A perda súbita é quando a pessoa chega e diz: ‘De um momento para o outro deixei de ver’*” (E1) e “*Pergunto sempre se foi de um momento para o outro ou se já via mal*” (E2). Alguns participantes referem ainda estratégias de avaliação inicial, nomeadamente a distinção entre visão monocular e binocular e a duração dos sintomas “*Avalio se consegue ver com um olho, depois com o outro, e percebo há quanto tempo tem a perda*” (E3).

Valorização clínica e percepção de gravidade

No discurso dos participantes, a perda súbita de visão é reconhecida como uma situação clinicamente relevante, e associam esta condição à necessidade de uma resposta rápida em contexto de triagem. Esta valorização é frequentemente justificada pela possibilidade de reversibilidade da condição quando a intervenção ocorre de forma atempada, como expresso por um dos enfermeiros: “*É muito importante, porque podemos estar perante uma situação reversível*” (E2). Contudo, emergem também percepções de variabilidade na

valorização clínica entre profissionais, e foi referida tendência de alguns enfermeiros para atribuir maior relevância a outros sinais ou sintomas como a dor ou o rubor como evidenciado por *“Alguns colegas tendem a valorizar mais a dor ou o rubor do que a perda de visão”* (E9).

Impacto do reconhecimento precoce no tratamento

Os participantes referem que o reconhecimento precoce da perda súbita de visão pode influenciar diretamente a evolução clínica do doente e o sucesso do tratamento. Esta ideia é expressa nas seguintes afirmações: *“O reconhecimento precoce pode permitir um tratamento eficaz”* (E1) e *“Se for reconhecido rapidamente, pode significar recuperação total ou não”* (E5).

Significado atribuído à prioridade clínica

Relativamente à atribuição de prioridade na TM, a maioria dos enfermeiros refere classificar os casos como uma situação prioridade muito urgente (laranja): *“Quando é súbito, atribuo laranja”* (E2), *“Se foi repentino, merece atendimento mais rápido”* (E10).

Tabela 2

Compreensão e valorização da perda súbita de visão

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo
Compreensão e valorização da perda súbita de visão	Definição e caracterização da perda súbita de visão	“A perda súbita é quando a pessoa chega e diz: ‘De um momento para o outro deixei de ver’” (E1). “Pergunto sempre se foi de um momento para o outro ou se já via mal” (E2). “Avalio se consegue ver com um olho, depois com o outro, e percebo há quanto tempo tem a perda” (E3).
	Valorização clínica e percepção de gravidade	“Deveria ter mais importância do que tem efetivamente” (E1). “É muito importante, porque podemos estar perante uma situação reversível” (E2). “Reconhecer rapidamente é essencial, pode fazer diferença no tratamento” (E8). “Alguns colegas tendem a valorizar mais a dor ou o rubor do que a perda de visão” (E9).
	Impacto do reconhecimento precoce no tratamento	“O reconhecimento precoce pode permitir um tratamento eficaz” (E1). “É importante, porque influencia o início do tratamento hiperbárico” (E4). “Se for reconhecido rapidamente, pode significar recuperação total ou não” (E5).
	Significado atribuído à prioridade clínica	“Quando é súbito, atribuo laranja” (E2). “Dou prioridade alta, é um laranja” (E5). “Se foi repentino, merece atendimento mais rápido” (E10).

Critérios e indicadores usados na tomada de decisão

A tomada de decisão dos enfermeiros em contexto de triagem é orientada por múltiplos critérios clínicos. Estes critérios estruturam-se em quatro subcategorias: tempo de evolução da queixa, sintomas associados e fatores agravantes, avaliação visual prática e raciocínio clínico sustentado na experiência profissional conforme apresentado na tabela 3.

Tempo de evolução da queixa

O tempo de evolução dos sintomas é referido pelos participantes como o critério mais determinante na atribuição prioridade clínica. Esta perceção é evidenciada nos discursos: *“O tempo de início é o que mais valorizo, se foi de repente ou há dias”* (E2) e *“Pergunto sempre há quanto tempo começou e se foi súbito”* (E7).

Sintomas associados e fatores agravantes

A presença de sintomas associados emerge como um elemento orientador na tomada de decisão. Os enfermeiros referem valorizar sinais como dor ocular, diplopia, história de trauma ou antecedentes clínicos relevantes, nomeadamente doenças crónicas. Estes aspetos são considerados determinantes para o grau de prioridade atribuído, como ilustrado por *“Se houver dor, trauma ou alteração súbita, considero laranja”* (E6) e *“Quando há dor ou visão dupla, atribuo maior prioridade”* (E8).

Avaliação visual prática e observação clínica

Os participantes descrevem a utilização de estratégias de avaliação visual prática como suporte imediato à decisão em contexto de triagem. Entre estas estratégias destacam-se a avaliação da visão monocular e binocular, a capacidade de focar objetos e a observação de alterações visíveis no olho. Estas práticas são ilustradas por expressões como *“Peço para tapar um olho e depois o outro, para perceber se é unilateral”* (E6) e *“Observo se há vermelhidão ou alteração visível no olho”* (E5).

Uso do raciocínio clínico e experiência profissional

Alguns enfermeiros salientam a importância do raciocínio clínico sustentado na experiência profissional, referindo que esta permite identificar situações urgentes mesmo quando o STM não oferece orientação específica por discriminadores: *“A experiência ajuda muito na tomada de decisão, mesmo que o Manchester não seja claro”* (E9).

Tabela 3*Crítérios e indicadores usados na tomada de decisão*

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo
Crítérios e indicadores usados na tomada de decisão	Tempo de evolução da queixa	“O tempo de início é o que mais valorizo, se foi de repente ou há dias” (E2). “Pergunto sempre há quanto tempo começou e se foi súbito” (E7).
	Sintomas associados e fatores agravantes	“Se houver dor, trauma ou alteração súbita, considero laranja” (E6). “Quando há dor ou visão dupla, atribuo maior prioridade” (E8). “Valorizo se tem antecedentes, diabetes ou hipertensão” (E10).
	Avaliação visual prática e observação clínica	“Peço para tapar um olho e depois o outro, para perceber se é unilateral” (E6). “Tento sempre confirmar se o doente consegue focar objetos” (E1). “Observo se há vermelhidão ou alteração visível no olho” (E5).
	Uso do raciocínio clínico e experiência profissional	“Com a experiência já conseguimos perceber quando é algo mais urgente” (E4). “A experiência ajuda muito na tomada de decisão, mesmo que o Manchester não seja claro” (E9). “Nem sempre o algoritmo ajuda, é preciso pensar clinicamente” (E8).

O segundo objetivo do estudo consistiu em identificar as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na distinção entre perda súbita de visão e perda progressiva de acuidade visual. Para responder a este objetivo emergiram três categorias centrais: Dificuldades na identificação e distinção de sintomas, Limitações do Sistema de Triagem de Manchester e Falta de recursos e apoio institucional.

Dificuldades na identificação e distinção de sintomas

Os resultados evidenciam dificuldades significativas na identificação e distinção da perda súbita de visão em contexto de triagem. Esta categoria integra quatro subcategorias: comunicação e expressão do doente, subjetividade da queixa e dificuldade de distinção clínica, limitações temporais e pressão do contexto da triagem, e falta de instrumentos e orientação específica, conforme apresentado na tabela 4.

Comunicação e expressão do doente

Os participantes relataram que muitos doentes comunicam de forma pouco clara e apresentam limitações na expressão dos sintomas ou não reconhecem a gravidade da situação, o que dificulta a compreensão da queixa por parte do enfermeiro. Esta dificuldade é

ilustrada por expressões como *“Os doentes descrevem de forma confusa, é preciso questionar várias vezes”* (E9) e *“As pessoas não têm noção da gravidade e não sabem explicar desde quando deixaram de ver”* (E7). Estes aspetos reforçam a complexidade da avaliação em situações em que a informação fornecida pelo doente é incompleta ou imprecisa.

Subjetividade da queixa e dificuldade de distinção clínica

A subjetividade inerente à queixa visual surge como um fator adicional que compromete a distinção entre perda súbita e diminuição progressiva da visão. Os enfermeiros referem a necessidade de aprofundar a avaliação para clarificar a natureza e o grau da alteração visual, reconhecem que, em alguns casos, a perceção inicial do doente não corresponde à gravidade clínica efetiva: *“É difícil perceber, temos de esmiuçar a queixa”* (E1) *“Há situações em que o doente diz que não vê nada, mas depois percebe-se que é só diminuição da acuidade visual”* (E4).

Limitações temporais e pressão do contexto da triagem

O contexto da triagem, caracterizado por elevada pressão e limitação de tempo, é identificado como um constrangimento à avaliação adequada da perda visual. Os participantes referem que o tempo disponível é frequentemente insuficiente para explorar de forma aprofundada a história clínica, nomeadamente no que respeita à evolução temporal dos sintomas: *“Na triagem temos pouco tempo, e é preciso gastar mais para perceber se é súbito ou progressivo”* (E1). Esta limitação pode comprometer a distinção entre situações muito urgentes e não urgentes.

Falta de instrumentos e orientação específica

Os enfermeiros apontam ainda a ausência de instrumentos e orientações específicas no STM que permitam distinguir de forma clara a natureza da perda visual: *“Na Manchester não tem questões que nos ajudem a distinguir se é súbito ou progressivo”* (E4).

Tabela 4

Dificuldades na identificação e distinção de sintomas

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo
Dificuldades na identificação e distinção de sintomas	Comunicação e expressão do doente	“O doente não é capaz de exprimir-se; é difícil avaliar o grau de perda visual” (E6). “As pessoas não têm noção da gravidade e não sabem explicar desde quando deixaram de ver” (E7). “Os doentes descrevem de forma confusa, é preciso questionar várias vezes” (E9).
	Subjetividade da queixa e dificuldade de distinção clínica	“É difícil perceber, temos de esmiuçar a queixa” (E1). “Muitas vezes não é claro, é preciso avaliar melhor a queixa e gastar mais tempo” (E6).

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo
		“Há situações em que o doente diz que não vê nada, mas depois percebe-se que é diminuição da acuidade visual” (E4).
	Limitações temporais e pressão do contexto da triagem	“Na triagem temos pouco tempo, e é preciso gastar mais para perceber se é súbito ou progressivo” (E1). “O tempo é um fator que condiciona, não conseguimos explorar a história como devíamos” (E8).
	Falta de instrumentos e orientação específica	“O algoritmo é muito geral e pode deixar passar despercebido um problema mais grave” (E10). “Não há nada escrito ou protocolo que nos ajude nestas situações” (E6). “Na Manchester não tem questões que nos ajudem a distinguir se é súbito ou progressivo” (E4).

Limitações do Sistema de Triagem de Manchester

Os participantes identificam limitações do STM no reconhecimento da perda súbita de visão, integrando duas subcategorias: falta de especificidade para queixas oftalmológicas e dependência da interpretação individual do enfermeiro, consoante ilustrado na tabela 5.

Falta de especificidade para queixas oftalmológicas

Os enfermeiros referem que o STM apresenta limitações na avaliação de queixas oftalmológicas, consideram que os algoritmos existentes são demasiado genéricos para permitir uma diferenciação clara entre perda súbita e perda progressiva da visão. Esta percepção é expressa nos discursos: “*O algoritmo é muito geral para problemas visuais*” (E10) e “*O Manchester não diferencia bem entre perda súbita e progressiva*” (E4).

Dependência da interpretação individual do enfermeiro

Adicionalmente os enfermeiros indicaram que a limitação do sistema conduz a uma maior dependência da experiência e interpretação individual do enfermeiro, o que pode originar variabilidade na atribuição de prioridades. Esta dependência é ilustrada por afirmações como “*Depende muito de quem faz a triagem*” (E1) e “*A decisão varia conforme a experiência de quem está*” (E4).

Tabela 5

Limitações do sistema de Triagem de Manchester

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo
Limitações do STM	Falta de especificidade para queixas oftalmológicas	“O algoritmo é muito geral para problemas visuais” (E10). “O Manchester não diferencia bem entre perda súbita e progressiva” (E4).
	Dependência da interpretação individual do enfermeiro	“Depende muito de quem faz a triagem” (E1). “A decisão varia conforme a experiência de quem está” (E4).

Falta de recursos e apoio institucional

A falta de recursos e apoio institucional emerge como uma categoria, e refletem constrangimentos de natureza organizacional e estrutural que condicionam a abordagem da perda súbita de visão. Esta categoria integra três subcategorias: inexistência de protocolos específicos, falta de articulação com o serviço de oftalmologia e limitações estruturais e de suporte institucional, conforme apresentado na tabela 6.

Ausência de protocolos específicos

Os enfermeiros relataram inexistência de protocolos ou orientações formais para a abordagem da perda súbita de visão. Esta lacuna é ilustrada por afirmações como: “*Não existe protocolo para perda súbita de visão*” (E1), e “*Falta um guia de atuação específico, como existe para o AVC*” (E7).

Falta de articulação com o serviço de oftalmologia

A dificuldade de articulação entre os serviços surge como outro constrangimento relevante. Os participantes referem limitações no contacto direto com o serviço de oftalmologia após o encaminhamento do doente. Esta situação é evidenciada por “*Nem sempre há contacto direto com oftalmologia*” (E6) e “*Encaminhamos para a oftalmologia e o enfermeiro perde o seguimento*” (E5).

Limitações estruturais e falta de suporte institucional

Os discursos dos participantes evidenciam igualmente limitações ao nível dos recursos materiais, humanos e do suporte institucional disponível. É referida a ausência de equipamentos adequados para a avaliação visual, bem como a falta de apoio institucional às decisões tomadas em contexto de triagem. Estas limitações são ilustradas por “*Não temos apoio nem meios para avaliar a visão adequadamente*” (E4) e “*Falta suporte institucional para este tipo de situações*” (E9).

Tabela 6

Falta de recursos e apoio institucional

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo
Falta de recursos e apoio institucional	Inexistência de protocolos específicos	“Não existe protocolo para perda súbita de visão” (E1). “Não há orientação definida para atuar nestas situações” (E6). “Falta um guia de atuação específico, como existe para o AVC” (E7).
	Falta de articulação com o serviço de oftalmologia	“Nem sempre há contacto direto com oftalmologia” (E6). “Encaminhamos para a oftalmologia e o enfermeiro perde o seguimento” (E5).

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registro
		“Devia haver uma orientação comum entre serviços” (E7).
	Limitações estruturais e falta de suporte institucional	“Não temos apoio nem meios para avaliar a visão adequadamente” (E4). “Falta suporte institucional para este tipo de situações” (E9). “A decisão/responsabilidade é do enfermeiro” (E3).

Relativamente ao terceiro objetivo, que procurou analisar a influência dos níveis de formação académica e profissional na abordagem clínica dos enfermeiros, emergiu a categoria Formação e competências do enfermeiro.

Formação e competências do enfermeiro

Os participantes reconhecem o impacto e influencia da formação e competência individual do enfermeiro na aplicação da TM. Esta categoria é composta por três subcategorias: impacto da formação académica, influência da experiência profissional e influência da formação especializada como apresentado na tabela 7.

Impacto da formação académica na abordagem clínica

Os participantes demonstraram uma perceção de insuficiência formativa na área específica de oftalmologia, refletida em expressões como “*Nunca tivemos formação específica sobre perda súbita de visão*” (E4) e “*A formação é muito centrada no trauma e não na parte visual*” (E8). Esta perceção revela que a ausência de conteúdos dirigidos à avaliação de queixas visuais limita os enfermeiros na identificação de sinais de alarme.

Influência da experiência profissional na decisão

A experiência profissional foi identificada como um fator determinante no desenvolvimento do raciocínio clínico e na tomada de decisão na TM perante queixas visuais. Os enfermeiros referem que o tempo de prática contribui para uma maior capacidade de reconhecimento de situações potencialmente graves, mesmo na ausência de orientações claras no STM. Esta perceção é ilustrada por expressões como “*Com a experiência conseguimos perceber melhor o que é urgente*” (E4) e “*A experiência ajuda muito na tomada de decisão, mesmo que o Manchester não seja claro*” (E9).

Influência dos níveis de formação e especialização na abordagem clínica

Os participantes destacam ainda que os níveis de formação e especialização influenciam a abordagem clínica face às queixas visuais. Os enfermeiros com formação especializada destacaram apresentar maior sensibilidade clínica e capacidade de análise

crítica, como evidenciado por “*Os especialistas têm outra sensibilidade clínica*” (E6) e “*Quem já fez o curso de especialista tende a valorizar mais estas queixas*” (E1).

Tabela 7

Formação e competências do enfermeiro

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo
Formação e competências do enfermeiro	Impacto da formação académica na abordagem clínica	“Nunca tivemos formação específica sobre perda súbita de visão” (E4). “Se houvesse formação nesta área, seria mais fácil identificar estes casos” (E7). “A formação é muito centrada no trauma e não na parte visual” (E8).
	Influência da experiência profissional na decisão	“Com a experiência conseguimos perceber melhor o que é urgente” (E4). “A experiência ajuda muito na tomada de decisão, mesmo que o Manchester não seja claro” (E9). “Quem tem mais tempo de triagem reconhece logo o que pode ser grave” (E3).
	Influência dos níveis de formação e especialização na abordagem clínica	“Os especialistas têm outra sensibilidade clínica” (E6). “Quem já fez o curso de especialista tende a valorizar mais estas queixas” (E1). “Nem todos têm a mesma formação, e isso nota-se na triagem” (E8).

Embora não prevista inicialmente nos objetivos específicos do estudo, emergiu uma última categoria, refletindo contributos inesperados e *insights* complementares à compreensão do fenómeno em análise. Estes resultados oferecem uma perspetiva adicional sobre as perceções dos enfermeiros, e reforçam dimensões importantes da prática de triagem que, embora não fossem o foco primário da investigação, contribuem para uma interpretação mais ampla e aprofundada dos achados.

Propostas de melhoria e estratégias futuras

Os participantes apresentaram sugestões orientadas para a otimização da triagem de queixas visuais, relativamente às limitações identificadas. Esta categoria integra quatro subcategorias: criação de protocolos e fluxogramas específicos, formação contínua, implementação de simulação clínica e supervisão, e valorização do papel do enfermeiro triador como apresentado na tabela 8.

Criação de protocolos e fluxogramas específicos

Os participantes destacam a necessidade de desenvolver instrumentos orientadores estruturados, nomeadamente protocolos e fluxogramas específicos para a abordagem da perda súbita de visão. Estas ferramentas são percecionadas como facilitadoras da tomada de decisão e da uniformização de critérios na triagem, sendo frequentemente

comparadas a modelos existentes para outras situações tempo-dependentes: *“Era importante haver um protocolo específico para perda súbita de visão”* (E1) e *“Fazia falta um fluxograma com orientações, como temos no AVC”* (E6).

Formação contínua e atualização periódica

Os participantes referiram igualmente a importância de formação contínua como uma estratégia fundamental para uniformizar a tomada de decisão na triagem. Esta necessidade é expressa por: *“Devíamos ter formação regular sobre este tipo de situações”* (E5); *“A atualização ajudava a todos termos o mesmo critério”* (E9).

Implementação de simulação clínica e supervisão

Para além da formação teórica, os enfermeiros referem a simulação como estratégia essencial para treinar a resposta a situações críticas *“A simulação ajudava-nos a perceber melhor a gravidade”* (E3) e *“A supervisão ajudava a corrigir erros e uniformizar critérios”* (E9).

Valorização do papel do enfermeiro triador

Os discursos evidenciam ainda a necessidade de maior reconhecimento profissional e institucional do papel do enfermeiro triador, reconhecendo-o como elemento central na segurança do doente, conforme ilustrado por *“O triador é a primeira linha de segurança do doente”* (E8) e *“Devia haver mais reconhecimento do trabalho do triador”* (E7).

Tabela 8

Propostas de melhoria e estratégias futuras

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo
Propostas de melhoria e estratégias futuras	Criação de protocolos e fluxogramas específicos	<i>“Era importante haver um protocolo específico para perda súbita de visão”</i> (E1). <i>“Fazia falta um fluxograma com orientações, como temos no AVC”</i> (E6). <i>“Se houvesse algo escrito, a decisão seria mais uniforme”</i> (E7).
	Formação contínua e atualização periódica	<i>“Devíamos ter formação regular sobre este tipo de situações”</i> (E5). <i>“Devíamos ter reciclagens periódicas sobre triagem”</i> (E5). <i>“A formação é essencial para melhorar a triagem”</i> (E8). <i>“A atualização ajudava a todos termos o mesmo critério”</i> (E9).
	Implementação de simulação clínica e supervisão	<i>“A simulação ajudava-nos a perceber melhor a gravidade”</i> (E3). <i>“A supervisão ajudava a corrigir erros e uniformizar critérios”</i> (E9).
	Valorização do papel	<i>“O enfermeiro tem um papel fundamental na decisão”</i>

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo
	do enfermeiro triador	(E1). “Devia haver mais reconhecimento do trabalho do triador” (E7). “O triador é a primeira linha de segurança do doente” (E8).

5. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam que os enfermeiros reconhecem a perda súbita de visão como um sinal clínico potencialmente grave, e valorizam particularmente o tempo de instalação dos sintomas como critério central para a atribuição de prioridade em contexto de TM. Os participantes identificam-na como um sintoma abrupto, inesperado e potencialmente reversível. Esta percepção está em consonância com a literatura que descreve a perda visual aguda como uma emergência médica dependente de intervenção precoce, dada a reduzida janela terapêutica associada a diagnósticos como a OACR (Hayreh, 2011; Schrag et al., 2015; Webb, 2023).

A maioria dos participantes referiu atribuir prioridade muito urgente (laranja) em situações de perda visual súbita, tal como preconizado por Mackway-Jones et al., (2014).

Apesar desta consciência clínica, os resultados revelam variabilidade na valorização da queixa visual, com tendência para subvalorização da perda da acuidade visual quando comparada com sintomas mais visíveis, como dor ou rubor ocular. Este achado é consistente com evidência científica, que demonstra discrepâncias na priorização de queixas oftalmológicas entre enfermeiros e especialistas da área da oftalmologia (Chen et al., 2023).

A análise da segunda categoria revelou que os enfermeiros utilizam diversos critérios clínicos e indicadores de gravidade para orientar a tomada de decisão na triagem de doentes com queixas visuais. Entre os fatores mais valorizados destacam-se o tempo de evolução da queixa, a presença de sintomas associados, e a observação visual realizada no momento da avaliação. O tempo de início dos sintomas surge como o critério mais frequentemente referido pelos participantes, e que se revela determinante para a atribuição de prioridade. Os enfermeiros reconhecem a importância da janela temporal curta associada à perda súbita de visão, que exige encaminhamento rápido e decisão clínica imediata. Esta percepção está de acordo com a evidência científica, que salienta que a rapidez de evolução dos sintomas constitui o principal discriminador entre processos isquémicos e condições inflamatórias ou progressivas (Schrag et al., 2015; Somes, 2023). A ênfase colocada na súbita instalação como marcador de gravidade revela coerência com os princípios do STM, e reforça a capacidade dos enfermeiros em aplicar critérios clínicos adequados à situação.

A análise revelou ainda que os profissionais valorizam outros aspetos clínicos, como a presença de dor, diplopia, trauma ocular ou antecedentes de risco (diabetes, hipertensão, fibrilhação auricular), bem como elementos de natureza subjetiva,

nomeadamente o raciocínio clínico e a experiência profissional. Estes fatores são reconhecidos na literatura como indicadores relevantes da etiologia da perda visual (Agarwal, 2011; Biousse et al., 2018), e a sua integração na avaliação corrobora a perspetiva de Benner (1991), segundo a qual o desenvolvimento da competência clínica possibilita uma interpretação mais integrada e contextualizada em situações complexas ou ambíguas. Tal evidencia a adoção de uma abordagem integrativa na avaliação da queixa visual.

Os participantes também referiram a utilização de estratégias de avaliação prática, como o teste de cobertura ocular e a observação direta dos olhos, para confirmar a unilateralidade ou bilateralidade da perda visual. Como refere Schrag et al. (2015) avaliação sistemática deve iniciar-se com um exame da acuidade visual, mesmo que rudimentar (contar dedos, perceção de movimentos da mão ou presença de luz). Estas ações denotam autonomia e raciocínio clínico próprio, características fundamentais na prática do enfermeiro em contexto de urgência. Tal como sublinha a Ordem dos Enfermeiros (2018), a competência clínica do enfermeiro implica a capacidade de avaliar, julgar e decidir de forma autónoma e fundamentada.

A dificuldade em distinguir perda súbita de visão de perda visual progressiva constituiu uma das principais limitações identificadas pelos enfermeiros. Esta dificuldade tem sido descrita em estudos internacionais, os quais evidenciam que a natureza subjetiva da queixa visual, a variabilidade na descrição dos sintomas, as limitações comunicacionais dos doentes e a pressão temporal inerente ao contexto da urgência constituem barreiras à realização de uma triagem eficaz (Costa et al., 2022; Ferreira & Baptista, 2024; Somes, 2023). Estas dificuldades podem ainda ser agravadas por viéses cognitivos, que tendem a favorecer a valorização de sinais mais evidentes, como a dor e rubor, em detrimento de sintomas subjetivos como a perda de visão (Costa et al., 2022; Essa et al., 2023; Jala et al., 2023).

Paralelamente, emergem limitações estruturais do STM, nomeadamente a ausência de discriminadores específicos ou orientações detalhadas para diferentes manifestações visuais agudas e a consequente dependência da interpretação individual do enfermeiro. Embora o STM constitua uma ferramenta fundamental para a priorização clínica, a sua reduzida especificidade para queixas oftalmológicas, reconhecida pela DGS, pode contribuir para discrepâncias na atribuição de prioridade clínica e para potenciais atrasos na referenciação (Direção Geral da Saúde, 2018; Mackway-Jones et al., 2014).

Os resultados evidenciam ainda constrangimentos organizacionais, como inexistência de protocolos específicos, fraca articulação com a oftalmologia e insuficiente

suporte institucional, fatores que podem comprometer a continuidade dos cuidados e o prognóstico funcional do doente. Estas fragilidades têm sido descritas na literatura como determinantes de atrasos diagnósticos e terapêuticos em situações de perda visual aguda (Chen et al., 2023; Roskal-Walek et al., 2024).

Os participantes apontam ainda limitações nos recursos humanos e técnicos, referindo-se à ausência de equipamentos e de orientação específica para proceder fora da hora de atendimento da urgência de oftalmologia. Importa salientar que o Grupo Português de Triagem (GPT), enquanto entidade responsável pela implementação e supervisão do STM em Portugal, bem como os manuais técnicos do sistema, não estabelecem orientações específicas relativas aos encaminhamentos internos entre especialidades após a atribuição da prioridade clínica. A definição de circuitos internos, nomeadamente no que respeita ao encaminhamento para especialidades como Oftalmologia, depende de orientações organizacionais próprias de cada instituição. A Ordem dos Enfermeiros (2015a) através do regulamento do exercício profissional dos enfermeiros realça que cabe à gestão das instituições assegurar condições técnicas, humanas e organizacionais que permitam o exercício profissional com qualidade e segurança.

A influência da formação académica, experiência profissional e especialização mostrou-se particularmente relevante. Enfermeiros com maior experiência e formação diferenciada apresentaram maior confiança, sensibilidade clínica e capacidade de reconhecimento precoce da gravidade, enquanto profissionais menos experientes evidenciaram maior dependência do algoritmo do STM. Esta diferença é consistente com a perspetiva de Benner (1991), que descreve que profissionais em níveis iniciais de proficiência dependem sobretudo de regras, ao passo que os peritos mobilizam um julgamento clínico mais intuitivo, integrado e contextualizado. Estes resultados reforçam a importância da formação contínua e da diferenciação profissional para a qualidade da decisão clínica em triagem como defendido por Azevedo et al., (2023) e Levis-Elmelech et al., (2022). O Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, sustenta a importância das competências dos enfermeiros especialistas, e reconhece que estes detêm maior capacidade de interpretação clínica e de tomada de decisão autónoma.

As propostas de melhoria identificadas pelos participantes do estudo, como a criação de protocolos específicos, o reforço da formação contínua, e a utilização de simulação clínica apresentam potencial para promover maior uniformidade na tomada de decisão e reforçar a segurança do doente em contexto de urgência. A literatura suporta que estas intervenções formativas e instrumentos orientadores contribuem para a redução da

variabilidade na TM e para a diminuição de atrasos terapêuticos em situações tempo-dependentes, traduzem-se em ganhos mensuráveis para os doentes (Azevedo et al., 2023; Bresolin et al., 2022; Mackway-Jones et al., 2014; Roskal-Walek et al., 2024). Contudo, a sua implementação depende de condições organizacionais, da disponibilidade de recursos formativos e da integração de políticas institucionais de qualidade, pelo que os resultados desta categoria devem ser interpretados como carácter exploratórios.

A valorização institucional do papel do triador, foi referida por todos os participantes, o que evidencia uma perceção transversal de desvalorização profissional associada à prática de triagem. Esta desvalorização encontra suporte na literatura, que descreve sentimentos de insegurança, frustração e diminuição da confiança quando a decisão clínica do enfermeiro é questionada por outros profissionais, bem como o impacto da limitada literacia em saúde por parte de alguns doentes, que não compreendem os critérios e objetivos do STM, o que pode conduzir à descridibilização da atuação do enfermeiro triador (Costa et al., 2022; Oliveira et al., 2022).

Esta categoria revela um conjunto de propostas alinhadas com as boas práticas, reforçando que o investimento em formação, protocolos e simulação constitui o caminho para uma triagem mais eficaz, segura e centrada na pessoa. Estas recomendações refletem o compromisso dos enfermeiros com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e com a segurança clínica do doente.

6. CONCLUSÕES DO ESTUDO

Os resultados deste estudo evidenciam que os enfermeiros reconhecem a perda súbita de visão como um sinal clínico relevante, associado a doenças cujo tratamento eficaz está limitado a uma janela temporal reduzida, e atribuem particular importância ao momento de instalação dos sintomas na definição da prioridade em contexto de TM. Esta percepção revela uma consciência clínica alinhada com a evidência disponível sobre o impacto do reconhecimento precoce no prognóstico visual e funcional do doente.

Apesar desta valorização, persistem dificuldades na distinção entre perda súbita e perda progressiva de acuidade visual, associadas à subjetividade das queixas, às limitações comunicacionais do doente, à pressão temporal da triagem e à reduzida especificidade dos algoritmos do sistema para manifestações oftalmológicas. Acrescem constrangimentos organizacionais, nomeadamente a ausência de protocolos estruturados, a articulação limitada com a especialidade de oftalmologia e o insuficiente suporte institucional, fatores que podem contribuir para imprecisões na atribuição de prioridade e para potenciais atrasos na referenciação clínica.

A formação académica diferenciada, a experiência profissional e a especialização em enfermagem emergem como elementos facilitadores do reconhecimento precoce da gravidade, reforçando a importância da formação contínua como fator promotor de maior consistência e segurança na tomada de decisão em triagem.

Os resultados obtidos permitiram responder aos objetivos delineados para o estudo. A identificação precoce da perda súbita de visão em contexto de TM constitui um desafio clínico relevante, exigindo competências técnicas sólidas, raciocínio crítico e suporte organizacional sensível à natureza tempo-dependente deste sintoma. Este estudo contribui para aprofundar a reflexão sobre esta problemática no contexto da prática de enfermagem em serviços de urgência.

Recomenda-se o desenvolvimento e validação de protocolos específicos para a avaliação de queixas visuais agudas, bem como a implementação de estratégias de formação contínua na área da oftalmologia e da tomada de decisão em TM.

Os achados deste estudo reforçam a necessidade de desenvolver instrumentos clínicos e estratégias formativas que permitam melhorar a capacidade de reconhecimento precoce de sintomas visuais agudos em contexto de triagem, contribuindo para a segurança do doente e para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Este estudo apresenta limitações que importa considerar. A amostra circunscrita a um único contexto organizacional limita a transferibilidade dos resultados. A utilização de *focus group* pode ter condicionado a expressão individual dos participantes devido à dinâmica de grupo. A perda súbita de visão em contexto de TM constitui um evento relativamente pouco frequente, e que poderá ter limitado a profundidade das experiências relatadas.

Futuras investigações deverão procurar replicar este estudo noutros serviços de urgência e regiões, de modo a aprofundar a diversidade das experiências profissionais. Será igualmente pertinente recorrer a estudos quantitativos que permitam avaliar o impacto da formação em urgências oftalmológicas na tomada de decisão em triagem.

Sugere-se ainda o desenvolvimento de estudos que analisem o percurso do doente com perda súbita de visão desde a admissão até ao tratamento, permitindo identificar pontos críticos de atraso no início da terapêutica.

Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesses relativamente ao presente estudo.

SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

A prestação de cuidados de enfermagem à PSC caracteriza-se por elevada exigência técnica, científica e emocional, marcada pela constante evolução do conhecimento e da prática clínica. Este contexto reforça a importância da formação especializada, orientada para a prestação de cuidados diferenciados, seguros e humanizados, capazes de responder de forma eficaz a situações de risco iminente de vida.

Neste sentido, o percurso desenvolvido ao longo do presente mestrado, nomeadamente através dos diferentes contextos de estágio e da elaboração do presente relatório, constituiu uma oportunidade privilegiada de reflexão crítica sobre a prática profissional. Este processo permitiu sistematizar as experiências e aprendizagens adquiridas, e traduziu-se no desenvolvimento e consolidação de competências especializadas.

Ao longo deste percurso formativo, considero ter alcançado os objetivos definidos pela Ordem dos Enfermeiros, demonstrei empenho, compromisso e sentido crítico no desenvolvimento das competências inerentes ao exercício profissional especializado. A prática desenvolvida durante os estágios permitiu trabalhar de forma transversal os quatro domínios de competências comuns do EE, com particular enfoque na análise crítica dos cuidados prestados à luz dos princípios ético-deontológicos, na valorização da gestão eficiente de recursos e da dinâmica de equipa, e na promoção da qualidade e segurança dos cuidados, sustentadas na integração da melhor evidência científica disponível na prática clínica.

Tal como preconizado no Decreto-Lei n.º 74/2006, que estabelece o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, o grau de mestre pressupõe a aquisição de conhecimentos e competências que permitam o desenvolvimento de uma prática profissional sustentada na investigação, bem como a capacidade de aplicar conhecimentos e resolver problemas em contextos novos ou complexos, relacionados com a área de estudo (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006).

Neste sentido, parte deste percurso formativo foi dedicada ao desenvolvimento de competências no domínio da investigação em enfermagem, através da realização de um trabalho de investigação centrado numa problemática relevante para a prática clínica. Assim, foi desenvolvido um estudo subordinado ao tema “Perceção dos enfermeiros no reconhecimento da perda súbita de visão na Triagem de Manchester”, com o objetivo de compreender de que forma os enfermeiros percecionam e valorizam a perda súbita de visão

no contexto da triagem, bem como identificar dificuldades no seu reconhecimento e priorização. A realização deste trabalho permitiu o desenvolvimento de competências na área da investigação, bem como o aprofundamento de conhecimentos sobre esta problemática e a reflexão crítica sobre a importância do reconhecimento precoce destas situações, dado o seu potencial impacto no prognóstico e na qualidade de vida das pessoas. Espera-se, deste modo, contribuir para a melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados prestados à PSC.

A escolha dos diferentes campos de estágio revelou-se particularmente pertinente e enriquecedora para o meu percurso formativo. A realização do estágio na UMH constituiu uma experiência especialmente relevante, permitindo o contacto com um contexto clínico altamente diferenciado. Os diferentes contextos clínicos proporcionaram o contacto com diferentes realidades e com equipas multidisciplinares altamente diferenciadas. Esta diversidade de contextos permitiu-me desenvolver e consolidar conhecimentos teórico-práticos na prestação de cuidados à PSC, em ambientes caracterizados por elevada exigência técnica, complexidade clínica e necessidade de tomada de decisão em tempo útil.

Neste percurso, tornou-se ainda mais evidente que as competências profissionais têm um carácter dinâmico e inacabado, exigem constante atualização e adaptação face à rápida evolução do conhecimento científico e da tecnologia. Neste sentido, encaro este percurso formativo como um ponto de partida para o desenvolvimento contínuo da minha prática profissional, assumindo o compromisso de continuar a investir na atualização científica, na reflexão crítica da prática e na promoção de cuidados de enfermagem cada vez mais seguros, humanizados e sustentados na melhor evidência científica.

Perante o exposto, considera-se que a elaboração do presente relatório permitiu demonstrar o cumprimento dos objetivos definidos para este percurso formativo, culminando na sua apresentação e defesa pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (2024). *Recomendações técnicas para instalações de Unidades de Cuidados Intensivos: RT 13/2019*. ACSS, I.P. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (2015). *Recomendações técnicas para serviços de urgência: RT 11/2015*. ACSS, I.P. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf
- Alves, P. F. S. (2023). *Características da dor em utentes atendidos no serviço de urgência, avaliados pelo sistema de triagem de Manchester* [Relatório de estágio com investigação conducente ao grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica]. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança.
- Assembleia da República. (2012). *Lei n.º 25/2012, de 16 de julho. Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)*. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 136. diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2012-116052607
- Assembleia da República. (2020). *Lei n.º 15/2020: Adita a codeína e a codeína N-óxido às tabelas anexas ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro*. *Diário da República*, 105(I). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2020-134762422>
- Agarwal, A. (2011). *Gass' Atlas of Macular Diseases: 2-Volume Set - Expert Consult: Online and Print*. Elsevier Health Sciences.
- Albuquerque e Sousa, J. de G. (2007). Oxigenoterapia hiperbárica (OTHB): Perspetiva histórica, efeitos fisiológicos e aplicações clínicas. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 14(4). https://www.spmi.pt/revista/vol14/vol14_n4_2007_219_227.pdf
- Araújo, C., Alves, T., Araújo, I., & Fernandes, F. (2025). *Diário como Ferramenta para Mitigar o Stress Pós-Traumático em doentes de Cuidados Intensivos: Revisão*

- Azevedo, C., Graça, L., & Sousa, C. (2023). Percepção dos enfermeiros das competências de tomada de decisão na triagem de Manchester. *Revista de Enfermagem Referência*, 1–7. <https://doi.org/10.12707/RVI23.13.29242>
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo* (1.^a ed.). Edições 70.
- Benner, P. (1991). The role of experience, narrative, and community in skilled ethical comportment. *ANS. Advances in Nursing Science*, 14(2), 1–21. <https://doi.org/10.1097/00012272-199112000-00003>
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2009). *Educating Nurses: A Call for Radical Transformation*. John Wiley & Sons.
- Bennett, J. L. (2019). Optic Neuritis. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, 25(5), 1236–1264. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000768>
- Bijani, M., & Khaleghi, A. A. (2019). Challenges and Barriers Affecting the Quality of Triage in Emergency Departments: A Qualitative Study. *Galen Medical Journal*, 8, e1619. <https://doi.org/10.31661/gmj.v8i0.1619>
- Biousse, V. (2014). Acute Retinal Arterial Ischemia: An Emergency Often Ignored. *American Journal of Ophthalmology*, 157(6), 1119–1121. <https://doi.org/10.1016/j.ajo.2014.02.018>
- Biousse, V., Nahab, F., & Newman, N. J. (2018). Management of Acute Retinal Ischemia: Follow the Guidelines! *Ophthalmology*, 125(10), 1597–1607. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2018.03.054>
- Boagey, H., K. Jolly, J., & E. Ferrey, A. (2022). Psychological Impact of Vision Loss. *Journal of Mental Health & Clinical Psychology*, 6(3), 25–31. <https://doi.org/10.29245/2578-2959/2021/3.1256>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.

- Bresolin, P., Martini, J. G., Maffissoni, A. L., Sanes, M. da S., Riegel, F., & Unicovsky, M. A. R. (2022). Debriefing na simulação clínica em enfermagem: Uma análise a partir da teoria da aprendizagem experiencial. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 43, e20210050. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210050.pt>
- Chen, J., Chen, C.-M., Zheng, Y., & Zhong, L. (2023). Characteristics of eye-related emergency visits and triage differences by nurses and ophthalmologists: Perspective from a single eye center in southern China. *Frontiers in Medicine*, 10. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1091128>
- Conselho da União Europeia. (1993). *Diretiva 93/42/CEE do Conselho, de 14 de junho de 1993, relativa aos dispositivos médicos*. Jornal Oficial das Comunidades Europeias, L169, 1–43. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/ALL/?uri=CELEX%3A31993L0042>
- Conselho da União Europeia. (1997). *Diretiva 97/23/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 29 de maio de 1997 relativa à aproximação das legislações dos Estados-Membros respeitantes aos equipamentos sob pressão*. Jornal Oficial das Comunidades Europeias, L181, 1–55. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:01997L0023-20150601&from=EN>
- Costa, F. A. D. da, Torres, R. S., & Sousa, C. dos P. F. de. (2022). Triage de Manchester: Percepções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam. *Revista de Enfermagem Referência*, 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV21028>
- Clopton, E. L., & Hyrkäs, E. K. (2020). Modeling emergency department nursing workload in real time: An exploratory study. *International Emergency Nursing*, 48, 100793. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.100793>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *A dor como 5.º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor* (Circular Normativa n.º 09/DGCG de 14 de junho). Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Orientação n.º 008/2011 de 28/03/2011. Constituição e organização do carro de emergência*. Lisboa: DGS.

- Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Norma n.º 001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Norma n.º 015/2017. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017c). *Orientação n.º 002/2017. Preparação e condução de auditorias da qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde*. Lisboa: DGS. [orientacao-n-0022017-de-20012017-pdf.aspx](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/02/orientacao-n-0022017-de-20012017-pdf.aspx)
- Direção-Geral da Saúde. (2017d). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Ministério da Saúde. [antimicrobianos-programa-de-prevencao-e-controlo-de-infeccoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos-2017-dgs.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/02/antimicrobianos-programa-de-prevencao-e-controlo-de-infeccoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos-2017-dgs.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata (002/2018)*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Higiene das mãos nas unidades de saúde* (Norma n.º 007/2019, de 16 de outubro). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Norma n.º 012/2022 – Via Verde do Trauma no Adulto*. DGS. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2022_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Norma n.º 004/2023: Avaliação de risco e rastreio de enterobactérias produtoras de carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente à meticilina (MRSA)*. <https://normas.dgs.min-saude.pt>

- Direção-Geral da Saúde. (2025). *Norma n.º 003/2025 – Via Verde Coronária (VVC) no Adulto*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0032025-de-07032025-via-verde-coronaria-vvc-no-adulto-pdf.aspx>
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press
- Egerod, I., Kaldan, G., Nordentoft, S., Larsen, A., Herling, S. F., Thomsen, T., Endacott, R., & INACTIC-group. (2021). Skills, competencies, and policies for advanced practice critical care nursing in Europe: A scoping review. *Nurse Education in Practice*, 54, 103142. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103142>
- Egoda Kapuralalage, T. N., Chan, H. F., Dulleck, U., Hughes, J. A., Torgler, B., & Whyte, S. (2025). Clinical decision-making: Cognitive biases and heuristics in triage decisions in the emergency department. *The American Journal of Emergency Medicine*, 92, 60–67. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2025.02.043>
- Essa, C. D., Victor, G., Khan, S. F., Ally, H., & Khan, A. S. (2023). Cognitive biases regarding utilization of emergency severity index among emergency nurses. *The American Journal of Emergency Medicine*, 73, 63–68. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2023.08.021>
- Fernandes, T. D. F. (2009). [Hyperbaric medicine]. *Acta Medica Portuguesa*, 22(4), 323–334. <https://doi.org/10.20344/amp.1709>
- Ferreira, C. da G. G., & Baptista, M. G. de J. (2024). Dificuldades Percecionadas Pelos Enfermeiros na Realização da Triagem de Manchester e fatores associados. *Servir*, 2(09), e32664–e32664. <https://doi.org/10.48492/servir0209.32664>
- Flick, U. (2018). *An Introduction to Qualitative Research*. SAGE.
- Fraser, J. A., Son, M., & Vinokurtseva, A. (2025). Sudden Vision Loss: A Diagnostic Approach. *American Family Physician*, 111(1), 54–61.
- García-Arumí, J., Martínez-Castillo, V., Boixadera, A., Blasco, H., Marticorena, J., Zapata, M. Á., Macià, C., Badal, J., Distéfano, L., Rafart, J. M., Berrocal, M., Zambrano, A., Ruíz-Moreno, J. M., & Figueroa, M. S. (2013). Rhegmatogenous retinal detachment

- treatment guidelines. *Archivos De La Sociedad Espanola De Oftalmologia*, 88(1), 11–35. <https://doi.org/10.1016/j.ofal.2011.10.013>
- Guerreiro, A. C. P. M., Magalhães, C. P., & Mata, M. A. P. da. (2022). Iatrogenias na prestação de cuidados de enfermagem: A perspetiva dos enfermeiros da área médico-cirúrgica. *Revista de Enfermagem Referência*, 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV21089>
- Guttormson, J. L., Calkins, K., McAndrew, N., Fitzgerald, J., Losurdo, H., & Loonsfoot, D. (2022). Critical Care Nurse Burnout, Moral Distress, and Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A United States Survey. *Heart & Lung*, 55, 127–133. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2022.04.015>
- Hayreh, S. S. (2011). Acute retinal arterial occlusive disorders. *Progress in Retinal and Eye Research*, 30(5), 359–394. <https://doi.org/10.1016/j.preteyeres.2011.05.001>
- Hermida, P. M. V., Jung, W., Nascimento, E. R. P. D., Silveira, N. R., Alves, D. L. F., & Benfatto, T. B. (2017). Classificação de risco em unidade de pronto atendimento: Discursos dos enfermeiros [Risk classification in an emergency care unit: the nurses' discourse] [Clasificación de riesgo en unidad de urgencias: discursos de los enfermeros]. *Revista Enfermagem UERJ*, 25(0), e19649. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.19649>
- Iordache, S., Elseviers, M., De Cock, R., & Van Rompaey, B. (2020). Development and validation of an assessment tool for nursing workload in emergency departments. *Journal of Clinical Nursing*, 29(5–6), 794–809. <https://doi.org/10.1111/jocn.15106>
- Institute for Safe Medication Practices. (2024). *ISMP targeted medication safety best practices for hospitals*. ISMP. <https://www.ismp.org/guidelines/best-practices-hospitals>
- Iseron, K. V., & Moskop, J. C. (2007). Triage in Medicine, Part I: Concept, History, and Types. *Annals of Emergency Medicine*, 49(3), 275–281. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2006.05.019>
- Jala, S., Fry, M., & Elliott, R. (2023). Cognitive bias during clinical decision-making and its influence on patient outcomes in the emergency department: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(19–20), 7076–7085. <https://doi.org/10.1111/jocn.16845>

- Jordan, Z., Lockwood, C., Munn, Z., & Aromataris, E. (2019). The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *JBI Evidence Implementation*, 17(1), 58. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000155>
- Kim, J., Byun, S. J., Woo, S. J., Park, K. H., & Park, S. J. (2021). Assessment of Trends in the Incidence Rates of Central Retinal Artery Occlusion in Korea From 2002 to 2015. *JAMA Ophthalmology*, 139(4), 399–405. <https://doi.org/10.1001/jamaophthalmol.2020.6860>
- Kim, M. J., & Fong, D. S. (2014). Retinal emboli. *World Journal of Ophthalmology*, 4(4), 124–129. <https://doi.org/10.5318/wjo.v4.i4.124>
- Kot, J., Desola, J., Lind, F., Mueller, P., Jansen, E., & Burman, F. (2023). A European Code of Good Practice for Hyperbaric Oxygen Therapy: Review 2022. *Diving and Hyperbaric Medicine Journal*, 53(4(Suppl)), 1–17. <https://doi.org/10.28920/dhm53.4.suppl.1-17>
- Lavin, P., Patrylo, M., Hollar, M., Espaillat, K. B., Kirshner, H., & Schrag, M. (2018). Stroke Risk and Risk Factors in Patients With Central Retinal Artery Occlusion. *American Journal of Ophthalmology*, 196, 96–100. <https://doi.org/10.1016/j.ajo.2018.08.027>
- Lee, J. M., Choi, S. H., Jeon, G. S., Chang, I. B., Wang, S. J., & Hong, I. H. (2024). A comprehensive evaluation of efficacy of hyperbaric oxygen therapy in non-arteritic central retinal artery occlusion using enhanced depth imaging optical coherence tomography. *Scientific Reports*, 14(1), 23676. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-71895-1>
- Levis-Elmelech, T., Schwartz, D., & Bitan, Y. (2022). The effect of emergency department nurse experience on triage decision making. *Human Factors in Healthcare*, 2, 100015. <https://doi.org/10.1016/j.hfh.2022.100015>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. SAGE.
- Mac Grory, B., Schrag, M., Biousse, V., Furie, K. L., Gerhard-Herman, M., Lavin, P. J., Sobrin, L., Tjoumakaris, S. I., Weyand, C. M., Yaghi, S., & on behalf of the American Heart Association Stroke Council; Council on Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology; Council on Hypertension; and Council on Peripheral Vascular Disease. (2021). Management of Central Retinal Artery Occlusion: A Scientific

- Statement From the American Heart Association. *Stroke*, 52(6), e282–e294. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000366>
- Mackway-Jones, J., Marsden, J., & Windle, J. (2014). *Emergency triage: Manchester Triage Group (3rd ed.)* (Third Edition). Wiley-Blackwell.
- Madike, R., Cugati, S., & Chen, C. (2022). A review of the management of central retinal artery occlusion. *Taiwan Journal of Ophthalmology*, 12(3), 273. <https://doi.org/10.4103/2211-5056.353126>
- Manley, K., McCormack, B., & Wilson, V.). (2013). *International Practice Development in Nursing and Healthcare* (1st ed). John Wiley & Sons, Incorporated.
- Mathieu, D., Marroni, A., & Kot, J. (2017). *Tenth European Consensus Conference on Hyperbaric Medicine: Recommendations for accepted and non-accepted clinical indications and practice of hyperbaric oxygen treatment*. 47(1).
- Maresca, G., Corallo, F., Catanese, G., Formica, C., & Lo Buono, V. (2022). Coping Strategies of Healthcare Professionals with Burnout Syndrome: A Systematic Review. *Medicina*, 58(2), 327. <https://doi.org/10.3390/medicina58020327>
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2017). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application* (9th ed.). Wolters Kluwer.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company. <https://books.google.pt/books?id=TdLhXm5fpx8C>
- Minayo, M. C. de S. (2012). Análise qualitativa: Teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 621–626. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2006). Decreto-Lei n.º 74/2006, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República: Série I, n.º 60. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>
- Ministério da Saúde. (2006). *Despacho n.º 18459/2006 de 12 de setembro*. Diário da república, 2ª série, n.º 176. Despacho n.º 18459/2006, de 12 de setembro | DR

- Ministério da Saúde. (2014). *Despacho n.º 10319/2014*, de 12 de agosto. *Diário da República*, 2.^a série, n.º 187. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Ministério da Saúde. (2015). *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde: Despacho n.º 5613/2015*. Diário da República n.º 102/2015, 2.^a série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Ministério da Saúde. (2018). *Despacho n.º 9639/2018*, de 27 de agosto. *Diário da República*, 2.^a série, n.º 163. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>
- Muniz, D. L. N., Teixeira, R. da C., Muniz, J. W. C., Benites, F. dos S., Correa, V. E. D., & Martins, A. V. (2025). Aprendizagem experiencial na formação de profissionais de saúde: Impactos e desafios. *Cuadernos de Educación y Desarrollo - QUALIS A4*, 17(4), e8185–e8185. <https://doi.org/10.55905/cuadv17n4-159>
- Nora, C. R. D., Deodato, S., Vieira, M. M. S., & Zoboli, E. L. C. P. (2016). Elements and strategies for ethical decision-making in nursing. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 25(2), e4500014. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>
- Oliveira, V. L. G. de, Junior, E. J. B., Cavalcante, M. da S., Nascimento, M. H. M., Sacramento, R. da C., Oliveira, A. S. S. de, Silva, J. C., Sousa, R. F., Teles, G. C., Oliveira, M. F. V. de, Nogueira, M. de A., Souto, S. S. de, Neves, D. V. A., Santos, E. C. da C., Girard, G. P., & Santana, M. E. de. (2022). Sistema de Triagem Manchester: Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na classificação de risco. *Research, Society and Development*, 11(1), e3911124358–e3911124358. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24358>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Código deontológico do enfermeiro (2.^a ed.). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2017a). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017b). *Parecer n.º 61 – Atribuição de tempo na passagem de turno e transmissão de informação entre profissionais de enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_61_AtribuiçaoTempoPassagemTurno.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017c). *Regulamento n.º 558/2017 — Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica* (Diário da República n.º 200/2017, 2.ª série). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/558-2017-108317777>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. Diário da república: 2.ª série, n.º 135, 19359-19370 <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República: II Série, n.º 26, 4744-4750 <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República: 2.ª série, n.º 184, 128-155 <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Regulamento do Ato do Enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26674/regulamento-ato-do-enfermeiro.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à*

atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J. J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2016). *Rede de Referência de Medicina Intensiva.*
<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>

Patton, M. Q. (2014). *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice.* SAGE Publications.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* Lippincott Williams & Wilkins.

Ponce, P., & Mendes, J. (2015). *Manual de Medicina Intensiva.* LIDEL.

Roskal-Wąlek, J., Ruzik, A., Kubiś, N., Teper, M., Wesołowski, M., Wujec, Z., Wąlek, P., Odrobina, D., Mackiewicz, J., & Woźakowska-Kapłon, B. (2024). Therapeutic Strategies for Retinal Artery Occlusion—A Literature Review. *Journal of Clinical Medicine*, 13(22), 6813. <https://doi.org/10.3390/jcm13226813>

Schrag, M., Youn, T., Schindler, J., Kirshner, H., & Greer, D. (2015). Intravenous Fibrinolytic Therapy in Central Retinal Artery Occlusion: A Patient-Level Meta-analysis. *JAMA Neurology*, 72(10), 1148–1154.
<https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2015.1578>

Somes, J. (2023a). Triage Acute Vision Changes in the Older Adult as “High Risk”. *Journal of Emergency Nursing*, 49(6), 826–834. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2023.07.003>

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

Webb, Z. (2023). Intravenous Thrombolysis for Central Retinal Artery Occlusion: A Look at the Literature for the Emergency Medicine Physician. *Cureus*, 15(7).
<https://doi.org/10.7759/cureus.41878>

- Weller, J. M., Mahajan, R., Fahey-Williams, K., & Webster, C. S. (2024). Teamwork matters: Team situation awareness to build high-performing healthcare teams, a narrative review. *British Journal of Anaesthesia*, 132(4), 771–778. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2023.12.035>
- World Health Organization. (2007). *Look-alike, sound-alike medication names*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5a2f5a2c-e95c-45b8-ad44-f15c9351f9f1/content>
- World Health Organization. (2011). *Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide: Clean care is safer care*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/80135>
- World Health Organization. (2018). *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage*. <https://doi.org/10.1596/978-92-4-151390-6>

APÊNDICES E ANEXOS

Instrução de Trabalho – Registo e Controlo da Codeína no SUMC

Classificação da Codeína como estupefaciente

A codeína é um opioide amplamente utilizado como analgésico e antitússico. No entanto, apresenta potencial de abuso, dependência e desvio para usos ilícitos, sobretudo quando administrada em doses elevadas ou fora do contexto terapêutico.

Atendendo a este risco e alinhando-se com a legislação nacional e convenções internacionais, a codeína foi oficialmente classificada como estupefaciente.

Em Portugal, esta alteração legislativa foi formalizada pela Lei n.º 15/2020, de 29 de maio, que adita explicitamente a codeína à lista das substâncias controladas como estupefacientes, no regime jurídico relativo ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, já previsto no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro.

Desta forma, tornou-se obrigatória a aplicação de regras específicas no seu manuseamento, incluindo:

- Armazenamento em condições de segurança;
- Registo rigoroso de consumos em livro próprio;
- Comunicação e validação dos consumos pela farmácia hospitalar;
- Rastreabilidade de todas as utilizações clínicas.

1. Objetivo

Definir as regras para o registo, consumo e reposição da codeína, enquanto estupefaciente, garantindo o cumprimento legal e a rastreabilidade do medicamento.

2. Âmbito

Aplica-se a todos os enfermeiros do Serviço de Urgência envolvidos na administração e registo da codeína.

3. Responsabilidades

- **Enfermeiros:** registrar corretamente cada utilização, indicando identificação do doente, número de processo, volume administrado, data, lote do frasco e assinatura com número mecanográfico.
- **Responsável de turno / gestão do serviço:** verificar a conformidade dos registos e assegurar a reposição sempre que necessário.
- **Farmácia hospitalar:** receber os registos de consumos e proceder à reposição.

4. Procedimento

4.1. Registo do Consumo

1. Cada administração de codeína deve ser registada no Livro dos Estupefacientes.
2. O registo deve incluir:
 - Data e hora do consumo.
 - Identificação do doente.
 - Volume administrado (em mililitros).
 - Assinatura do profissional responsável.
3. Na Folha de Controlo de Estupefacientes (**Modelo 479_00_933**), registar como “existente” o frasco ainda por abrir e como “contabilizado” o frasco em uso.

4.2. Controlo do Frasco

1. Após cada utilização, confirmar se o saldo disponível no frasco corresponde aproximadamente ao volume registado no livro, garantindo consistência entre registo e quantidade física.
2. Em caso de desperdício no manuseio do frasco, registar aproximadamente a quantidade perdida.
3. Garantir a correspondência entre o volume registado no livro e o volume físico existente.
4. Em caso de incongruência, comunicar de imediato ao responsável do serviço.

5. A validade após abertura corresponde à data de validade indicada no frasco. O frasco é fornecido pelos Serviços Farmacêuticos já identificado com a data de abertura, que corresponde ao dia em que a embalagem foi disponibilizada pelo serviço.

4.3. Reposição do Frasco

1. Quando o frasco atingir o fim, identificar no livro a data e o consumo total.
2. Encaminhar a folha dos consumos devidamente preenchida e assinada para a Farmácia Hospitalar.
3. A farmácia procede à validação e reposição do frasco.

5. Arquivo e Auditoria

- As folhas de consumo arquivadas na farmácia devem ser guardadas conforme a legislação em vigor para estupefacientes (5 anos).
- O serviço está sujeito a auditorias internas e externas para verificação da conformidade.

Bibliografia

- Assembleia da República. (1993, 22 de janeiro). Decreto-Lei n.º 15/93: Regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas. *Diário da República*, 18(I-A). <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1993-58872437>
- Assembleia da República. (2020, 29). Lei n.º 15/2020: Adita a codeína e a codeína N-óxido às tabelas anexas ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro. *Diário da República*, 105(I). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2020-134762422>
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2020). https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/Mandate_Functions/Scheduling.html

APÊNDICE III – Instrumento de apoio à preparação e administração de Ondexxya® (Andexanet alfa) 200mg

Tabelas de Administração de Ondexxya® (Andexanet alfa) 200 mg



Esquema de baixa dose:

(Rivaroxabano ≤ 10 mg ou apixabano ≤ 5 mg, última toma > 8 h)

Fase	Dose	Reconstituição	Volume a administrar	Tempo	Velocidade
Bólus IV	400 mg	2 frascos $\rightarrow$ 20 ml cada = 40 ml	40 ml	15 min	160 ml/h ($\approx 2,7$ mL/min)
Perfusão IV	480 mg	3 frascos $\rightarrow$ 20 ml cada = 60 ml	48 ml (retirar da solução; descartar excedente)	120 min	24 ml/h (0,4 ml/min)

Tabela 1 - Esquema de administração de baixa dose

Esquema de alta dose:

(Rivaroxabano > 10 mg ou apixabano > 5 mg, ou última toma < 8 h)

Fase	Dose	Reconstituição	Volume a administrar	Tempo	Velocidade
Bólus IV	800 mg	4 frascos $\rightarrow$ 20 ml cada = 80 ml	80 ml	30 min	160 ml/h ($\approx 2,7$ ml/min)
Perfusão IV	960 mg	5 frascos $\rightarrow$ 20 ml cada = 100 ml	96 ml (retirar da solução; descartar excedente)	120 min	48 ml/h (0,8 ml/min)

Tabela 2 - Esquema de administração de alta dose

Preparação da medicação:

- Cada frasco contém 200 mg de andexanet alfa em pó e reconstituir com 20 ml de água para preparações injetáveis. Concentração após reconstituição de 10mg/ml.
- Homogeneizar suavemente (não agitar). Tempo de dissolução do conteúdo do frasco é de 3 a 5 minutos.
- Aspirar o conteúdo do frasco utilizando uma agulha com calibre igual ou superior 20g.
- Reunir os volumes necessários em seringas perfusoras (40ml, 48 ml ou 96 ml) de acordo com a dose a administrar. Usar imediatamente após preparação.

Cuidados com a administração:

- Administrar sem diluir;
- Adaptar filtro estéril de 0,2 μ m, (fornecido com a embalagem) entre a seringa e o sistema de perfusão.
- Administrar por seringa perfusora de acordo com as taxas e tempos prescritos (tabela 1 e tabela 2)
- Após o término da perfusão, efetuar um flush lento com solução de cloreto de sódio 0,9% através do sistema de administração, de modo a compensar o volume residual retido no sistema de perfusão.

APÊNDICE III – Panfleto Guia do Utente da UMH

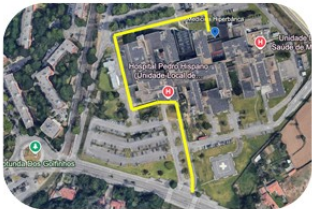


Respire fundo, viva melhor!



Documentos e fotografias

Durante o seu tratamento na nossa Unidade, poderá haver necessidade de realizar fotografias de modo a documentar a evolução e avaliação do tratamento. Estas fotografias, estão englobadas no princípio da privacidade e confidencialidade.



Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE
Unidade de Medicina Hiperbárica
Rua Dr. Eduardo Torres
4464-513 Senhora da Hora

Contactos
Unidade de Medicina Hiperbárica



www.ulsm.min-saude.pt

22 839 10 00 / 22 839 18 76

hiperbarica@ulsm.min-saude.pt





Guia do Utente

Bem vindo à Unidade de Medicina Hiperbárica do Hospital Pedro Hispano.
Este Guia destina-se a informá-lo (a) resumidamente sobre o tratamento que vai iniciar



O que é a Oxigenoterapia Hiperbárica?

A Oxigenoterapia Hiperbárica é um tratamento médico em que o utente respira oxigénio puro através de uma máscara a uma pressão superior à pressão atmosférica normal.

Isto permite que uma maior quantidade de oxigénio chegue a todos os tecidos do corpo. Esta terapêutica é muito benéfica em várias doenças médicas e cirúrgicas.

A Oxigenoterapia Hiperbárica é normalmente prescrita complementarmente ao tratamento instituído pelo seu médico assistente. Assim, durante o tratamento na nossa Unidade continuará a assistência habitual pelo seu médico, que estará sempre informado sobre o tratamento e cuidados efetuados.

Como é a câmara Hiperbárica?

Assemelha-se a um cilindro em aço, onde os utentes permanecem sentados ouvindo música ou vendo televisão enquanto efetuam o seu tratamento (sessão), estando em permanente contacto direto com o nosso pessoal qualificado.

Quando iniciar o tratamento?

Após a realização da consulta médica e confirmação da indicação para realizar tratamento hiperbárico, podem ocorrer 2 situações:

✓ Existe vaga imediata para iniciar o tratamento e é encaminhado(a) para uma sessão de ensino, onde lhe será transmitida toda a informação necessária.

✓ Não tem vaga imediata, neste caso, será contactado(a) posteriormente, geralmente com uma semana de antecedência, por carta ou telefone, para agendar o início do tratamento.

Como funciona a Oxigenoterapia Hiperbárica?

O tratamento hiperbárico é administrado no interior da câmara hiperbárica, onde a pressão é geralmente aumentada cerca de 2,5 vezes comparativamente à pressão, atmosférica normal. Após este aumento de pressão, o utente respira oxigénio a 100%, permitindo que o sangue transporte uma quantidade acrescida de oxigénio a todas as partes do corpo, resultando benefícios terapêuticos importantes em várias doenças.

A Oxigenoterapia Hiperbárica, para poder ser eficaz, necessita que as sessões sejam diárias e contínuas.

Em caso de imprevisto ou impossibilidade de comparecer, deve informar a unidade com a maior antecedência possível.

Faltas ao tratamento poderão levar ao cancelamento das sessões programadas.

A equipa médica?

Durante todo o tratamento, será sempre acompanhado(a) por profissionais de saúde qualificados, dentro e fora da câmara, com formação específica e vocacionada para o tratamento em ambiente hiperbárico.

Posso ter visitas ou levar acompanhantes?

De modo a assegurar a privacidade dos doentes e por questões de segurança, não são permitidas visitas/acompanhantes durante o tratamento.



Quanto tempo demora o tratamento?

A duração média diária do tratamento hiperbárico é aproximadamente de 2 horas, sendo geralmente necessário um número variável de sessões, que serão prescritas pelo médico da Unidade, em função da resposta ao tratamento.

Estas sessões decorrerão diariamente de 2ª a 6ª feira.

Dependendo da razão pela qual está a efetuar o tratamento hiperbárico, poderá ser necessário efetuar outro tipo de procedimento no final da sessão.

De que forma posso ajudar a tornar o tratamento hiperbárico eficaz?

O doente desempenha um papel vital no seu próprio tratamento. Como um membro ativo no tratamento, a sua participação e compromisso são fundamentais para o sucesso da terapêutica, devendo seguir as indicações e cuidados transmitidos pela equipa.

Há efeitos secundários na Oxigenoterapia Hiperbárica?

São raros os efeitos secundários resultantes da Oxigenoterapia Hiperbárica.

O mais frequente é a dor nos ouvidos, relacionada com a dificuldade em realizar as técnicas de equalização dos ouvidos na fase de compressão da câmara. Se isto acontecer deve avisar imediatamente o enfermeiro que tomará as providências necessárias, a fim de evitar um barotraumatismo do ouvido.

Alguns doentes referem sensação de fadiga, que é passageira e provavelmente relacionada com a doença em tratamento.

APÊNDICE IV – Poster: Intoxicação por Monóxido de Carbono: Alertas e Abordagem na Admissão em Serviço de Urgência





INTOXICAÇÃO POR MONÓXIDO DE CARBONO: ALERTAS E ABORDAGEM NA ADMISSÃO EM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Introdução

- ✓ O diagnóstico precoce da intoxicação por monóxido de carbono é difícil devido à inespecificidade dos sintomas
- ✓ A administração imediata de oxigénio e a monitorização clínica são essenciais na abordagem em urgência
- ✓ Protocolos bem definidos e equipas treinadas melhoram significativamente o prognóstico dos doentes



Questão de investigação

"Quais são os principais alertas clínicos e estratégias de abordagem na admissão de doentes com intoxicação por monóxido de carbono no serviço de urgência?"

Metodologia

Tipo de estudo:

- Revisão integrativa da literatura (Whittemore & Knaff, 2005)
- Diretrizes PRISMA aplicadas ao processo de seleção

Bases de dados:

- PubMed (Medline)
- ScienceDirect
- NCBI Bookshelf (StatPearls)
- Google Scholar

Período de pesquisa:

- 15 a 20 de maio de 2025

Estratégia de pesquisa:

- Termos: "Carbon monoxide poisoning", "emergency department", "diagnosis", "management", "admission"
- Operadores booleanos utilizados

Crítérios de inclusão:

- Estudos de 2015-2025
- Relevância clínica em contexto de urgência
- Artigos em inglês ou português, com texto completo
- Revisões, estudos observacionais, guidelines

Crítérios de exclusão:

- Estudos em modelos animais
- Publicações antes de 2015
- Relatos de caso isolados sem aplicabilidade prática

Seleção dos estudos:

- Aplicação do fluxograma PRISMA
- Inclusão final: 8 estudos

Objetivos da investigação

- ✓ Rever a evidência científica disponível sobre a abordagem à intoxicação por monóxido de carbono no serviço de urgência
- ✓ Identificar os principais sinais de alerta clínico e estratégias de diagnóstico precoce.
- ✓ Analisar as prioridades terapêuticas que contribuem para a redução de sequelas e mortalidade.

Resultados da revisão da literatura

- A maioria dos casos de intoxicação por CO ocorre no inverno, associado ao uso de aquecedores em ambientes fechados (Ng et al., 2018).
- A oxigenoterapia a 100% é o tratamento inicial de escolha; a oxigenoterapia hiperbárica (OHB) é indicada em casos moderados a graves (Wolf et al., 2017).
- A gasimetria arterial com co-oximetria é essencial para confirmação diagnóstica (Tomaszewski, 2023; Wolf et al., 2017; Ng et al., 2018).
- A inexistência de protocolos e a baixa suspeição clínica contribuem para atrasos no tratamento (Malik et al., 2022).
- Sintomas inespecíficos dificultam o diagnóstico precoce: cefaleias, náuseas, confusão, alterações da consciência (Ng et al., 2018; Malik et al., 2022).
- No Hospital Pedro Hispano, entre 2020 e 2025, 144 doentes foram tratados com OHB, 87,5% referenciados pelo serviço de urgência.

Recomendações

- Desenvolver protocolos institucionais de triagem e tratamento da intoxicação por CO.
- Melhorar os sistemas de codificação clínica, permitindo rastreamento epidemiológico e avaliação contínua da incidência.
- Incluir formação específica para profissionais de urgência sobre sinais de alerta e critérios de OHB.
- Garantir acesso rápido à gasimetria com medição de COHb e à oxigenoterapia hiperbárica quando indicada.

Conclusão

- ✓ A intoxicação por monóxido de carbono representa um desafio clínico relevante, dada a sua apresentação inespecífica e risco de subdiagnóstico. A evidência reforça a importância de protocolos bem definidos, formação contínua e triagem criteriosa.
- ✓ O acesso à gasimetria com COHb e a existência de uma unidade de oxigenoterapia hiperbárica tornam o Hospital Pedro Hispano um exemplo de resposta diferenciada. É fundamental reforçar a vigilância clínica e a estruturação institucional para garantir diagnósticos precoces e terapias eficazes.

Referências

- ✓ Afiliação
- ✓ Referências

Autores: Sérgio Correia¹ Filipe Pereira²

APÊNDICE V – Instrumento de recolha de dados

Instrumento de Recolha de Dados: Guião da Entrevista

1. Dados sociodemográficos e profissionais

- Idade _____
- Género: M _____ F _____ outro _____
- Tempo de serviço (em anos) _____
- Formação profissional
Licenciatura _____
Especialidade Enfermagem Médico Cirúrgica na PSCT _____
Outra especialidade _____
- Tempo de Experiência em Triagem de Manchester (em anos) _____
- Já teve contacto com situações compatíveis com uma perda súbita ou diminuição da acuidade visual em contexto de triagem? _____
Se sim, pode partilhar um exemplo? _____

2. Perceção Clínica da Perda Súbita da Visão

- Quais os sinais ou sintomas que mais valoriza ao realizar a triagem de casos com queixas oftalmológicas para atribuição de prioridade?
- Como distingue, na sua prática, os sinais de perda súbita de visão de outras alterações visuais, como a perda progressiva de acuidade visual?
- Considera que este tipo de queixa é comum no serviço de urgência?
- Qual a importância que atribui ao reconhecimento precoce de sintomas de perda súbita de visão na triagem?
- Considera que o sistema de Triagem de Manchester é claro na seleção de discriminadores para a atribuição de prioridade em casos de sintomas de perda súbita de visão? Porquê?
- Que prioridade atribui, tipicamente, a um doente com queixas de perda súbita de visão?
- Na sua experiência, é fácil ou difícil distinguir entre sinais de uma perda súbita da visão e uma diminuição de acuidade visual? Porquê?
- Quais são as principais dificuldades que enfrenta ao tentar reconhecer sintomas de perda súbita de visão durante o processo de triagem?

3. Formação e Apoio Institucional

- Sente que tem as ferramentas ou o apoio institucional necessário para a correta orientação de utentes com sintomas de perda súbita de visão fora das horas de funcionamento da urgência de oftalmologia?
- (No caso de Enfermeiros Especialistas) Sente que a formação ao nível de especialidade capacita a tomar melhores decisões e facilita o reconhecimento de sinais agudos de doença, como no caso de uma perda súbita de visão? Como a formação impacta a sua decisão sobre a prioridade dos casos?

4. Sugestões de mudança

- Considerando que enfrenta dificuldades ao tentar distinguir sintomas entre perda súbita de visão e outras alterações visuais, que estratégias ou ferramentas poderiam ser implementadas para ajudar os enfermeiros a fazer essa diferenciação de forma mais eficaz?
- Há mais alguma experiência que gostaria de partilhar sobre este tema?

APÊNDICE VI – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Estudo: Percepção dos Enfermeiros no reconhecimento da perda súbita de visão na Triagem de Manchester

Investigador Responsável:

Filipe Pereira, estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Orientadora Científica:

Gorete Baptista, Professora Doutora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Informações sobre o Estudo:

Esta entrevista tem como objetivo recolher informações sobre a percepção dos enfermeiros relativamente à importância do reconhecimento precoce de sintomas de perda súbita de visão na Triagem de Manchester, no âmbito de um estudo de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A sua participação é voluntária, e as respostas são anónimas e confidenciais. O tempo estimado de entrevista é de 60 minutos. Em qualquer momento poderá desistir de participar.

O estudo é de natureza qualitativa, recorrendo à realização de um *focus group* com profissionais de enfermagem que atuam no serviço de urgência.

A sua participação é voluntária e consistirá na partilha da sua experiência e opinião profissional, não estando associada a qualquer tipo de avaliação. A sessão será gravada, com o seu consentimento, apenas para efeitos de análise de conteúdo, garantindo-se total anonimato e confidencialidade.

Direitos dos Participantes:

- A participação é voluntária.

- Pode recusar participar ou retirar-se do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo pessoal ou profissional.
- Os dados recolhidos serão confidenciais, utilizados exclusivamente para fins científicos e respeitando a legislação em vigor (nomeadamente o RGPD – Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados).
- O estudo respeita os princípios éticos da Declaração de Helsínquia e da Convenção de Oviedo.

Declaração do Participante:

Declaro que fui devidamente informado(a) sobre os objetivos, metodologias e finalidades do estudo acima referido, que compreendi as informações prestadas e que tive oportunidade de colocar todas as minhas dúvidas, as quais foram devidamente esclarecidas. Aceito participar de forma livre e esclarecida no estudo, autorizando o uso dos dados para fins científicos, com garantia de anonimato e confidencialidade.

Nome do(a) Participante:

Data:

____ / ____ / ____

Assinatura:

Assinatura da Investigador:

Filipe Pereira

Email: filipe.pereira@ulsm.min-saude.pt

Anexo I – Comprovativo de entrega de proposta de distribuição de Enfermagem e TAS pelos postos de trabalho do SUMC



DECLARAÇÃO

Eu, Marco Bruno Mendes de Sousa, Enfermeiro Gestor do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Hospital Pedro Hispano, U[REDACTED], declaro para os devidos efeitos que o Enfermeiro Filipe Pereira, com o número mecanográfico 5021, no âmbito do seu estágio no serviço de urgência, teve um contributo muito relevante nas atividades de gestão, bem como no desenvolvimento de iniciativas orientadas para a melhoria da prática clínica de enfermagem e para a otimização de normas e procedimentos do serviço, nomeadamente através da criação e sistematização de instrumentos e documentos de apoio à prática clínica e organizacional, que passo a elencar:

- Proposta de distribuição da equipa de Enfermagem e TAS pelos postos de trabalho do SUMC;
- Protocolo de administração de Ondexxya® (Andexanet alfa) 200mg;
- Revisão dos carros de medicação de apoio às áreas Laranja 1 e 2;
- Procedimento de trabalho – Registo e controlo da Codeína;
- Instrução de trabalho e implementação de circuito para medicação domiciliária;
- Plano de trabalho e mapa de tarefas diárias da equipa de TAS da área amarela.

Mais se declara que a presente declaração é passada a pedido do interessado, para os fins que entender por convenientes.

Matosinhos, 09 de Março de 2026

O Enfermeiro Gestor

Assinado por: **Marco Bruno Mendes de Sousa**
Num. de Identificação: 11681131
Data: 2026.03.09 08:43:50+00'00'

(Marco Mendes de Sousa)

Anexo II – Comprovativo de participação na comissão organizadora do 1º Benchmarking de Gestão e Liderança de Enfermagem em Doente Crítico



Anexo III – Certificado de apresentação de poster com o tema: Intoxicação por Monóxido de Carbono: Alertas e Abordagem na Admissão em Serviço de Urgência



Anexo IV – Comprovativo de submissão de artigo



Filipe Pereira <mjteamfp.fp@gmail.com>

Agradecimento pela submissão

1 mensagem

Márcia Pereira <geral.revsalus@racslusofonia.org>

18 de fevereiro de 2026 às 22:57

Para: Filipe André Sá Pereira <filipe.pereira@ulsm.min-saude.pt>

Filipe André Sá Pereira,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Percepção dos enfermeiros no reconhecimento da perda súbita de visão na Triagem de Manchester" para a revista RevSALUS - Revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando ligar-se ao sistema disponível em:

URL do Manuscrito: <https://revsalus.com/index.php/RevSALUS/authorDashboard/submission/1417>

Nome de utilizador: enf5021

Em caso de dúvidas, entre em contacto através deste email.

Agradecemos mais uma vez considerar a nossa revista como meio de transmitir ao público o seu trabalho científico.

{ \$contextName }

RACS – Edifício INOPOL, Campus da Escola Superior Agrária,

Quinta da Bencanta, 3045-601, Coimbra – Portugal

Telemóvel: (+351) 915 677 972

Anexo V – Certificado de participação como palestrante no 2º Congresso de Enfermagem de Urgência do Hospital Pedro Hispano



Anexo VI – Comprovativo de formação em serviço como formador



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



LISTA DE FORMAÇÃO POR COLABORADOR

Filipe Pereira, portador do Documento de Identidade n.º 12626460zx9, e N.º Mecnográfico 05021, esteve presente, no período de 2025-01-01 a 2025-12-31, nas seguintes ações de formação:

Formação em Serviço - como formador/a

Curso	Data	Duração
Triagem de Manchester	2025-02-27	1,00
Abordagem à vítima de afogamento no SU	2025-07-29	1,00
Triagem de Manchester	2025-07-29	4,00
Triagem de Manchester	2025-09-04	4,00
Triagem de Manchester	2025-11-26	4,00
		14,00

Anexo VII – Comprovativo de formação em serviço



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



LISTA DE FORMAÇÃO POR COLABORADOR

Filipe Pereira, portador do Documento de Identidade n.º 12626460zx9, e N.º Mecanográfico 05021, esteve presente, no período de 2025-01-01 a 2025-12-31, nas seguintes ações de formação:

Formação / Cursos

Curso	Duração	Data início	Data Fim	Horas Frequentadas
Integração de Andexanet Alfa e Tenecteplase na Prática Clínica de Urgência (2ª ação)	2.50	2025-09-08	2025-09-08	2.50
				2.50

Formação em Serviço

Curso	Data	Duração
Colheita, preservação e documentação de vestígios forenses	2025-01-21	1,00
ABCDE/ISBAR	2025-02-05	4,00
Unidade Funcional de Dor Aguda	2025-03-26	1,00
Violência doméstica	2025-03-26	1,00
A pessoa com doença renal em diálise	2025-06-05	1,00
		8,00

Anexo VIII – Certificado de participação Masterclass: Paragem Cardiorespiratória Traumática



Certifica-se que **Filipe André Sá Pereira**, nascido(a) em 30/11/1984, com o número de identificação civil ****6460, participou na Masterclass.

// Paragem Cardiorrespiratória Traumática

que decorreu em 27/03/2025, com a duração de 2 horas e 3 anos de validade.

Porto Salvo, 27 de março de 2025

**Anexo IX – Certificado de participação em Webinar : Capacitar para o (Im)Provável:
Gestão de recursos em Emergência médica e Catástrofe**



Certifica-se que **Filipe Andre Sa Pereira**, nascido(a) em 30/11/1984, com o número de identificação civil ****6460, participou no webinar

**// CAPACITAR PARA O (IM)PROVÁVEL:
GESTÃO DE RECURSOS EM EMERGÊNCIA
MÉDICA E CATÁSTROFE**

que decorreu em 20/12/2024, com a duração de 8 horas .

Porto Salvo, 20 de dezembro de 2024

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



Certificado nº 242611318

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

Anexo X – Certificado de participação em Seminário: (Re)Agir: Quando o Impossível acontece: Gestão de recursos em Emergência médica e Catástrofe



Certifica-se que **Filipe Pereira**, nascido(a) em 30/11/1984, com o número de identificação civil ****6460, participou no seminário

// (RE)AGIR:
QUANDO O IMPOSSÍVEL ACONTECE
GESTÃO DE RECURSOS EM EMERGÊNCIA E CATÁSTROFE

que decorreu em 23/01/2026, com a duração de 8 horas.

Porto Salvo, 23 de janeiro de 2026

Diretor Pedagógico e dos Serviços de Emergência

Pedro Caldeira



Certificado nº 260701327

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

Anexo XI – Comprovativo de aprovação da Comissão de ética

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS HOSPITAL	INFORMAÇÃO	Nº 0060/CES/JAS Data: 11-07-2025
--	------------	---

Para: Conselho de Administração da UL
De: COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Assunto: Pedido de autorização para realização do estudo intitulado **“Perceção dos Enfermeiros no reconhecimento da perda súbita de visão na Triagem de Manchester”**

INFORMAÇÃO

Exmos(as) Srs(as),

A Comissão de Ética para a Saúde analisou o pedido de autorização para realização do estudo intitulado **“Perceção dos Enfermeiros no reconhecimento da perda súbita de visão na Triagem de Manchester”**, cujo Investigador Responsável é o Enfº Filipe Pereira (estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança). Tem como Orientadora Científica a Profª Gorete Baptista (Professora Doutora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança). Tem como elo de ligação da ULS Matosinhos o Enfº Marco Bruno Mendes de Sousa (Enfermeiro Gestor do Serviço de Urgência MédicoCirúrgica).

A Comissão de Ética para a Saúde da UL deliberou por unanimidade, nada opor à realização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos


Dr. Filipe Pereira
Presidente da Comissão de Ética
da UL

Dr. Filipe Pereira
(Presidente da Comissão de Ética para a Saúde, ULS E.P.E.)