

## **Relatório Final de Estágio Profissional**

### Dificuldades Percecionadas pelos Enfermeiros na Triagem de Manchester num Serviço de Urgência: *Scoping Review*

Maria Raquel Freixo Cardoso Osório

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 Matilde Delmina da Silva Martins

Osório, M R F C. Dificuldades Percecionadas pelos Enfermeiros na Triagem de Manchester num Serviço de Urgência: *Scoping Review*. Relatório Final de Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, 2025.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Élio, que me acompanhou e sempre me incentivou a continuar, especialmente quando nesta caminhada, nasceu o nosso bem mais precioso.

À minha mãe, por me fazer ter força para prosseguir e que abdicou em muito do seu tempo para estar com a minha pequena, para que eu pudesse realizar os estágios e o relatório.

À Daniela e à Jéssica, porque enfrentámos esta caminhada juntas desde o primeiro dia. Pela interajuda, pela partilha de conhecimentos e pelo apoio e incentivo sem os quais não teria sido possível.

Aos enfermeiros orientadores e equipas pelo apoio, interesse e pela partilha de conhecimentos.

À Professora Doutora Matilde Martins, coordenadora do Mestrado e orientadora, por todo o trabalho e dedicação em todas as etapas do curso.

Por último, a todos os outros meus colegas, que de alguma forma me ajudaram a terminar este percurso e que contribuem para o meu crescimento todos os dias.

## RESUMO

O presente relatório inseriu-se no âmbito da Unidade Curricular Opção Estágio I e II do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Bragança. O objetivo foi realizar uma reflexão crítica sobre o desempenho e o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, adquiridas ao longo dos estágios realizados, com foco nos principais contributos para a prática clínica e na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

O relatório foi dividido em duas partes. Na primeira parte, foi apresentada uma caracterização detalhada dos três campos de estágio: emergência pré-hospitalar, Serviço de Urgência Polivalente e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. Foram descritas a estrutura física de cada local, os recursos humanos disponíveis e as atividades desenvolvidas. A metodologia adotada foi descritiva e crítico-reflexiva, de modo a relatar as competências inerentes à categoria de enfermeiro especialista, desenvolvidas nos contextos de prática clínica. As experiências vivenciadas durante os estágios revelaram-se cruciais para a aquisição de conhecimentos, competências e habilidades na Área da Pessoa em Situação Crítica, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

Na segunda parte, no âmbito da prática especializada baseada na evidência, foi realizada uma *scoping review* sobre as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros na realização da Triagem de Manchester num Serviço de Urgência. A *scoping review* permitiu identificar as principais dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros nesse contexto, sendo estas fundamentais para orientar estratégias que visem colmatá-las, promovendo melhorias na qualidade dos cuidados prestados e na eficiência do sistema.

**Palavras-chave:** Enfermeiro Especialista, Urgência, Cuidados Intensivos, Triagem de Manchester.

## **ABSTRACT**

This report was part of the Curricular Unit Option Internship I and II of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, specializing in Nursing for the Critically Ill Person, at the Escola Superior de Saúde de Bragança. The aim was to critically reflect on the performance and development of specialized competencies in medical-surgical nursing acquired during the internships, focusing on the main contributions to clinical practice and the improvement of the quality of care provided.

The report was divided into two parts. In the first part, a detailed characterization of the three internship settings was presented: pre-hospital emergency, the Emergency Department, and the Intensive Care Unit. The physical structure of each location, the available human resources, and the activities carried out were described. The methodology adopted was descriptive and critically reflective, aiming to report the competencies inherent to the specialist nurse category that were developed in the contexts of clinical practice. The experiences during the internships proved to be crucial for acquiring knowledge, skills, and competencies in the area of care for the critically ill person, contributing to the improvement of the quality of care provided to patients.

In the second part, as part of evidence-based specialized practice, a scoping review was conducted on the difficulties perceived by nurses in performing the Manchester Triage System in an emergency service. The scoping review identified the main challenges faced by nurses in this context, which are essential to guide strategies aimed at addressing them, promoting improvements in the quality of care provided and the efficiency of the system.

**Keywords:** Specialist Nurse, Emergency, Intensive Care, Manchester Triage.

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

BIS – Índice Bispectral

BO – Bloco Operatório

CIAV – Centro de Informações Antivenenos

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

GAD – Grupo Avaliação da Dor

GPT – Grupo Português de Triagem

ECG - Eletrocardiograma

ESCID – Escala de Comportamentos Indicadores de Dor

EVN – Escala Visual Numérica

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR – *Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation*

OBS – Sala de Observações

OE – Ordem dos Enfermeiros

PIC – Pressão Intracraniana

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

PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

TISS-28 – *Therapeutic Intervention Scoring System*

RASS – *Richmond Agitation-Sedation Scale*

SAV – Suporte Avançado de Vida

SE – Sala de Emergência

SIV – Suporte Imediato de Vida

SPCI – Sociedade Portuguesa Cuidados Intensivos

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TM – Triagem de Manchester

TOF – *Train of Four*

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM</b> .....	4
<b>1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO</b> .....	5
1.1. EMERGÊNCIA PRÉ HOSPITALAR.....	5
1.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE.....	8
1.3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE.....	11
<b>2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO</b> .....	14
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	15
2.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	15
2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	17
2.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados.....	21
2.1.4. Domínio do Desenvolvimento de Aprendizagens.....	23
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	24
2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	24
2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe da conceção à ação.....	30
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.....	31
<b>PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: Dificuldades Percecionadas pelos Enfermeiros na Triagem de Manchester num Serviço de Urgência: Scoping Review</b> .....	36
1. Introdução.....	39
2. Material e Métodos.....	42
3. Resultados.....	45
4. Discussão.....	50
5. Conclusões.....	53
<b>SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO</b> .....	54
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	56

APÊNDICES E ANEXOS.....	62
APÊNDICE I - Proposta de Alteração do Protocolo na Abordagem à Vítima de Trauma.....	63
APÊNDICE II - Preparação e Administração Terapêutica de um medicamento administrado na SE.....	70
APÊNDICE III – Póster: Humanização dos Cuidados de Enfermagem em Contexto de Urgência/ Emergência.....	73
APÊNDICE IV - Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde.....	75
ANEXO I – Certificado Comprovativo Apresentação de Póster.....	86
ANEXO II – Comprovativo de Submissão de Artigo.....	88

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Apresentação dos passos essenciais relativos ao fluxograma PRISMA no processo de pesquisa e seleção das amostras.....	44
--	----

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela I – Apresentação esquemática e estrutural da amostra de artigos selecionados para estudo.....	46
Tabela II – Apresentação esquemática e estrutural das dificuldades, emergentes da amostra em estudo.....	49

## INTRODUÇÃO

A ciência e a pesquisa científica em saúde são campos dinâmicos e em constante evolução, portanto, a Enfermagem, como ciência que é, está sempre em desenvolvimento, por isso é importante que haja por parte dos profissionais de enfermagem uma constante procura pelo conhecimento mais atual. A atualização dos conhecimentos e a formação contínua dos enfermeiros, são fundamentais para garantir a qualidade dos cuidados prestados, tal como é referido no Código Deontológico dos Enfermeiros (2015), Artigo nº97: Os enfermeiros devem “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2015a, p.8078). Com isto, os cursos de mestrado em enfermagem, são uma oportunidade para desenvolver conhecimentos e competências, de maneira a dar resposta aos complexos processos de decisão e assegurar uma prestação eficiente de cuidados de enfermagem.

O presente trabalho, insere-se no âmbito da Unidade Curricular Opção Estágio I e II do Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, elaborado com vista à obtenção do grau de mestre e, posteriormente reconhecimento do título de enfermeiro especialista pela Ordem dos Enfermeiros (OE). O Relatório de Estágio representa uma reflexão crítica das atividades realizadas em estágio, contemplando três campos de estágios diferentes (Emergência Pré-hospitalar, Serviço de Urgência Polivalente e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente) com um total de 750 horas de contacto, que decorreram no período de maio de 2023 a julho de 2024.

De acordo com a OE, o enfermeiro especialista “é aquele a quem se reconhece a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (OE, 2019a, p.4744). A realização destes estágios, tiveram como objetivo a aquisição de competências comuns estabelecidas pela OE, através do Regulamento nº140/2019 de 06 de fevereiro, assim como, o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica instituídas também pela OE através do Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. As competências comuns foram distribuídas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da

qualidade; gestão dos cuidados; e aprendizagens profissionais, na qual, estas competências, envolvem as dimensões da liderança, educação para a saúde e da responsabilidade de desenvolver e difundir a investigação mais atual, de modo a melhorar as práticas e os cuidados aos utentes (OE, 2019a).

Devido à necessidade de distinguir as competências de acordo com as especificidades de cada utente, dos cuidados de enfermagem e o contexto em que os mesmos são realizados, foram regulamentadas as competências específicas, nomeadamente na Área da Pessoa em Situação Crítica, que são: cuida da pessoa, família/ cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018).

Para além dos Regulamentos anteriores, a OE desenvolveu os “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica”, que incite à necessidade de um trabalho contínuo de procura pela melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados, com base na evidência, sempre com o utente no centro das intervenções dos enfermeiros. Estes padrões de qualidade pressupõem os conceitos: saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem. Por sua vez, os enunciados descritivos criados com base nestes conceitos permitem ao enfermeiro alcançar os níveis mais elevados de satisfação dos utentes, maximizando o seu bem-estar e o seu potencial de saúde, previnem as complicações para a saúde desenvolvendo processos eficazes de adaptação, contribuem para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde (OE, 2015b). Os documentos suprarreferidos fazem parte de um conjunto de regulamentos e normas que definem a “*legis artis*” e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, tendo os mesmos, servido como guias orientadores da prática ao longo dos estágios realizados, sendo que foram a base de todo o processo estrutural e reflexivo deste relatório.

Estruturalmente, o atual relatório encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte é realizada uma caracterização dos três contextos de estágio e, posteriormente uma análise reflexiva das experiências que permitiram desenvolver as diferentes competências

comuns e específicas do enfermeiro especialista. Na segunda parte deste relatório, a prática especializada baseada na evidência é apresentada sob forma de uma *scoping review*, sobre as dificuldades percebidas pelos Enfermeiros na Triagem de Manchester num Serviço de Urgência. Considerando que a triagem nos Serviços de Urgência (SU) é fundamental para a gestão de utentes no serviço e para a organização dos recursos, esta segue determinados padrões de qualidade, definidos para garantir a priorização das pessoas e a sua segurança, por isso identificar as dificuldades na sua realização é uma estratégia significativa para as poder colmatar.

Este trabalho foi estruturado e formatado segundo as normas da Escola Superior de Saúde de Bragança, estabelecidas para apresentação de trabalhos escritos, elaborado de acordo com as normas do novo acordo ortográfico português e assentando a sua referenciação nas normas da American Psychology Association (APA) 7.

**PARTE I – RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO: PRÁTICA ESPECIALIZADA  
EM ENFERMAGEM**

## **1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO**

A escolha dos locais de estágio prendeu-se com o objetivo de acompanhar a pessoa em situação crítica em diferentes contextos da prestação de cuidados, desde o pré-hospitalar, passando pelo serviço de urgência e por uma unidade de cuidados intensivos. Deste modo, foi possível acompanhar a prática do enfermeiro especialista em diferentes níveis de cuidados à pessoa em situação crítica, assim como realizar intervenções e desenvolver competências nessa área.

### **1.1. EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR**

O estágio de Opção I elegido foi de Emergência Pré-hospitalar no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), mais especificamente numa ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) na zona Norte de Portugal.

“O INEM é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde” (INEM, 2020). Para prestar os cuidados de saúde no local da ocorrência e transferir as pessoas para o hospital adequado, o INEM é composto por diferentes meios: VMER; Ambulâncias SIV; Ambulâncias de transporte Inter-hospitalar pediátrico (TIP); Ambulância de Emergência Médica (AEM); Motociclos de emergência Médica (MEM); Serviço de Helicópteros de Emergência Médica (SHEM) e Unidades Móveis de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE), Viatura de Intervenção em Catástrofe (VIC) e ainda, o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e o Centro de Informação Antivenenos (CIAV).

Das horas totais de estágio (250 horas), 60 horas foram realizadas numa viatura VMER, que é "um meio de emergência médica, altamente diferenciado, de intervenção pré-hospitalar destinada ao acompanhamento do transporte rápido de uma equipa médica ao local onde se encontra o doente" (INEM, 2020, p.19). Esta viatura é tripulada por um médico e enfermeiro com formação específica, ministrada pelo INEM. A mesma é dotada de uma vasta gama de equipamento desde pediátrico a adulto, de modo a prestar os melhores e mais diferenciados cuidados de saúde “na rua”, desde trauma a doença súbita.

A equipa da VMER onde realizei o estágio é composta por 36 médicos e 20 enfermeiros que trabalham em vários serviços do hospital onde a viatura está alocada. Os turnos realizados na VMER são extras, conforme as disponibilidades da equipa, verificando-se, por vezes, turnos em que não há médico para preencher a escala, tornando a viatura inoperacional.

Durante o período do estágio, esta situação ocorreu em dois turnos que estive presente. Esta é uma situação que deixa a população da região coberta por esta resposta, mais vulnerável, pois, numa emergência, quando há necessidade de cuidados mais diferenciados e a viatura inoperacional, estes cuidados só poderão ser prestados no hospital. Esta situação é algo que ultrapassa a equipa de enfermagem, pois a mesma garante o preenchimento de todos os turnos.

A equipa de enfermagem da VMER, como já referi é composta por 20 elementos, que, segundo os enfermeiros com que estive no estágio, 70% são enfermeiros especialistas, apesar que, não consegui confirmar essa informação e quais as áreas de especialização.

A maioria das horas de Estágio (185 horas), foram realizadas num meio SIV, que é constituído por um Técnico de Emergência Pré-hospitalar (TAE) com formação em técnicas básicas de emergência e desfibrilhação automática externa e por um enfermeiro com formação específica, também ministrada pelo INEM.

Na SIV onde foi realizado o estágio, a equipa é composta por 5 TAE com idades compreendidas entre os 35 e os 50 anos, com mais de 10 anos de experiência extra-hospitalar e 10 enfermeiros, com idades compreendidas entre os 33 e os 55anos, com experiência extra-hospitalar superior a 5 anos. Dos 10 enfermeiros pertencentes à equipa, 7 são especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica, 1 em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e os restantes 2 elementos não apresentam nenhuma especialização.

Os meios SIV foram criados em 2007, com o objetivo de “garantir cuidados de saúde igualmente diferenciados, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa com capacidade de prestação de Suporte Avançado de Vida, cuja tripulação tem a possibilidade de administrar fármacos e realizar atos invasivos, mediante protocolos aplicados sob a orientação médica” (INEM, 2020, p.21).

Como é referido no Regulamento Profissional do Exercício dos Enfermeiros, as intervenções dos enfermeiros dividem-se em autónomas e interdependentes, portanto numa ambulância SIV, as intervenções interdependentes dos enfermeiros requerem ações "previamente definidas por protocolos de atuação, algoritmos e/ou planos de ação, que permitem ao enfermeiro ajuizar, organizar, executar, supervisionar e avaliar as suas intervenções" (OE, 2008, p.1).

Neste meio de socorro, os enfermeiros trabalham numa interdependência com o médico do CODU, e é nesta interdependência que as competências do enfermeiro especialista são evidenciadas, considerando os limites da sua autonomia, o reconhecimento da necessidade de referenciação, as dificuldades na tomada de decisão promovendo, ao mesmo tempo e em todas as situações, os direitos, a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa. Ao contrário da VMER, a equipa da SIV é composta por elementos (TAE e enfermeiros) que trabalham diretamente para o INEM, sendo o contexto de trabalho destes somente o meio extra-hospitalar e, por enfermeiros que trabalham num SU onde a viatura está alocada, em que, os turnos neste meio fazem parte do seu "rollman".

Para além do estágio nas viaturas VMER e SIV, também tive a oportunidade de observar um pouco do trabalho da Enfermeira Especialista, responsável por coordenar os enfermeiros da Delegação Norte do INEM, assim como visitar o CODU.

As 2 horas que estive com a Enfermeira Especialista na Delegação Norte do INEM foram escassas para compreender toda a complexidade desta organização, tendo realizado uma demonstração das auditorias que realiza aos enfermeiros pela plataforma ITEAMS, plataforma essa, que os mesmos fazem registos sobre as suas saídas.

A visita no CODU, permitiu-me compreender o acompanhamento da pessoa, desde o início da chamada até à gestão dos recursos mobilizados para e no local. O CODU, funciona desde agosto de 2006 com amplitude de nível nacional, subdividido em quatro regiões – Porto, Coimbra, Lisboa e Faro, sendo que o primeiro contato das pessoas com o SIEM, acontece via telefónica, através do CODU, onde se efetua a triagem e priorização da queixa principal da pessoa (INEM, 2020).

Na visita ao CODU, pude observar que, no mesmo, existem equipas com funções definidas que permitem a distribuição das chamadas consoante a sua natureza, por

exemplo: atendimento de chamadas do 112, atendimento de chamadas das equipas no terreno, médico assistente, equipa de apoio e intervenção psicológica e a equipa pertencente ao CIAV. O propósito principal do CODU passa pelo atendimento de chamadas para assistência médica, encaminhadas pelo número 112. A triagem das mesmas é efetuada com recurso a fluxogramas pré-estabelecidos informaticamente que determinam o nível de prioridade e, o tipo e quantidade de meios a deslocar para o local. A coordenação destes meios também é da responsabilidade do CODU (INEM, 2020).

Na SIV e na VMER, atendi pessoas que incluíam indivíduos de todas as idades (pediátricos, adultos e geriátricos), residentes ou presentes na zona Norte de Portugal. Esta população era composta por vítimas de emergências médicas ou traumáticas, em ambientes variados como residências, vias públicas ou locais de trabalho. A tipologia de pessoas atendeu, em grande parte, casos de trauma, representando cerca de um terço das ocorrências, que variaram entre acidentes de viação e quedas. Também prestei cuidados a pessoas com emergências clínicas, como paragens cardiorrespiratórias, dispneias graves, dores torácicas e acidentes vasculares cerebrais (AVC). Além disso, estive envolvida em situações específicas de emergência pediátrica e em atendimentos a pessoas em situação crítica ou instáveis que necessitavam de estabilização pré-hospitalar para transporte seguro.

## 1.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE

O Estágio em SU foi realizado num Serviço de Urgência Polivalente (SUP) da zona Norte.

Os SUP, de toda a rede de SU, são o nível mais diferenciado de resposta às situações de Emergência e Urgência e, segundo o despacho nº 10319/2014, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, publicado em Diário da República, 2ª série – Nº153 – 11 de agosto de 2014, deverão dispor de valências médicas obrigatórias e equipamentos mínimos tal como Medicina Interna, Medicina Intensiva, Cardiologia, Neurologia, Cirurgia, Ortopedia, Anestesiologia, Imuno-hemoterapia, Bloco operatório em permanência, Imagiologia e Patologia clínica.

No SUP onde realizei o Estágio, tal como os outros SU em Portugal, o processo de cuidados inicia-se após a admissão da pessoa, a qual pode ter-se dirigido ao hospital com

ou sem referência (Linha Saúde 24 ou outra Unidade de Saúde), por meios próprios ou de ambulância, sendo imediatamente encaminhada para a triagem.

O sistema de triagem implementado é um sistema de triagem por prioridades, denominado Sistema de Triagem de Manchester (STM), que proporciona uma avaliação inicial da pessoa, tendo por base a sua queixa e a identificação de critérios de gravidade (GPT, 2010). Este sistema recorre a fluxogramas pré-estabelecidos que determinam, de forma sistematizada, o nível de prioridade da pessoa e o tempo máximo para a primeira observação médica.

O SUP onde estagiei apresentava, à época, uma equipa de enfermagem composta por 69 profissionais, organizados em horários rotativos para garantir a prestação de cuidados ao longo das 24 horas. Durante os turnos da manhã (das 8h às 15h15) e da tarde (das 15h às 22h15), a equipa era constituída por 12 enfermeiros, enquanto no turno da noite (das 22h às 8h15) o número era reduzido para 9 profissionais. Estes enfermeiros estavam distribuídos por diferentes áreas do serviço, assegurando a resposta às diversas necessidades das pessoas em função da sua gravidade e das especificidades de cada setor do SUP.

Quanto à sua estrutura, o SUP apresenta uma sala de triagem, uma sala de eletrocardiograma (ECG) com possibilidade de ser um segundo posto de triagem quando necessário, 14 gabinetes médicos para as várias especialidades, uma sala de emergência (SE) com capacidade para 4 macas, 1 sala de trabalho para a equipa de enfermagem, 1 sala com capacidade para 11 macas para pessoas que aguardam decisão clínica e uma área com 9 camas para pessoas que permanecem mais tempo em observação com necessidade de maior vigilância (OBS).

A SE está equipada com todo o material necessário para abordar a pessoa em situação crítica, sendo que, todos os turnos, está alocado a esta sala, um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e/ou enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem na pessoa em situação crítica. Para além de um enfermeiro especialista, está atribuído à sala, um médico especialista em medicina intensiva e um técnico auxiliar de saúde experiente, com curso de suporte básico de vida. Em todos os turnos o enfermeiro especialista alocado à SE é responsável por certificar se os equipamentos estão funcionais, verificar o stock do material e repor o que está em falta.

As dotações seguras de enfermeiros conectam-se diretamente com a quantidade de horas de trabalho por enfermeiro para assegurar a qualidade dos cuidados prestados, que são fundamentais para alcançar índices de segurança para a população, para os profissionais e para as organizações (OE, 2019b).

No SUP, verificou-se que os mínimos recomendados definidos pelo Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE) não foram cumpridos em dois aspetos fundamentais. Em primeiro lugar, no internamento de curta duração da urgência, como a área de Observação (OBS), o rácio recomendado de enfermeiros é de um enfermeiro para cada três camas de internamento. Contudo, na OBS onde estagiei, com capacidade para nove camas, estavam apenas dois enfermeiros por turno, quando deveriam ser pelo menos três para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados. Em segundo lugar, o regulamento estipula que, em qualquer momento, pelo menos 50% dos enfermeiros em exercício na Rede de Urgência, incluindo os SUP, devem possuir competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica, atribuídas pela OE. No entanto, este requisito também não era cumprido, pois dos 69 enfermeiros, somente 22 apresentam formação nas áreas de especialidade de Enfermagem: 2 de Reabilitação; 16 na médico-cirúrgica, dos quais 7 na área de Enfermagem à PSCT; 2 em Saúde Mental e Psiquiátrica, e 2 em Saúde Comunitária.

Ademais, o posto de triagem é assegurado, todos os turnos, por um enfermeiro com formação específica em Triagem de Manchester (TM), não sendo, nem sempre assegurado por enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, como recomendado também no Regulamento n.º 743/2019 da OE e, a formação dos enfermeiros do SU deve contemplar obrigatoriamente formação em Suporte Avançado de Vida (SAV), conforme consta no Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, algo que também não é cumprido.

Assim, as insuficiências referidas revelam um incumprimento entre as orientações regulamentares e a realidade prática, impactando diretamente na capacidade de resposta do serviço e no bem-estar tanto das pessoas quanto dos profissionais de saúde.

Neste estágio, acompanhei adultos que recorreram ao serviço por iniciativa própria, foram referenciados por unidades de saúde ou transportados por serviços de emergência. A área geográfica abrange cerca de 300000 habitantes e inclui vários concelhos da zona Norte Interior de Portugal. A tipologia de utentes, incluiu casos de doenças agudas e crónicas

descompensadas, como patologias respiratórias (e.g., insuficiência respiratória), cardiovasculares (e.g., enfarte agudo do miocárdio) e metabólicas (e.g., cetoacidose diabética). Também atendi casos de menor urgência, classificados como verde ou azul pela TM, que frequentemente envolviam sintomas inespecíficos. Por outro lado, assisti a situações críticas classificadas como prioritárias (vermelho e laranja) pela mesma triagem. Além disso, enfrentei casos de violência verbal relacionados com tempos de espera e insatisfação por parte dos utentes.

### 1.3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

O estágio em uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), foi realizado num hospital da zona centro. A UCIP está dividida em UCIP I que tem capacidade para 8 camas e UCIP II com capacidade para 12 camas, porém, por falta de recursos humanos, somente está em funcionamento a UCIP II.

A UCIP II foi inaugurada no ano passado, apresentando instalações novas, como já foi referido tem capacidade para 12 camas, das quais 5 em quartos individuais, 2 quartos com 2 camas e 1 quarto com 3 camas. Todos os quartos desta nova unidade têm capacidade de isolamento tanto para pressão negativa e pressão positiva. Apresenta sistema de vídeo vigilância, monitorização cardíaca, monitorização hemodinâmica invasiva e capnografia e ainda meios de suporte ventilatório, bombas de controle de administração de fluidos e equipamento para execução técnica de substituição renal.

A admissão na UCIP obedece a critérios pré-estabelecidos, que consideram as necessidades de substituição e manutenção das funções vitais das pessoas em situação crítica, sendo que as vias de entrada na UCIP são maioritariamente a partir do SU com patologias do foro médico, a partir do bloco operatório, na sequência dos cuidados pós-cirúrgicos e, ainda a partir de um serviço de internamento, quando existe a necessidade de escalar o nível de cuidados da pessoa.

Na UCIP, acompanhei adultos admitidos de outros serviços hospitalares, como o SU, o bloco operatório ou outros internamentos, em estado crítico e necessitando de monitorização contínua e técnicas de suporte avançado de vida. A tipologia de pessoas atendeu, em grande parte, patologias cirúrgicas, especialmente relacionadas ao sistema gastrointestinal, como complicações pós-operatórias. Também prestei cuidados a pessoas

com patologias respiratórias graves, como insuficiência respiratória aguda e pneumonia grave. Além disso, estive envolvida no cuidado a vítimas de politraumas e em processos relacionados com doação de órgãos, acompanhando pessoas em morte cerebral e as respetivas medidas de manutenção corporal para viabilizar a transplantação.

No que concerne à equipa de enfermagem, esta era composta por 40 enfermeiros, dos quais 1 desempenhava predominantemente funções de apoio à Enfermeira Gestora, embora também prestasse cuidados gerais quando necessário. Dos 40 enfermeiros, 11 eram especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e 4 eram especialistas em enfermagem de reabilitação. Importa destacar que os enfermeiros especialistas em reabilitação não se dedicavam exclusivamente à prestação de cuidados especializados na sua área, mas também assumiam responsabilidades na prestação de cuidados gerais às pessoas internadas.

Os cuidados especializados não eram assegurados de forma universal a todas as pessoas internadas, sendo priorizados para aquelas cujas condições clínicas exigiam intervenções mais diferenciadas, como necessidades de reabilitação funcional, recuperação de mobilidade ou gestão de situações clínicas complexas. Desta forma, a alocação de cuidados especializados era determinada com base nas prioridades estabelecidas pela equipa e nas especificidades de cada caso clínico.

Tendo em conta as dotações seguras definidas pelo Regulamento nº 743/2019 da OE, que recomenda que 50% da equipa de prestação de cuidados deve ser especialista, foi possível verificar, que este critério não é cumprido, o que pode colocar em risco a qualidade e a segurança dos cuidados. Para além disso, segundo o Regulamento nº 743/2019 da OE, as UCIP de nível III o rácio de enfermeiro/ utente é de 1 para 1, algo que também não é possível ser cumprido, pois, por turno estão 6 enfermeiros, sendo que no total a ocupação da unidade, como já foi referido, são 12 camas. Ou seja, o rácio atual, é de 1 enfermeiro para 2 utentes, já que há 6 enfermeiros por turno para uma ocupação total de 12 camas.

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

O TISS-28 é um instrumento utilizado para avaliar e quantificar a carga de trabalho de enfermagem em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Este sistema baseia-se na pontuação de 28 intervenções terapêuticas específicas, realizadas durante um período de 24 horas, com o objetivo de determinar o nível de complexidade dos cuidados prestados e, conseqüentemente, as necessidades de recursos humanos. Cada intervenção tem uma pontuação atribuída, que varia consoante a sua complexidade e tempo necessário para a execução. Por exemplo, procedimentos simples, como a administração de medicação oral, têm uma pontuação menor, enquanto intervenções mais complexas, como suporte ventilatório, monitorização hemodinâmica invasiva ou suporte renal, possuem pontuações mais elevadas. A soma total das pontuações de todas as intervenções realizadas a um utente, permite determinar a carga de trabalho de enfermagem associada a esse utente (Queijo e Padilha, 2009).

No entanto, como referido por Queijo e Padilha (2009), o TISS-28 apresenta limitações, pois não abrange todas as atividades desempenhadas pelos enfermeiros, como o suporte emocional e educativo à família, a gestão administrativa ou a articulação com outros profissionais de saúde. Estas componentes, embora essenciais na prática de cuidados intensivos, não são contabilizadas diretamente no sistema, o que pode subestimar a real carga de trabalho da equipa de enfermagem. O TISS-28 é uma ferramenta útil para ajudar na gestão e planeamento de recursos em UCI, mas deve ser complementada com outras abordagens que considerem todas as dimensões da prática de enfermagem, garantindo uma avaliação mais completa e precisa das necessidades do serviço.

Os rácios de enfermeiro/utente, não cumprem o estipulado no Regulamento nº 743/2019 da OE para UCIP de nível III, que prevê um rácio de 1 enfermeiro por cada doente (1:1), no entanto, estão mantidos dentro das recomendações da Rede de Referenciação de Medicina Intensiva, sendo de 1:2 nos Cuidados Intensivos e 1:3 nos Cuidados Intermédios. Porém, denotei alguma dificuldade na gestão do tempo na prestação de cuidados, algo que em conversa com os demais enfermeiros da equipa também é sentido, concluindo que os rácios recomendados deveriam ser revistos para a melhoria da qualidade dos cuidados. Contudo, para melhorar os rácios teriam de ser contratados novos enfermeiros, pois devido a ausências prolongadas há recurso a horas extra.

No contexto real da UCI, os padrões e indicadores de qualidade do serviço podem ser analisados e melhorados com base em exemplos concretos das práticas diárias. Em

relação à prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde, pode ser monitorizada a taxa de infeções relacionadas com dispositivos invasivos, como ventilação mecânica, cateter venoso central e cateter vesical, tendo o serviço aderido ao Programa Stop Infeção Hospitalar 2.0.

Outro exemplo é a satisfação das pessoas e das famílias que é avaliada através de inquéritos estruturados, permitindo identificar pontos fortes e áreas de melhoria, como a humanização dos cuidados e a qualidade da comunicação. Para alcançar melhorias, seria essencial investir em tecnologia de suporte à monitorização contínua dos indicadores, realizar reuniões periódicas para análise de dados e implementação de estratégias, e garantir a adequação dos rácios de enfermeiro/utente, contratando mais profissionais para que as equipas consigam dedicar mais tempo à personalização e humanização dos cuidados. Este enfoque nos padrões e indicadores, acompanhado de ações práticas, poderia assegurar uma prestação de cuidados mais segura, eficiente e centrada na pessoa.

## **2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO**

O desenvolvimento de competências em estágio foi um processo contínuo e enriquecedor, permitindo a aquisição e consolidação de conhecimentos especializados na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Este capítulo reflete as competências desenvolvidas em diferentes domínios, organizados de acordo com os parâmetros definidos pela OE. A prática clínica durante os estágios possibilitou não apenas a aplicação de conceitos teóricos, mas também a vivência de situações complexas e desafiantes que exigiram a utilização de habilidades técnicas, científicas, éticas e humanas. A experiência em diversos contextos – desde o pré-hospitalar ao hospitalar – proporcionou uma visão abrangente e integrada da prestação de cuidados especializados, contribuindo para o aperfeiçoamento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. Este percurso foi orientado pela reflexão crítica sobre as práticas, com o objetivo de garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e o alinhamento com os padrões de excelência exigidos na área da enfermagem médico-cirúrgica.

## 2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com a OE, o enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (OE, 2019a, p. 4744), sendo detentor de competências que são comuns a todos enfermeiros especialistas. O perfil das competências comuns do Enfermeiros Especialistas é, atualmente, definido pela OE com o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Estas competências foram estruturadas em Domínios que uniformizam a intervenção do enfermeiro especialista, sendo elas: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a).

### 2.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal

Segundo Diário da República, 2.a serie – N.º 26 – 6 de fevereiro de 2019, Regulamento n. 140/2019, Artigo 5.º, fazem parte das competências deste domínio:

- Desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
- Promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Portanto, o enfermeiro deve possuir uma conduta responsável, baseada nas normas legais e princípios éticos e deontológicos próprios da enfermagem, refletindo um exercício baseado em idoneidades que permitem a tomada de decisão ética e deontológica, para uma prática segura que respeite os direitos humanos e as preferências da pessoa. Nos diferentes campos de estágio, acompanhei e participei em diferentes processos de tomada de decisão que sempre tiveram por base os princípios orientadores da responsabilidade deontológica dos enfermeiros e os princípios da bioética, que são o Princípio da Beneficência, Princípio da Não Maleficência, Princípio da Autonomia e o Princípio da Justiça (OE, 2015a).

A pessoa em situação crítica, por vezes, não tem a capacidade de tomar decisões, como por exemplo, quando a mesma está inconsciente ou pela sua condição crítica, não tem plena capacidade de utilização das suas funções mentais, pelo que o princípio da autonomia, torna-se difícil de se fazer cumprir (Rosa *et. al.*, 2016). Para além disso, a pessoa em situação crítica requer intervenções imediatas, intervenções estas que podem

ser muito invasivas, o que suscita outras questões relacionadas com os princípios éticos, deontológicos e legais, nomeadamente os princípios da beneficência e não maleficência, que são pilares das decisões tomadas no contexto crítico, tendo em consideração que a maioria das alterações provocadas na pessoa podem, também, causar a sua instabilidade, surgindo, portanto, um dilema ético (Rosa *et. al.*, 2016).

Num dilema ético, a tomada de decisão é complexa, sendo necessário conhecer o problema, definir o problema, avaliar alternativas e escolher a melhor alternativa entre as possíveis (OE, 2015a). Ao longo dos Estágios, foi possível participar em vários momentos onde as questões da tomada de decisão de âmbito ético e deontológico na implementação de cuidados à pessoa e família foram analisadas e discutidas. Um exemplo disso, foi numa saída com a VMER para uma dispneia de um senhor de 89 anos. À nossa chegada os bombeiros já tinham iniciado a administração de oxigénio, sendo que, o senhor mantinha sinais de dispneia (polipneia e utilização de músculos acessórios) e dessaturação, mesmo com o incremento de oxigénio por máscara de alta concentração a 15 L/min, aspiração de secreções e administração de terapêutica. Após a colheita de informação com a família, nomeadamente os antecedentes e comorbilidades, na qual ficou-se a saber que o senhor apresentava uma neoplasia pulmonar estadio IV, foi realizada uma análise dos prós e contras das intervenções a realizar e o seu *outcome*. Face ao estado avançado da doença e instabilidade hemodinâmica optou-se por medidas de conforto. Aqui prevaleceu o Princípio da Não Maleficência, de não causar dano intencional (Rosa *et. al.*, 2016). Em equipa, foi decidido que intervenções invasivas não seriam benéficas nesta situação, procurando que os efeitos das ações realizadas não causassem danos à pessoa, evitando assim o mal para ela.

O envolvimento da pessoa e família nos seus cuidados e a adoção de uma linguagem assertiva e esclarecedora, permitem a obtenção de um consentimento informado, quando possível, porém a gestão eficaz do tempo, o estado de instabilidade, a alteração neurológica e incapacidade de compreensão, podem apresentar-se como um desafio à integração da pessoa/família nos seus cuidados, pelo que numa urgência, muitas vezes, impera o consentimento presumido, considerando as situações descritas no Artº8 da Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001 de 3 de janeiro, situações essas vivenciadas na SE no estágio do SU.

No estágio do INEM, pude verificar o quão exigente é “trabalhar na rua”, pois é importante analisar de ocorrência para ocorrência, as condições e os recursos de cada local e ajustar os procedimentos de modo a proporcionar um cuidado com segurança e privacidade para a pessoa.

No SU, tal como no extra-hospitalar, devido à sua habitual sobrelotação, o enfermeiro, durante a prestação de cuidados também necessita de desenvolver estratégias para respeitar a privacidade e intimidade das pessoas, recorrendo-se a lençóis e biombos. Em ambos estágios, foi possível verificar o esforço para integrar a pessoa e a família/cuidadores, sendo que quem acompanha a pessoa, também são fonte de informação que permite compreender o problema atual e o estado prévio da pessoa, assim como as suas preferências.

Já na UCIP, graças à sua estrutura, as condições para promover um ambiente calmo, respeitando a dignidade e a privacidade são mais facilitadas. Ademais, aqui nesta última unidade, destaca-se o envolvimento da família, transmitindo a informação com linguagem clara e adequada a cada pessoa, garantindo assim o direito à informação, sem prejudicar o sigilo e a confidencialidade.

O estabelecimento de uma relação de ajuda com a pessoa e o envolvimento da família e/ou cuidadores são elementos importantes para a “satisfação do cliente”, enunciado descritivo de qualidade do exercício profissional dos cuidados especializados em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica (OE, 2015b). Os enfermeiros especialistas têm de ser criativos e adaptáveis na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica ou de emergência, tendo em conta o ambiente, a gestão do tempo e a limitação dos recursos e meios, proporcionando à pessoa os cuidados diferenciados necessários e, simultaneamente, direcionando as ações da equipa de enfermagem de acordo com os princípios éticos e deontológicos.

### **2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**

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

Segundo o Diário da República, 2.a serie – Nº 26 – 6 de fevereiro de 2019, Regulamento n. 140/2019, Artigo 6.º, fazem parte das competências deste domínio:

- Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade;
- Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro.

Para a promoção de um ambiente seguro, para além do conhecimento teórico o mais atualizado possível, é importante conhecer os protocolos e documentos de atuação nos diferentes campos de estágio. Exemplos desses protocolos consultados é o Protocolo de Procedimentos e Algoritmos da SIV no estágio de emergência pré-hospitalar, que foi crucial para antecipar as necessidades e intervenções. Outros exemplos são: o documento sobre os critérios para admissão de utentes na Sala de Emergência, protocolo de transferência de utentes intra/inter-hospitalar, protocolo de preparação e manutenção da linha arterial, protocolo de administração terapêutica, entre outros.

Outra forma de garantir cuidados seguros é a passagem de informação, que no INEM e no OBS do SU, a metodologia utilizada é o ISBAR, sigla que corresponde a Identify (identificação), Situation (situação atual), Background (antecedentes), Assessment (avaliação) e Recommendation (recomendações) que, segundo a DGS permite uma "comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente" (DGS, 2017a, p.1).

A produção de registos de enfermagem estruturados e detalhados, é uma necessidade que deve estar patente na prática como na formação dos enfermeiros, pois são elementos de consulta, partilha de informação e avaliação das intervenções realizadas, sendo descritos como uma oportunidade de produzir indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem que dependem da quantidade e qualidade dos dados que os originam. Em todos os locais de Estágio, os registos de enfermagem são informáticos, através de sistemas que são distintos em todos os contextos de estágio.

No SU vivenciei que, frequentemente, as pessoas estão no serviço por pequenos períodos de tempo, sendo os registos básicos e sem individualidade, no entanto, quando as mesmas permanecem durante mais tempo e ficam em vigilância em OBS ou na Sala de Decisão

Clínica, são realizadas escalas de risco para a avaliação inicial da pessoa e planeadas intervenções específicas para a mesma.

Na UCIP existe um conjunto de registos essenciais preconizados e de atualização constante, que englobam: escalas de risco de quedas e úlcera de pressão, escalas diferenciadas afetas a cada condição (ex.: escala de Ramsay, Richmond Agitation-Sedation Scale, Behavioral Pain Scale); registo regular de sinais vitais, monitorização hemodinâmica e da atividade cerebral.

No INEM, foi possível verificar que existia uma maior dificuldade em efetuar registos no momento da prestação de cuidados, devido à dinâmica exigente do contexto pré-hospitalar. Esta limitação pode resultar em registos incompletos, frequentemente básicos e pouco individualizados, não traduzindo de forma integral todo o trabalho realizado pela equipa no terreno. Para mitigar esta situação, sugeri a criação de um modelo de registo simplificado em suporte físico, como um formulário estruturado seguindo a metodologia ISBAR, que permitisse anotar rapidamente informações essenciais durante as ocorrências, como sinais vitais, intervenções realizadas e resposta do doente. Durante o estágio, implementei esta sugestão que foi utilizado em algumas saídas. Este documento facilitava o registo inicial, permitindo facilitar a passagem de dados para o médico do CODU e, posteriormente transferir a informação de forma mais detalhada para o sistema informático do INEM, garantindo assim maior precisão e individualidade nos registos, ao mesmo tempo que minimizava a omissão de dados importantes.

Outro exemplo de melhoria sugerida e que apliquei com o meu orientador foi, a prática de realizar um *debriefing* informal após cada saída, onde anotávamos os principais eventos, desafios enfrentados e intervenções realizadas. Este momento de reflexão imediata servia para complementar os registos formais e garantir que informações importantes não fossem perdidas. Participei diretamente em vários destes *debriefings*, registando informações adicionais que foram posteriormente integradas nos relatórios do sistema.

Como enfermeira a exercer funções num SUB e a realizar TM, no estágio da SUP, ao realizar triagem num serviço diferente, deparei-me com as mesmas dificuldades que já sentia, nomeadamente, stress por pressão por parte das pessoas por elevados tempos de espera, levando a várias interrupções por parte das mesmas e/ou acompanhantes a questionarem quando serão chamadas pelo médico, levantando outra questão que é a falta

de privacidade. Numa pesquisa bibliográfica sobre a temática, verifiquei que estas dificuldades que eu sentia ao realizar triagem através do STM, também eram as dificuldades descritas pelos autores nos seus estudos (Freitas, 2014; Amaral, 2017; F. Costa et al., 2022), portanto, daqui surgiu o estudo de investigação de prática especializada baseada na evidencia sobre as Dificuldades Percecionadas pelos Enfermeiros na Triagem de Manchester num Serviço de Urgência, que inicialmente estava planeado ser um estudo quantitativo, através da aplicação de questionários através de uma escala de Likert, no entanto, por razões pessoais, não foi possível aplicar o estudo primário, tendo abordado o tema sob a forma de *scoping review*.

O enfermeiro especialista é um elemento de referência no âmbito da melhoria da qualidade, que deve ser proativo e criar procedimentos e/ou protocolos que visem a melhoria dos cuidados prestados aos utentes, portanto para isso, deve também detetar na equipa onde está inserido, as lacunas de conhecimento e as necessidades de formação, de modo a colmatá-las. Com isto em mente, para desenvolver competências neste domínio, procurei perceber as necessidades de cada serviço e realizar trabalhos nesse âmbito.

A SIV onde estagiei abrange uma área territorial muito extensa, em que o tempo decorrido desde a ocorrência, a estabilização no local e até a transferência para o hospital mais próximo, pode, muitas vezes, ser superior a 1 hora. Um terço das ocorrências durante o estágio foram a pessoas vítimas de trauma, sendo uma área em que me senti mais insegura por apresentar menor experiência profissional na abordagem a vítimas de trauma, por isso, realizei uma revisão da literatura mais atual sobre o mesmo, o que me levou a elaborar uma proposta de alteração do protocolo na abordagem à vítima de trauma (Apêndice I).

No SU foi realizado um documento de Preparação e Administração Terapêutica de um medicamento administrado na SE (Apêndice II) e foi apresentado um póster sobre Humanização dos Cuidados de Enfermagem em Contexto de Urgência/ Emergência (Apêndice III), em colaboração com outras colegas do Mestrado, no Congresso de Urgência e Emergência realizado pelo serviço.

A transição de cuidados é um momento crítico na prestação de cuidados de saúde, ocorrendo em qualquer momento em que se verifique a mudança de responsabilidade de cuidados entre diferentes profissionais de saúde, devendo ser assegurado a continuidade dos cuidados e a segurança das pessoas (DGS, 2017a). Um desses momentos críticos,

são as passagens de turno, que exigem um nível elevado de consciência que está associado à capacidade dos profissionais se concentrarem na produção e na compreensão da linguagem, que se traduz cognitivamente em elementos relacionados ao cuidado da pessoa (Spilioti et al. e Pun, *apud* Alves e Veiga-Branco, 2023).

Na UCIP, por ser um serviço mais complexo, as passagens de turno deve garantir uma comunicação eficaz, que segundo a DGS, como já foi referido, essa comunicação deve seguir a metodologia ISBAR, por isso foi realizado um documento sobre a Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde (Apêndice IV) com a proposta de iniciar a utilização da metodologia ISBAR na transição dos cuidados de saúde neste serviço, visto ainda não estar implementado.

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

Segundo o Diário da República, 2.a série – N.º 26 – 6 de fevereiro de 2019, Regulamento n. 140/2019, Artigo 7.º, fazem parte das competências deste domínio:

- Gerir os cuidados de modo a otimizar a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Nas suas diversas competências, o enfermeiro especialista tem de gerir os cuidados que executa e que delega, dentro da equipa multidisciplinar, otimizando as respostas da equipa, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados (OE, 2019a). Também, segundo o Diário da República, 2.ª série - N.º 123 - 26 de junho de 2015, Regulamento n.º 361/2015, “na procura permanente da excelência no exercício profissional o enfermeiro especialista assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializado” (OE, 2015b, p.17243).

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

No Estágio Pré-hospitalar, nomeadamente na SIV, numa saída, é o enfermeiro o elemento responsável pela avaliação da vítima e dos recursos e intervenções necessárias para a sua estabilização, articulando e delegando com a equipa multiprofissional presente e com o

CODU. Por isso, aqui, o enfermeiro tem um papel preponderante na liderança e tomada decisão. Portanto, na SIV desenvolvi competências neste âmbito, pois, sempre com a supervisão do enfermeiro orientador, realizei a avaliação inicial à pessoa, e de acordo com essa avaliação em contacto com o médico do CODU, foram realizadas e delegadas intervenções com vista ao “bem-estar da pessoa” e “prevenção de complicações”, enunciados descritivos dos padrões de qualidade no exercício profissional de enfermagem especializada (OE, 2015b).

Adicionalmente, no INEM, conforme mencionado no capítulo anterior, durante a visita à Delegação Norte, tive a oportunidade de acompanhar o trabalho de uma Enfermeira Especialista responsável pela coordenação dos enfermeiros da zona norte, que apresentou as auditorias realizadas para avaliar o desempenho dos profissionais sob sua supervisão.

Tanto no SU como na UCIP, o Enfermeiro responsável de turno tem, múltiplas tarefas a desenvolver: organizar os recursos existentes; agilizar a transferência de utentes; gerir as vagas e as necessidades do serviço; equilibrar a distribuição das pessoas com as competências dos elementos da equipa e assim, gerir os recursos de forma eficiente fomentando a melhoria da qualidade.

Em todos os campos de estágio, foi possível participar na gestão de recursos materiais através da gestão de stocks, englobando os pedidos de material, o que exigia interação constante com o serviço de aprovisionamento e farmácia. Esta gestão exige um conhecimento profundo das dinâmicas do serviço e do fluxo habitual, estando sempre salvaguardado um stock mínimo que permita responder em caso de fluxo elevado.

Outra área fulcral da gestão em enfermagem é a avaliação dos cuidados prestados, na procura da melhoria da qualidade, tendo por base os indicadores de qualidade definidos no serviço e fazendo cumprir os requisitos dos diferentes órgãos normativos e de acreditação.

Na UCIP, visto a minha enfermeira orientadora ser o Elo de ligação da PPCIRA, presenciei e participei em auditorias realizadas no âmbito do “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical.

Ainda no âmbito da gestão, um fator fulcral a ter em consideração é a gestão de recursos humanos de acordo com as dotações seguras. Tal como descrito pela OE, as dotações seguras de um serviço, garantem a quantidade de enfermeiros necessários para a prestação

de cuidados, refletindo “a adequação dos recursos humanos face às características demográficas da população, aos perfis de saúde e de doença, às tecnologias de saúde e à maior diversidade de métodos e metodologias de gestão, garantindo, a qualidade e segurança, ... através do reforço dos cuidados de enfermagem, de acordo com as melhores práticas e recomendações internacionais” (OE, 2019b, p.128).

Nos diferentes contextos, foi possível verificar o comprometimento das equipas e dos coordenadores para que os cuidados sejam efetuados dentro das recomendações normativas da OE.

Tal como já foi descrito no capítulo 1, no SU as dotações seguras não são cumpridas, nomeadamente no OBS, assim como na UCIP, que é um local que exige um rácio de enfermeiro/utente rigoroso, para garantir a segurança da pessoa, não se verificando sempre, as dotações seguras no que se refere ao rácio de enfermeiro/utente e, ao não serem garantidas as dotações seguras, há um decréscimo da qualidade dos cuidados de enfermagem.

#### **2.1.4. Domínio do Desenvolvimento de Aprendizagens**

Segundo o Diário da República, 2.a série – N.º 26 – 6 de fevereiro de 2019, Regulamento n. 140/2019, Artigo 8.º, fazem parte das competências deste domínio:

- Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade;
- Basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

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

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, requer um vasto leque de aptidões e habilidades pelo que, senti a necessidade de pesquisar e validar conhecimentos, considerando a elevada diferenciação necessária nos contextos de estágio.

Procurei oportunidades de aprendizagem diversificadas, que me permitissem sair da minha área de conforto e, desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, o que permitiu aprimorar o meu raciocínio crítico e despertar a atenção para a abordagem da pessoa em situação crítica, segundo uma visão global, baseada na evidência científica, perspetivando o desenvolvimento dos cuidados especializados.

No Estágio do Pré-hospitalar, foram vários os momentos *debriefing*, após as saídas, que foram momentos de reflexão que proporcionaram uma oportunidade para corrigir os erros e melhorar as minhas intervenções, desenvolvendo ainda o autoconhecimento, num contínuo de aprendizagem.

Ademais, em todos os estágios, realizei pesquisas bibliográficas e trabalhos, como já evidenciei anteriormente, de modo a colmatar lacunas no meu conhecimento e melhorar a minha prática clínica, tendo sempre em mente os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em Pessoa em Situação Crítica.

## 2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O Regulamento n.º 429/2018 da OE define as Competências Específicas do enfermeiro especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, reconhecendo a importância de especificar as competências de acordo com a área de especialidade dentro da Enfermagem Médico-cirúrgica (OE, 2018).

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

No regulamento n.º 429/2018 da OE (2018), cada competência específica do Enfermeiro Especialista na área da Pessoa em Situação Crítica está dividida em unidades de competência. No cuidar da pessoa, família/ cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, as unidades da competência são as seguintes:

- Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos;

- Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas;
- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/ cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;
- Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/ cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Assiste a pessoa, família/ cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/ doença e/ou falência orgânica.

A Teoria das Transições foi adotada, no decurso dos estágios, como modelo de conceptualização dos cuidados. Segundo Meleis (2017), a transição ocorre quando há uma mudança no estado de saúde, nos papéis, nas expectativas ou nas capacidades, exigindo que a pessoa se adapte a esta mudança. Esta transição é observada na pessoa em situação crítica, pois a pessoa passa de um estado de saúde/bem-estar para uma doença aguda ou até mesmo, um estado de uma doença crónica estável, para uma agudização dessa mesma doença crónica. Portanto, o enfermeiro tem um papel fundamental na adaptação e capacitação da pessoa em situação crítica, que se encontra mais vulnerável, a esta mudança no seu estado de saúde.

O Pré-hospitalar, o SU e a UCIP são ambientes com características singulares que requerem a uma abordagem sistematizada, focada na prevenção da instabilidade da pessoa e das complicações decorrentes dos cuidados e, para isto, a abordagem da pessoa deve ser feita de forma holística, tendo em consideração o indivíduo, o contexto e a família, potenciando os melhores resultados possíveis.

Nos diferentes campos de estágios, a diversidade de intervenções passou por: colaborar e realizar procedimentos e técnicas de elevada complexidade, controle sintomático, estabilização hemodinâmica, SAV, previsão e correção de situações de instabilidade, entre outros. Como ferramentas essenciais de intervenção na pessoa em situação crítica, as abordagens sistematizadas são cruciais no tratamento em contexto de emergência, facilitando a gestão de tempo e reconhecimento precoce da deterioração clínica, sendo a abordagem utilizada, o algoritmo ABCDE (Airway/Breathing/Circulation/Disability/Exposure), que permite a “identificação das

condições potencialmente fatais e o início do tratamento emergente de forma contínua e sequencial permite evitar a deterioração da condição clínica " (INEM, 2019, p.7).

O estágio no Pré-hospitalar foi marcante para desenvolver capacidades numa área que, como enfermeira a exercer funções num SUB não tinha tanta experiência, que foi o trauma. Aqui, a necessidade de tomar decisões em tempo útil, que exigiram uma base teórica sólida e uma atuação dirigida e eficaz, foi relevante. Nas saídas à vítima de trauma, pude colocar em prática a teoria e, verificar que não é só importante avaliar a vítima, mas também o cenário, de modo a analisar os mecanismos de lesão que são pistas para as possíveis lesões.

Outra situação marcante, ocorreu durante o estágio na SIV, onde colaborei na execução do protocolo SAV a uma pessoa em Paragem Cardiorrespiratória. Também estava presente a VMER, o que possibilitou o desenvolvimento de competências nessa área. No entanto, apesar de todas as intervenções realizadas, o médico declarou o óbito no local. Posteriormente, o líder fez um pequeno “*debriefing*” sobre o que foi feito e o que poderia ter sido otimizado, algo que considero uma mais-valia, visto que a reflexão crítica das nossas intervenções promove a melhoria dos nossos cuidados.

Na ocorrência acima referida, também pude desenvolver outra área importante da intervenção do enfermeiro especialista, no âmbito da comunicação, que é a comunicação de más notícias e a facilitação do processo de luto, aqui nesta situação, infelizmente, teve que se transmitir à família a notícia da morte e colaborar na gestão de emoções.

A comunicação de más notícias tem um impacto profundo no bem-estar físico, psicológico e social tanto da pessoa, quanto de sua família, carecendo de uma abordagem humanizada, que considere a singularidade da pessoa, pois envolve informações que podem alterar significativamente, e de forma negativa o bem-estar mental da pessoa. Por isso, comunicar más notícias é uma intervenção essencial que requer uma avaliação constante da pessoa e da família, além de sensibilidade ética e moral, acompanhadas de estratégias de comunicação adequadas (Diniz, 2021).

O conhecimento em técnicas de comunicação, adaptando a comunicação à complexidade da situação é uma competência essencial do enfermeiro especialista e, em todos os estágios, a pude desenvolver, pois existiram momentos que necessitaram de uma preparação da pessoa ou dos familiares para compreenderem a informação que lhes era

prestada, tendo sempre o cuidado de ajustar a linguagem ao utente e à complexidade da situação. A comunicação com o utente, para além de fornecer ao utente as informações necessárias para que este seja envolvido nos seus cuidados e tome decisões informadas e esclarecidas, promove o estabelecimento de uma relação terapêutica, auxiliando na gestão da ansiedade.

A monitorização hemodinâmica invasiva desempenha um papel importante nos cuidados à pessoa em situação crítica. Durante a prática, foi possível identificar os principais parâmetros a serem monitorizados de acordo com a patologia apresentada pela pessoa, assim como ajustar a medicação necessária.

Os cuidados prestados à pessoa crítica no SU e na UCIP contribuíram para o desenvolvimento de competências no manuseamento de dispositivos invasivos como o cateter venoso central, cateter de hemodiálise e linha arterial.

Já os cuidados à pessoa em situação neurocrítica, proporcionaram a oportunidade de utilizar técnicas de neuromonitorização, tanto invasivas quanto não invasivas, como o cateter de drenagem ventricular equipado com sensor de Pressão Intracraniana (PIC). A monitorização da PIC é essencial, pois possibilita “identificar e até antecipar episódios de instabilidade do doente, permitindo planejar as intervenções de enfermagem de forma adequada” (Feijó, 2020, p. 216).

Nas pessoas sedadas e sob analgesia, recorre-se ao Índice Bispectral (BIS) para avaliar a profundidade da sedação. Já para pessoas em estado de curarização, utiliza-se o Train of Four (TOF), um método que permite monitorizar o grau de bloqueio neuromuscular (Molina et al., 2021).

Em paralelo, a avaliação da escala de Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) é imprescindível. Essa ferramenta mede a “qualidade e profundidade da sedação em utentes adultos na UCIP” e, quando combinada com protocolos de sedação e o uso de fármacos sedativos não pertencentes ao grupo das benzodiazepinas, está associada a uma melhoria no prognóstico. Isso se reflete na diminuição do tempo de ventilação mecânica, na redução do período de hospitalização e na minimização de sequelas cognitivas a longo prazo (Monte, 2020, p. 109).

Outro aspeto importante na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, são os momentos do transporte intra/ inter-hospitalar, pois esses momentos são vulneráveis para

a segurança da pessoa. O transporte destes utentes envolve sempre riscos, no entanto, a sua justificação baseia-se na necessidade de fornecer um nível superior e especializado de cuidados, ou até para realizar exames complementares de diagnóstico e tratamento, não exequíveis na unidade ou na instituição onde o utente se encontra (SPCI, 2023).

Apesar da decisão do transporte de pessoas ser da competência médica, o planeamento do transporte é feito em equipa com o enfermeiro, considerando: coordenação, comunicação, estabilização, a equipa e sua diferenciação, equipamentos disponíveis, o meio de transporte e toda a documentação de referência, permitindo a antecipação de problemas e preparação de terapêutica e equipamento adequados ao transporte (SPCI, 2023).

Ao longo dos estágios tive oportunidade de realizar várias vezes o transporte da pessoa em situação crítica, particularmente o transporte intra-hospitalar para a realização de exames imagiológicos, transferência da SE para a UCIP e transferência do bloco operatório (BO) para a UCIP, assim como da UCIP para o BO. No transporte da pessoa em situação crítica é de destacar, que o planeamento e antecipação de todos os recursos necessários, como acima referi é deveras importante para que o transporte decorra sem intercorrências. Em todos transportes intra-hospitalares que realizei, as pessoas estavam em ventilação mecânica e com várias terapêuticas em perfusão, por isso assegurei que tínhamos um ventilador para transporte com bateria suficiente, uma bala de oxigénio com capacidade adequada, levar somente a medicação estritamente necessária como aminas e sedo analgesia, bombas perfusoras e monitor/ desfibrilhador com bateria, assim como, também foi levada a mala de transporte intra-hospitalar com material e medicação de SAV, mala esta que é revista periodicamente.

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

Nos campos de estágio, verificou-se que, a Escala Visual Numérica da dor (EVN) é o instrumento mais amplamente utilizado, todavia, por a pessoa em situação crítica nem

sempre apresentar capacidade para comunicar o nível de dor, por muitas vezes apresentar alteração do estado de consciência é necessário recorrer a outros instrumentos de avaliação.

Na UCIP utilizam a Escala de Comportamentos Indicadores de Dor (ESCID), que tem origem na Pain Assessment Behavior Scale, escala unidimensional elaborada por M. Campbell, que contempla indicadores comportamentais sugestivos de presença de dor, tendo como itens a serem avaliados a Musculatura facial; Tranquilidade; Tónus muscular; Vocalização e Conforto, a pontuação oscila entre 0 (sem dor) a 10 (dor severa) incontrolável (GAD, 2011).

Esta última escala foi utilizada na UCIP nas pessoas que não podiam comunicar por estarem ventiladas mecanicamente, permitindo uma melhor avaliação da dor aos mesmos, no entanto, não só os doentes ventilados estão impossibilitados de comunicar, por isso a sua utilização, tal como a EVN também está limitada.

No estágio da UCIP, uma experiência marcante, que nunca tinha vivenciado ao longo do meu percurso profissional, foi a realização de testes para diagnóstico de morte cerebral num utente, para posterior doação de órgãos. A certificação de morte cerebral exige a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral, bem como a sua irreversibilidade, portanto, a morte cerebral é definida pela morte do tronco cerebral e não pela paragem do coração e da respiração, sendo possível que, todos os restantes órgãos estejam viáveis e em funcionamento para doação de órgãos (Capron *apud* Faria, 2015).

A verificação da morte cerebral requer no mínimo dois conjuntos de provas, com intervalo adequado à situação clínica e à idade. Para além disso, as provas devem ser executadas por dois médicos especialistas e, nenhum desses médicos poderá pertencer a equipas envolvidas no transplante de órgãos ou tecidos e, pelo menos um, não deverá pertencer à Unidade em que o utente esteja internado (Faria, 2015). Após a certificação da morte cerebral, é necessário realizar várias colheitas para análises e proceder-se à manutenção do corpo, assegurando uma oxigenação e temperatura adequada para manter a transplantação viável.

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

Num cenário de emergência, exceção e/ou catástrofe, a preparação e a formação são elementos essenciais, sendo que o regulamento nº 429/2018, define que nas competências do enfermeiro especialista deve estar assente a sua atuação como elemento conhecedor, formador e dinamizador do plano de catástrofe junto da equipa.

Do enfermeiro especialista é esperado que apresente conhecimentos sobre a gestão de uma situação de emergência e catástrofe, cenário multivítimas ou situação de exceção, devendo ter um conhecimento profundo do plano de catástrofe da sua instituição para elaborar a sua atualização constante segundo as necessidades que possam surgir.

Para adquirir competências, neste campo, consultei e analisei os planos de catástrofe e emergência existentes nos locais de estágio. A análise dos planos de catástrofe consultados, revelou que os mesmos apresentam um plano bem definido de acordo com as regras de segurança e com os critérios de prioridade previamente estabelecidos, permitindo atuar de forma rápida e eficaz. Um ponto a melhorar detetado, foi a falta de integração de todos os elementos da equipa multidisciplinar em simulacros regulares, fundamentais para treinar as equipas e avaliar a eficácia das medidas implementadas. Devido à escassez de tempo não foi possível planear um exercício de treino do plano de emergência e de catástrofe. Esta lacuna destaca a necessidade de uma revisão contínua e dinâmica dos planos, assegurando que estejam preparados todos os elementos da equipa a responder de forma abrangente e eficaz a diferentes tipos de emergências.

Durante os estágios, procurei atuar de forma a cumprir as unidades de avaliação previstas no regulamento. Salvaguardei as condições de segurança, avaliando os locais antes de intervir e garantindo que tanto a equipa como as pessoas estivessem protegidas contra riscos adicionais. Adequar a resposta em situação de emergência foi uma prioridade, e apliquei algoritmos como o ABCDE, ajustando as intervenções às necessidades da pessoa em tempo útil.

Uma experiência particularmente enriquecedora no âmbito desta competência, foi a integração na equipa multiprofissional perante um cenário de multivítimas num acidente de viação, na qual integraram diversos meios como: Polícia de Segurança Pública, bombeiros, sapadores, SIV e VMER. Um dos princípios fundamentais de atuação em

pré-hospitalar, é garantir as condições de segurança no local, quer para os utentes quer para os profissionais, e num local com vários meios multidisciplinares é essencial haver uma coordenação eficaz. Neste acidente de viação, estavam presentes cinco vítimas. Depois de uma rápida avaliação do cenário e dos mecanismos de lesão possíveis, foi realizada de imediato, uma triagem primária de modo a estabelecer prioridades segundo a gravidade das vítimas. Durante a ocorrência, coordenei as minhas intervenções (avaliação e estabilização da vítima e administração de fluidos e terapêutica) com o enfermeiro orientador da SIV e o CODU, de maneira a intervir de forma rápida e organizada, perante a complexidade do cenário. Neste cenário, a atuação em equipa foi coordenada pelo médico no local e pelo chefe de viatura dos sapadores, com a colaboração do enfermeiro da SIV, em que, a atuação do enfermeiro especialista da SIV foi fundamental como elemento de referência devido à sua experiência e capacidade de liderança.

Ao longo dos estágios, não houve nenhuma situação em que houvesse necessidade de “assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime”, unidade de competência do enfermeiro especialista, no entanto, fiz uma pesquisa na literatura sobre os cuidados a ter na preservação de vestígios, segundo a cadeia de custódia. Os profissionais de saúde, na abordagem à pessoa vítima de crime devem assegurar alguns princípios na preservação de vestígios: recolher a roupa e, se necessário cortar pelas costuras afastado do local de lesão; colocar os vestígios em sacos de papel e/ou recipientes apropriados, evitando sacos de plástico; realizar registos pormenorizadas de todas as lesões e utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPI) de modo a prevenir a contaminação (Lynch & Duval, 2011).

### **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**

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

Também, segundo o Diário da República, 2.ª série - N.º 123 - 26 de junho de 2015, Regulamento n.º 361/2015, “na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à

necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção” (OE, 2015, p.17243).

O enfermeiro especialista é um elemento fulcral na prevenção e controlo de infeção, devendo manter-se atualizado e ser pró-ativo na conceção e atualização dos planos de prevenção e controlo de infeção, assim como na implementação de estratégias e procedimentos dentro da equipa, para fazer cumprir o Plano Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (PNPCIRA), instituindo a formação e supervisão dos procedimentos instaurados (OE, 2018).

A DGS (2017b) reconhece que as IACS e a resistência antimicrobiana são um problema nacional de grande importância, afetando não só a qualidade da prestação de cuidados, mas também a qualidade de vida e a segurança das pessoas internadas, representando uma significativa causa de morbimortalidade dos utentes, bem como causa de doença profissional nos profissionais de saúde, aumentando exponencialmente os custos diretos e indiretos do sistema de saúde.

Durante os estágios, trabalhei para desenvolver competências na prevenção, intervenção e controlo de infeções, seguindo as orientações do PNPCIRA e as boas práticas dos locais por onde passei.

No que diz respeito à pessoa em situação crítica e/ou em falência orgânica, considerei os circuitos necessários para prevenir e controlar infeções face às principais vias de transmissão (contacto, gotículas e aerossóis). Desta forma, orientei a minha prática para reforçar a utilização correta de EPI, com atenção à mudança de luvas e aventais entre procedimentos, à desinfeção adequada das mãos em todos os momentos preconizados pela OMS, e à redução da contaminação cruzada através de técnicas assépticas rigorosas durante a manipulação de dispositivos invasivos, como cateteres e tubos endotraqueais.

No estágio do pré-hospitalar, tendo em conta que muitos ambientes não fornecem as condições de limpeza e assepsia ideais, assim como pela escassez de informação sobre a pessoa e pelos riscos inerentes aos ambientes físicos, deparei-me com alguns desafios para fazer cumprir os princípios de prevenção de infeção, como a inexistência de superfícies adequadas para a colocação de materiais estéreis, o acesso limitado a água potável para higienização adequada das mãos e a dificuldade em manter um campo asséptico durante procedimentos invasivos devido à irregularidade dos espaços. Porém,

estas dificuldades foram superadas recorrendo a estratégias de adaptação, como ter sempre luvas de proteção e SABA (solução antisséptica de base alcoólica) de fácil acesso e priorizar a realização dos procedimentos em condições que minimizassem a exposição a contaminantes, nomeadamente dentro da ambulância.

Na SIV, após ter sido detetada a necessidade de uma solução antisséptica de pequena dimensão (de modo a ser colocada na mala de transporte) para a desinfeção da pele da pessoa antes de um procedimento invasivo, entrei em contacto com a Enfermeira Gestora da SUB em que este meio está integrado, que é responsável pelo stock do material disponível, que prontamente disponibilizou um desinfetante à base de Clorhexidina 2% de 100ml.

Já no SU, denotou-se que, muitas vezes o espaço era limitado e o tempo escasso face à elevada afluência de utentes, o que poderia comprometer a aplicação das medidas de controlo de infeção e assepsia, no entanto, baseio a minha observação na análise de indicadores que permitiram avaliar a consistência destas práticas. Durante o estágio, monitorizei frequentemente o uso de EPI pelos profissionais, como luvas, máscaras e aventais, bem como a adesão às práticas de higiene das mãos antes e após cada intervenção, em conformidade com os momentos preconizados pela OMS. Além disso, observei a utilização regular de protocolos de limpeza e desinfeção de superfícies e equipamentos após cada utilização.

A coordenação da equipa multidisciplinar era evidente em situações críticas, onde a comunicação clara entre os elementos permitia uma divisão eficiente de tarefas, garantindo que as práticas de assepsia fossem mantidas mesmo sob pressão. Estas evidências, associadas às boas práticas observadas, reforçam a minha convicção de que os enfermeiros, pela sua proximidade constante às pessoas, desempenham um papel central e demonstram uma grande preocupação com a aplicação rigorosa destas medidas.

Na UCIP os utentes estão mais vulneráveis a múltiplas infeções que podem decorrer da prestação de cuidados, especialmente devido a procedimentos invasivos, terapêutica antibiótica agressiva e internamentos prolongados. Aqui nesta última unidade, foi possível observar a existência de estratégias para a prevenção e controlo das IACS como Bundles, Checklists e a supervisão efetuada pelos elementos ligados à equipa de controlo de infeção dentro do hospital.

A UCIP onde estagiei faz parte do programa STOP Infecção Hospitalar 2.0, que é um projeto da PPCIRA com a Direção-Geral da Saúde, em parceria com a Fundação Calouste Gulbenkian e com o apoio técnico-científico do Institute for Health Improvement, na qual fazem parte um total de 22 instituições hospitalares do país, que têm como objetivo reduzir a incidência em 50% de cinco tipos de infeções hospitalares no prazo de 3 anos, projeto este que iniciou em outubro de 2022 (DGS, 2023). Portanto, no âmbito do projeto já tinham implementado o “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical, tendo cooperado na realização de auditorias e, estavam a preparar-se para implementar o “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação.

Como referi no ponto das competências comuns do enfermeiro especialista, a minha enfermeira orientadora é o elo da PPCIRA, e, para além disso, a Enfermeira Gestora da UCIP também acumula funções de chefia na PPCIRA, o que garante que a supervisão e as auditorias sejam realizadas de forma frequente e rigorosa. Esta observação levou-me a refletir sobre o facto de que, embora estas sejam competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica, na prática, por vezes, acabam por ser desempenhadas por outros profissionais. Penso que isto demonstra a flexibilidade e a capacidade de adaptação da equipa de enfermagem, mas também evidencia uma possível lacuna no aproveitamento pleno das competências especializadas. Esta realidade sublinha a importância de clarificar e fortalecer os papéis específicos dos enfermeiros especialistas, garantindo que estas competências sejam reconhecidas e desempenhadas pelos profissionais com formação específica, otimizando assim a qualidade e eficácia das ações implementadas, nomeadamente no controlo de infeções. Como estagiária, esta reflexão motivou-me a valorizar ainda mais a formação contínua e a especialização, reconhecendo a importância do papel do enfermeiro especialista em áreas tão críticas como a PPCIRA.

Durante um turno, tive a oportunidade de observar o trabalho da equipa da UL PPCIRA do hospital e colaborar na preparação para a implementação do “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação na UCIP, no âmbito do programa Stop Infecção Hospitalar 2.0. Neste contexto, participei ativamente na preparação do novo kit de higiene oral, que inclui instrumentos e produtos adaptados para a limpeza adequada da cavidade oral em pessoas internadas na UCIP, passando a ser utilizada uma escova e pasta dentífrica em vez da solução de clorhexidina. De acordo com a mais recente

Norma da DGS relativa ao “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação, o uso de clorhexidina na higiene oral não está provado ser uma solução eficaz e segura na redução do risco de infeção, estando a ser conectada a um desenvolvimento de resistências e a lesões pulmonares resultante de pequenas quantidades aspiradas (DGS, 2022).

Para além disso, também colaborei na elaboração de cartões padronizados a serem utilizados durante as auditorias internas da unidade. Estas iniciativas foram orientadas para a melhoria contínua, reforçando a adesão às boas práticas de prevenção de infeções.

**PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA:**  
**Dificuldades Percecionadas pelos Enfermeiros na Triagem de Manchester num**  
**Serviço de Urgência: *Scoping Review***

## **Resumo**

**Introdução:** O Sistema de Triagem de Manchester é um processo padronizado de avaliação rápida e sistemática, destinado a atribuir níveis de prioridade para o atendimento das pessoas que recorrem aos Serviços de Urgência. O enfermeiro responsável pela triagem assegura a segurança dos utentes na sala de espera e coordena o fluxo de acordo com os recursos disponíveis no serviço. Por estar diretamente envolvido nesse processo, o enfermeiro, é quem melhor conhece as dificuldades enfrentadas e as medidas que podem ser implementadas para melhorar os cuidados prestados.

**Objetivos:** Identificar, na literatura, as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros na realização da Triagem de Manchester entre 2000 e 2024.

**Material e Métodos:** Foi realizada uma *scoping review* com pesquisa na base de dados B-on, utilizando os descritores dificuldades, enfermeiros, Triagem de Manchester e serviço urgência. Foram identificados 487 estudos, e após aplicação dos critérios de seleção que foi estudos realizados em Portugal desde o ano 2000 até 2024, foram selecionados 5 estudos relevantes.

**Resultados:** A partir da análise dos estudos selecionados foi verificado que as maiores dificuldades percecionadas pelos enfermeiros que realizam triagem estão relacionadas com as queixas relativas ao tempo de espera e consequente violência verbal e/ou física e com as queixas inespecíficas dos utentes. Acresce as pressões internas, a estrutura física inadequada, a baixa literacia em saúde dos utentes e as limitações do protocolo são também fatores dificultadores identificados.

**Conclusões:** Os resultados demonstram que a violência verbal e física, as queixas inespecíficas dos utentes, a inadequação da estrutura física e as limitações do protocolo são as principais dificuldades enfrentadas. Para responder a estas dificuldades, os autores sugerem a implementação de estratégias como formação contínua para a gestão de conflitos e comunicação assertiva, revisão e atualização dos protocolos de triagem, melhoria das infraestruturas físicas dos serviços de urgência e campanhas de literacia em saúde voltadas para os utentes.

**Palavras-chave:** Triagem de Manchester, Serviço de Urgência, Enfermeiros, Dificuldades

## **Abstract**

**Introduction:** The Manchester Triage System is a standardized process for rapid and systematic assessment aimed at assigning priority levels for patients attending Emergency Services. The nurse responsible for triage plays a crucial role, ensuring the safety of patients in the waiting area and coordinating the flow of users according to the available resources in the service. Being directly involved in this process, the nurse is the most knowledgeable about the challenges faced and the measures that can be implemented to improve care.

**Objectives:** To identify, in the literature, the challenges perceived by nurses in applying the Manchester Triage System in Emergency Services between 2000 and 2024.

**Materials and Methods:** A scoping review was conducted using the B-on database and the descriptors difficulties, nurses, Manchester triage and emergency department. 487 studies were identified, and after applying the selection criteria, which were studies carried out in Portugal from the year 2000 to 2024, 5 relevant studies were selected.

**Results:** Analysis of the selected studies revealed that the main challenges perceived by triage nurses are related to complaints about waiting times, leading to verbal and/or physical violence, as well as users' nonspecific complaints. Additionally, internal pressures, inadequate physical structures, low health literacy, and protocol limitations were identified as complicating factors.

**Conclusions:** The results highlight verbal and physical violence, nonspecific complaints from users, inadequate physical infrastructure, and protocol limitations as the main challenges faced. To address these challenges, strategies such as continuous training in conflict management and assertive communication, revision and updating of triage protocols, improvement of physical infrastructure in emergency services, and health literacy campaigns targeted at users are suggested by the authors.

**Keywords:** Manchester Triage, Emergency Services, Nurses, Challenges

## **1. Introdução**

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) é um processo padronizado de avaliação sistemática e rápida com a finalidade de atribuir níveis de prioridade para o atendimento das pessoas que recorrem ao Serviço de Urgência (SU), que é realizado por enfermeiros com formação específica para tal.

Perante a responsabilidade de garantir a segurança das pessoas na sala de espera dos SU e coordenar o fluxo de utentes de acordo com os recursos disponíveis, os enfermeiros que realizam a triagem através do STM, necessitam de competências técnicas, científicas e comunicacionais que lhes permitam avaliar eficazmente as queixas dos utentes, identificar sinais e sintomas críticos e estabelecer uma relação terapêutica.

O nível de eficácia do STM está diretamente relacionado com a tomada de decisão do enfermeiro que realiza a triagem, como evidenciado por Costa et al. (2022) e Ribeiro (2022). Segundo estes autores, uma avaliação insuficiente ou incorreta durante o processo de triagem pode resultar em erros na atribuição dos níveis de prioridade, comprometendo a segurança do utente e podendo levar a complicações graves nas pessoas, reforçando a necessidade de uma avaliação criteriosa e fundamentada.

Marques (2014), no seu estudo sobre a tomada de decisão do enfermeiro triador em situação de emergência, destaca que a experiência no SU e a confiança nas habilidades cognitivas são fatores determinantes para a tomada de decisão adequada, contribuindo para a segurança da pessoa e a eficiência no processo de triagem.

Estudos recentes têm investigado as dificuldades percebidas pelos enfermeiros na aplicação da Triagem de Manchester (TM) em SU. Perante a complexidade do ambiente do SU e o papel central dos enfermeiros na TM, Ferreira (2023), realizou um estudo analítico transversal numa unidade hospitalar do norte de Portugal, envolvendo 34 enfermeiros. Os resultados indicaram que a maioria dos participantes (73,5%) era do sexo feminino, com mais de 40 anos (52,9%) e mais de 10 anos de serviço. As principais dificuldades identificadas foram a exposição a situações de violência verbal e física por parte de utentes e familiares. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as dificuldades sentidas e as variáveis sociodemográficas e profissionais, exceto no género, onde as enfermeiras relataram maior dificuldade em lidar com queixas inespecíficas dos utentes.

Para aprofundar os fatores que influenciam a realização da TM, Costa et. al. (2022), realizaram um estudo qualitativo com entrevistas a 10 enfermeiros de dois SU. Os participantes identificaram aspetos positivos, como a melhoria na organização do serviço, mas destacaram dificuldades relacionadas com recursos insuficientes, gestão inadequada, limitações do protocolo e características das pessoas e enfermeiros.

Com foco nas perceções de satisfação e dificuldades, Freitas, (2014), avaliou a opinião de 183 enfermeiros em SU de Portugal Continental. Apesar de a satisfação geral superar as dificuldades, os principais desafios incluem queixas das pessoas sobre tempos de espera e pressões por parte dos médicos sobre o desempenho dos enfermeiros na triagem.

A perceção dos enfermeiros sobre a sua prática clínica constitui um elemento essencial para compreender como o trabalho é desenvolvido e quais os fatores que impactam no seu desempenho. Dado o papel crucial da triagem nos SU e a elevada responsabilidade atribuída aos enfermeiros que a realizam, torna-se relevante investigar este tema. Neste contexto, foi formulada a seguinte questão de revisão: *“Quais as dificuldades, identificadas na literatura, percecionadas pelos enfermeiros na realização da Triagem de Manchester em Portugal entre 2000-2024?”*

Para responder a esta questão, estabeleceu-se como objetivo: Identificar, na literatura, as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros na realização da Triagem de Manchester entre 2000 e 2024.

## **1.1 Enquadramento Teórico**

O STM foi criado em 1994, com posterior implementação num hospital em Inglaterra em 1997 e, anos mais tarde, no ano de 2000, no Hospital Fernando Fonseca em Amadora e no Hospital Santo António no Porto, com uma evolução gradual para todas as Urgências do Serviço Nacional de Saúde em Portugal ( Grupo Português de Triagem (GPT), 2010).

A TM é composta por 52 fluxogramas, em que dois são específicos para situações de catástrofe e sete são somente para serem utilizados em crianças. Assim, o triador deve escolher o fluxograma que melhor se aplica à queixa da pessoa e, seguidamente irão surgir vários discriminadores que vão responder a várias questões em ordem decrescente de prioridade. O nível de prioridade atribuído é atingido quando se para no discriminador

em que se dá uma resposta positiva (GPT, 2010). Existem discriminadores gerais que se aplicam a todas as pessoas independentemente do fluxograma, são eles o compromisso da via aérea, a respiração ineficaz, a alteração do estado de consciência e a dor. Os discriminadores específicos estão dependentes do fluxograma escolhido. A dor é, portanto, uma ferramenta de avaliação essencial na triagem, porém apresenta características subjetivas influenciadas por quem está a triar e quem está a ser triado (GPT, 2010).

Segundo o GPT (GPT, 2010) são cinco os níveis de prioridade existentes na TM, em que o primeiro é o Vermelho que é considerado Emergente, na qual é necessária intervenção pela equipa de saúde imediatamente, o segundo é o Laranja que é Muito Urgente com um tempo alvo de atendimento até 10 minutos, depois o Amarelo que é equivalente a Urgente com tempo alvo de 60 minutos, posteriormente é o Verde que é Pouco Urgente com um tempo alvo de 120 minutos e por último há o Azul que é considerado Não Urgente e com tempo alvo de atendimento de 240 minutos.

Para garantir a eficácia do STM foi criado o GPT composto por médicos e enfermeiros, grupo este, responsável por manter um controlo e gestão da triagem nos vários hospitais, assim como na formação e na auditoria dos triadores, que na sua grande maioria são enfermeiros dos SU.

Para a realização da triagem em Portugal, os enfermeiros necessitam de frequentar com sucesso uma formação de um dia, dada por formadores certificados pelo GPT, que preconiza que o enfermeiro tenha uma experiência profissional em SU mínima de seis meses (GPT, 2010).

As auditorias são fundamentais para identificar erros e melhorar o processo de triagem, algo corroborado por um estudo realizado por Amaral (2017) num SU de um hospital em Portugal ao longo dos anos 2013, 2014 e 2015, que evidenciou o aumento do nível de eficácia quando foram dadas a conhecer os resultados das auditorias e os motivos das não conformidades. As instituições de saúde ao aderirem ao STM comprometeram-se em adaptar e reorganizar os SU para a sua implementação e realizar auditorias internas de forma a contribuírem para a melhoria contínua (GPT, 2012).

## 2. Material e Métodos

Para a realização deste trabalho foi realizada uma *scoping review*. Para estabelecer os critérios de inclusão e exclusão, utilizou-se a estratégia PCC (Participantes, Conceito e Contexto), conforme descrito por Amendoeira et al. (2021), permitindo uma abordagem organizada e abrangente. Os elementos da estratégia PCC foram definidos da seguinte forma:

- P (Participantes): Enfermeiros que realizam a TM;
- C (Conceito): Dificuldades percebidas na aplicação da TM;
- C (Contexto): Serviços de urgência hospitalar.

Com base nesta estratégia, foi formulada a seguinte questão de revisão: "Quais são as dificuldades percebidas pelos enfermeiros na realização da Triagem de Manchester entre 2000 e 2024?"

O processo metodológico seguiu as diretrizes da metodologia PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), garantindo uma abordagem rigorosa e transparente. As etapas realizadas foram as seguintes:

A pesquisa foi realizada em junho de 2024, na base de dados B-on (Biblioteca do Conhecimento Online). Esta plataforma foi selecionada por disponibilizar recursos científicos nacionais em acesso aberto. Os descritores utilizados foram: "dificuldades", "enfermeiros", "Triagem de Manchester" e "serviço urgência", combinados com ferramentas de combinação de termos (AND) para refinar a pesquisa e incluir estudos relevantes ao tema. Foram incluídos artigos de estudos primários, artigos de revisão, assim como teses de doutoramento, dissertações e outras formas de literatura cinzenta. A inclusão de publicações cinzentas é pertinente para esta *scoping*, visto possibilitar recolher resultados de estudos que não são publicados em fontes tradicionais, aumentando a abrangência da revisão. Para complementar o critério de inclusão anterior, foram selecionados estudos realizados em hospitais portugueses, com texto completo disponível e publicados a partir do ano 2000, data correspondente ao início da implementação do STM em Portugal. Este sistema é um protocolo internacionalmente reconhecido, utilizado para categorizar os utentes segundo a gravidade, otimizando o atendimento e a gestão de recursos hospitalares, no entanto, como o funcionamento e a organização dos SU, diferem

de país para país, como critérios de exclusão optou-se por excluir todos os estudos realizados fora de Portugal. Adicionalmente, foram excluídos artigos de opinião, resenhas, livros, capítulos de livros e artigos incompletos ou pagos.

Os artigos encontrados foram analisados com base nos seus títulos e resumos, sendo eliminados aqueles que não atendiam aos critérios de inclusão. Esta etapa foi essencial para reduzir o número de estudos não relevantes para o tema. É de salientar que a pesquisa e seleção dos estudos foi realizada por dois revisores independentes.

Os artigos duplicados, foram removidos de forma manual, garantindo que apenas publicações únicas fossem consideradas.

Os textos completos dos artigos restantes foram avaliados detalhadamente. Foram selecionados apenas os estudos que cumpriam os seguintes critérios: Abordagem direta às dificuldades enfrentadas por enfermeiros na TM; Estudos realizados em contexto hospitalar português; Disponibilidade em texto completo. Artigos que não cumpriam estes critérios ou cujos resultados não eram aplicáveis ao contexto definido foram excluídos.

Foi utilizado um formulário padronizado para recolher informações relevantes dos artigos selecionados, incluindo: Autor e ano de publicação; Contexto e características da amostra; Métodos utilizados; Resultados principais; Limitações identificadas nos estudos.

Os dados extraídos foram organizados e apresentados de forma descritiva, destacando padrões, semelhanças e diferenças entre os estudos selecionados. A análise focou-se nas dificuldades percebidas pelos enfermeiros na aplicação da TM, sendo complementada com referências da literatura científica.

O processo de seleção dos artigos está representado na Figura 1, que esquematiza as etapas realizadas segundo a metodologia PRISMA (Galvão et al., 2015). O fluxograma apresenta de forma clara as fases de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão, detalhando o número de artigos identificados em cada etapa, os critérios aplicados e as razões para exclusão, como duplicação ou irrelevância face aos objetivos do estudo.

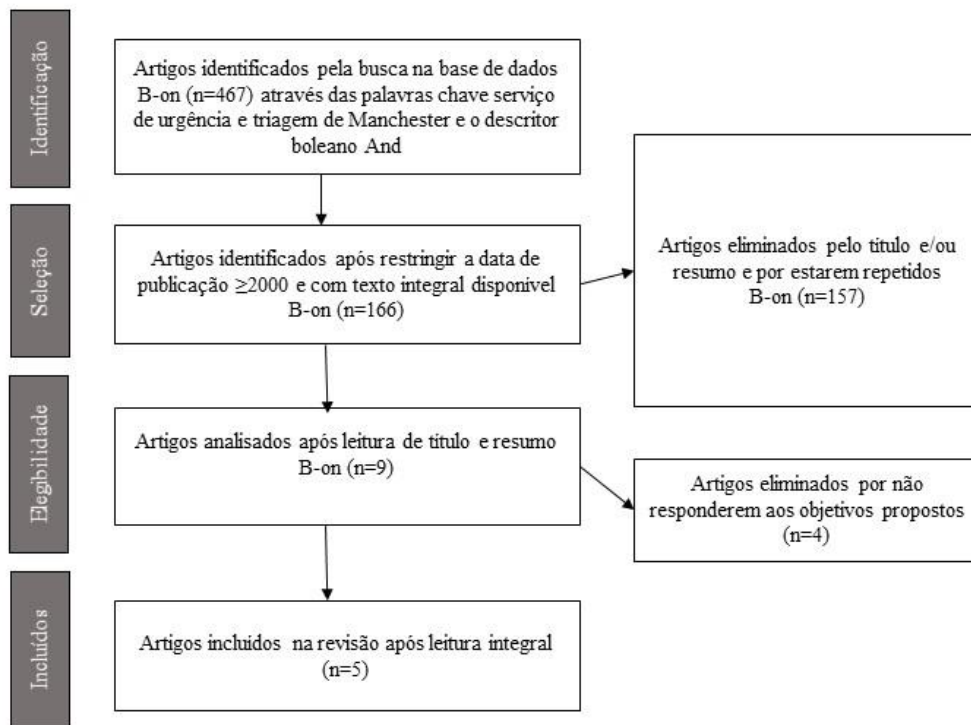


Figura 1 – Apresentação dos passos essenciais relativos ao fluxograma PRISMA no processo de pesquisa e seleção das amostras

### **3. Resultados**

Para responder ao objetivo proposto, a análise das amostras revelou que 60% (n=3) dos artigos utilizaram uma abordagem quantitativa para obter os seus resultados, enquanto 40% (n=2) recorreram a uma abordagem qualitativa.

No que diz respeito aos títulos, autores e ano, cada estudo foi identificado com base na temática das dificuldades percecionadas pelos enfermeiros na aplicação da TM, abrangendo diferentes períodos de investigação, entre 2014 e 2023.

Os objetivos dos estudos variaram entre descrever as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros triadores, identificar as dificuldades enfrentadas durante o processo de triagem, analisar fatores associados a estas dificuldades e explorar estratégias usadas pelos enfermeiros para superar as dificuldades na TM.

Relativamente à amostra e participantes, os estudos incluíram enfermeiros com experiência em SU, sendo a maioria exigente quanto aos critérios de inclusão, como anos mínimos de experiência em triagem ou aprovação em auditorias específicas. O número de participantes variou entre 10 e 73, abrangendo diferentes contextos hospitalares em Portugal.

As metodologias adotadas foram diversificadas, incluindo estudos quantitativos, qualitativos e descritivo-correlacionais. Os instrumentos de recolha de dados (IRD) incluíram questionários baseados em escalas de Likert e entrevistas semiestruturadas, adaptados aos objetivos de cada investigação.

A Tabela I apresenta de forma organizada os dados mais relevantes dos artigos selecionados para análise, permitindo uma visão clara e comparativa entre os estudos. Os artigos estão dispostos por ordem cronológica de publicação, incluindo informações essenciais sobre os seus títulos, autores e ano de publicação, os objetivos das investigações, a amostra e participantes, a metodologia utilizada e os principais resultados encontrados.

Em suma, a tabela oferece uma visão abrangente e estruturada das contribuições de cada estudo, sublinhando as principais dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na triagem e fornecendo uma base sólida para a análise e discussão dos resultados apresentados neste trabalho.

Tabela I – Apresentação esquemática e estrutural da amostra de artigos selecionados para estudo

<b>Título/ Autores/ Ano</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Amostra e participantes</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Resultados</b>
Dificuldades Percecionadas e Grau de Satisfação dos Enfermeiros que fazem Triagem de Manchester nos Serviços de Urgência  Freitas, 2014	<p>Descrever as características sociodemográficas dos enfermeiros triadores;</p> <p>Identificar as dificuldades que os enfermeiros triadores percebem no processo de triagem;</p> <p>Caracterizar a satisfação dos enfermeiros triadores no processo de triagem;</p> <p>Analisar a forma como as dificuldades, a satisfação e as características sociodemográficas dos enfermeiros triadores se relacionam entre si.</p>	Enfermeiros que fazem triagem de Manchester nos serviços de urgência em hospitais de Portugal Continental	<p>Estudo quantitativo, correlacional e transversal</p> <p>IRD - questionário com resposta tipo escala de Likert.</p>	As dificuldades identificadas pelos enfermeiros na realização da TM no estudo foram as seguintes: queixas inespecíficas dos utentes, o stress gerado pelas várias queixas das pessoas relativamente ao tempo de espera para atendimento e os médicos questionarem o seu desempenho.
Triagem de Manchester: Perceções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam  F. Costa et al., 2022	Conhecer a perceção dos enfermeiros relativo aos contributos da STM e fatores influenciadores.	10 enfermeiros que realizam triagem há mais de 2 anos em SU.	<p>Estudo exploratório descritivo e qualitativo</p> <p>IRD - entrevistas semiestruturadas.</p>	Identificadas como dificuldades na realização da STM: deficit de recursos materiais e humanos, elevado tempo de espera e pressões externas como utentes e familiares, pressões internas de médicos e colegas, falta de privacidade, queixas inespecíficas ou múltiplas queixas, desconhecimento das pessoas sobre o STM

				e limitações no curso de triagem e no protocolo.
Estratégias Usadas pelos Enfermeiros Triadores Ribeiro, 2022	Conhecer as dificuldades percebidas pelos enfermeiros triadores.	Enfermeiros do SU do Hospital X com mínimo de 2 anos de experiência em SU e mínimo de 1 ano de experiência a realizar triagem de Manchester.	Estudo quantitativo, descritivo-correlacional  IRD - questionário com resposta tipo escala de Likert.	No estudo foram identificadas as seguintes variáveis que dificultam a triagem: pouco conhecimento das pessoas acerca da triagem, aceitação das pessoas em relação aos tempos de espera, estrutura física inadequada e as várias interrupções nomeadamente para prestar informações e realizar outras atividades.
Dificuldades Percebidas pelos Enfermeiros na realização da Triagem de Manchester e fatores sociodemográficos e profissionais associados Ferreira, 2023	Analisar as dificuldades percebidas pelos enfermeiros na realização da TM em SU de uma unidade hospitalar do norte de Portugal e sua relação com variáveis sociodemográficas e profissionais.	73 enfermeiros que trabalham em dois SU de uma unidade hospitalar do norte de Portugal.	Estudo quantitativo  IRD - questionário com resposta tipo escala de Likert.	As dificuldades na realização da TM no estudo da autora estão relacionadas com as queixas inespecíficas/ múltiplas queixas, violência verbal e física dos utentes/ familiares e demora no atendimento dos utentes.
A Qualidade do Sistema de Triagem de Manchester na Perspetiva dos Enfermeiros Gonçalves, 2023	Identificar as principais dificuldades dos triadores na atribuição da prioridade ao utente, de acordo com o STM.	Enfermeiros que fazem TM no SU de um hospital com experiência profissional superior a 3 anos, experiência em TM superior a 1 ano e auditorias com aproveitamento igual ou superior a 80% nos últimos 12 meses e de forma consistente.	Estudo qualitativo  IRD - 12 entrevistas semiestruturadas.	As principais dificuldades na TM, identificadas são: stress provocado pelo utente/ cuidador relativamente ao desempenho e atribuição da prioridade, tempos de espera elevados, ruídos/ interrupções durante o período de triagem, estrutura física da sala, limitações do STM, pressões internas (médicos e colegas) e queixas inespecíficas dos utentes.

Ao analisar os resultados obtidos, verificou-se que a dificuldade identificada pelos enfermeiros, comum a todos os estudos analisados (n=5, 100%), foi lidar com o stress causado pelos elevados tempos de espera, bem como pelas conseqüentes queixas dos utentes.

Os resultados obtidos apontaram para dificuldades comuns na realização da TM, tais como: queixas inespecíficas ou múltiplas dos utentes, stress associado aos tempos de espera e pressões internas (de médicos e colegas) e externas (de utentes e familiares). Outros fatores destacados incluem a falta de recursos materiais e humanos, limitações na formação sobre o STM, violência verbal e física das pessoas e interrupções durante o processo de triagem devido a informações ou tarefas adicionais.

Entre as dificuldades emergentes, os elevados tempos de espera surgem como uma das mais frequentemente mencionadas, estando presentes em todos os estudos analisados (Freitas, 2014; Costa et al., 2022; Ribeiro, 2022; Ferreira, 2023; Gonçalves, 2023). Este fator é apontado como uma fonte de stress tanto para os enfermeiros como para os utentes.

A violência física e/ou verbal por parte das pessoas ou seus familiares é também uma dificuldade significativa, referida em quatro dos estudos (Freitas, 2014; Costa et al., 2022; Ferreira, 2023; Gonçalves, 2023). Este problema está frequentemente associado à insatisfação das pessoas relativamente aos tempos de espera ou à atribuição de prioridades.

As queixas inespecíficas das pessoas constituem outro desafio recorrente, dificultando a atribuição correta de prioridades durante a triagem. Este fator foi identificado nos estudos de Freitas (2014), Costa et al. (2022), Ferreira (2023) e Gonçalves (2023).

A estrutura física inadequada dos serviços de urgência, incluindo limitações no espaço destinado à triagem, foi mencionada como uma dificuldade nos estudos de Ribeiro (2022), Costa et al. (2022) e Gonçalves (2023). Este problema interfere diretamente na privacidade e na eficiência do processo de triagem.

As pressões internas, provenientes de médicos ou colegas, foram identificadas como uma dificuldade em três estudos (Freitas, 2014; Costa et al., 2022; Gonçalves, 2023). Estas pressões podem contribuir para o aumento do stress e para a diminuição da qualidade do trabalho desempenhado pelos enfermeiros triadores.

Outro problema referido foi o pouco conhecimento das pessoas acerca do funcionamento da Triagem de Manchester, identificado nos estudos de Costa et al. (2022), Ribeiro (2022) e Gonçalves (2023). Este desconhecimento pode levar a expectativas irrealistas quanto ao processo e ao tempo de espera.

Por fim, as limitações do STM, como falhas no protocolo ou na formação sobre o sistema, foram destacadas nos estudos de Costa et al. (2022) e Gonçalves (2023), apontando para a necessidade de melhorias no sistema e na capacitação dos profissionais.

A Tabela II apresenta, de forma esquemática, as principais dificuldades identificadas nos estudos selecionados, associando cada uma delas aos respectivos autores e anos de publicação. Esta organização permite uma análise clara das problemáticas mais comuns na aplicação da TM nos SU.

Em suma, a tabela II evidencia as principais dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na realização da TM, permitindo uma análise estruturada das dificuldades mais prevalentes e apontando para áreas que necessitam de atenção e intervenção nos SU.

Tabela II – Apresentação esquemática e estrutural das dificuldades, emergentes da amostra em estudo

<b>Dificuldades</b>	<b>n (%)</b>	<b>Estudos</b>
Elevados tempos de espera	5 (100%)	Freitas, 2014; Costa et. al., 2022; Ribeiro, 2022; Ferreira, 2023; Gonçalves, 2023
Violência física e/ou verbal	4 (80%)	Freitas, 2014; Costa et. al., 2022; Ferreira, 2023; Gonçalves, 2023
Queixas inespecíficas	4 (80%)	Freitas, 2014; Costa et. al., 2022; Ferreira, 2023; Gonçalves, 2023
Estrutura física inadequada	3 (60%)	Ribeiro, 2022; Costa et. al., 2022; Gonçalves, 2023
Pressões internas	3 (60%)	Freitas, 2014; Costa et. al., 2022; Gonçalves 2023
Pouco conhecimento das pessoas acerca da TM	3 (60%)	Costa et. al., 2022; Ribeiro, 2022; Gonçalves, 2023
Limitações do STM	2 (40%)	Costa et. al., 2022; Gonçalves, 2023

#### 4. Discussão

A identificação das dificuldades percebidas pelos enfermeiros, permitiu compreender as múltiplas dimensões associadas a este desafio, destacando aspectos organizacionais, técnicos e humanos que contribuem para as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros, bem como o papel crucial da triagem na eficiência dos SU e na satisfação dos utentes. Os tempos de espera prolongados até à admissão, triagem e, especialmente, até ao atendimento médico são um problema crescente nos serviços de saúde, sendo uma das principais causas de descontentamento dos utentes e de ineficiência nas unidades de saúde (Areia, 2022).

O primeiro contacto do utente após a admissão é com o enfermeiro da triagem, que é, frequentemente, o alvo direto das queixas relacionadas com o tempo de espera. Estas queixas podem, em alguns casos, escalar para situações de violência verbal ou física, gerando ansiedade e stress nos enfermeiros triadores (Freitas, 2014; Costa et al., 2022; Ferreira, 2023; Gonçalves, 2023). Num estudo de Martins (2018), 73,1% dos enfermeiros afirmaram ter sido vítimas de algum tipo de violência no local de trabalho. Já num estudo mais recente, Ferri et al. (2020) confirmaram que 96% dos enfermeiros na triagem já enfrentaram situações de violência verbal nos SU, impactando negativamente o seu bem-estar psicológico e a qualidade do trabalho. Portanto, os SU são os locais com maior risco de incidentes de violência ocupacional, particularmente entre os enfermeiros que realizam triagem. Para além disso, os tempos de espera elevados levam os utentes e familiares a pressionarem os enfermeiros para atribuírem pulseiras de maior prioridade, frequentemente exagerando ou hipervalorizando as queixas, o que aumenta a possibilidade de erro na atribuição da prioridade (Ferreira, 2023; Gonçalves, 2023).

As queixas inespecíficas dos utentes foram uma dificuldade identificada em 80% dos estudos analisados (n=4). Quando os utentes apresentam queixas vagas ou múltiplas queixas, os enfermeiros que realizam triagem enfrentam dificuldades em escolher o fluxograma mais adequado e, por consequência, atribuir a prioridade correta. Numa revisão sistemática da literatura sobre queixas inespecíficas num SU, realizada por Kemp et al. (2020), os autores concluíram que, quem tem mais probabilidade de apresentar queixas inespecíficas, são as pessoas idosas e, as pessoas que referem queixas inespecíficas na triagem, apresentam uma média de dias de hospitalização maior e um índice de mortalidade superior. Num estudo quantitativo, Ausserhofer et al. (2021)

verificaram que os maiores erros de triagem ocorreram em utentes com doenças crónicas e queixas inespecíficas, e que essas queixas, aumentaram a probabilidade de subtriagem.

A dificuldade em triar utentes com queixas inespecíficas está relacionada com outra dificuldade identificada em dois estudos (Costa et al., 2022; Gonçalves, 2023), que foi a limitação do STM. A rigidez do protocolo pode contribuir para a atribuição incorreta de prioridades, especialmente em utentes idosos e com comorbilidades. De acordo com (Santos et al., 2022), a falta de flexibilidade do STM é um dos principais desafios para os enfermeiros na realização da triagem, particularmente em casos clínicos complexos.

Outro fator identificado foi o pouco conhecimento dos utentes acerca da Triagem de Manchester, referido em três estudos (Costa et al., 2022; Ribeiro, 2022; Gonçalves, 2023). Este desconhecimento pode levar ao uso abusivo dos SU, sendo que muitos casos poderiam ser resolvidos nos cuidados de saúde primários. Nos SU, deveriam ser assistidas pessoas com uma situação aguda urgente e/ou emergente, porém, tal não se verifica em Portugal. De acordo com o Relatório Grupo Trabalho Serviços de Urgência (Serviço Nacional de Saúde, 2019) a percentagem de utentes triados como urgentes (pulseira amarela, laranja ou vermelha) é aproximadamente 50% das admissões em SU, portanto as outras admissões na urgência, classificadas como não urgente poderiam ter sido observadas noutra local, como os cuidados de saúde primários. No entanto, os SU estão disponíveis no imediato e nos cuidados de saúde primários há necessidade de realizar uma marcação primeiro e nem sempre têm disponibilidade para agendamento no próprio dia, contribuindo para o uso abusivo dos SU. Ademais, Botelho et al. (2019) destacam que a perceção limitada dos utentes sobre o sistema agrava a sua insatisfação com os tempos de espera.

As pressões internas provenientes de médicos e colegas também foram identificadas como uma dificuldade em três estudos (n=3), causando tensão e insegurança no ambiente de trabalho (Freitas, 2014; Costa et al., 2022; Gonçalves, 2023). Os enfermeiros recorrem exclusivamente aos fluxogramas e à avaliação de sinais vitais, sem realizar diagnósticos, o que pode gerar questionamentos por parte de outros profissionais, nomeadamente a equipa médica a qual é atribuída a responsabilidade para avaliação do utente. Segundo os estudos acima referidos, os enfermeiros relatam que os médicos, muitas vezes, ligam para o enfermeiro da triagem a questionar a prioridade que foi atribuída e a pedir a realização de uma nova triagem, pois a anterior estaria errada. Um estudo recente destaca que a

relação profissional entre médicos e enfermeiros nos SU é, por vezes, afetada pela imposição de opiniões e tarefas, impactando a colaboração e aumentando a pressão sobre os enfermeiros, o que influencia diretamente a qualidade do atendimento aos utentes (Eslahi et al., 2023).

A inadequação das estruturas físicas das salas de triagem foi outra dificuldade relatada em três estudos (Ribeiro, 2022; Costa et al., 2022; Gonçalves, 2023). Estas limitações incluem falta de privacidade, interrupções frequentes e utilização de espaços que muitas vezes servem também como zonas de passagem. Segundo Salgueiro, (2019), estas condições interferem negativamente na concentração e na qualidade do processo de triagem, algo também corroborado por Moreira (2010) que afirma que estruturas físicas adequadas são essenciais para a eficiência do STM.

Por fim, a experiência profissional dos enfermeiros influencia positivamente a sua capacidade de decisão. Estudos como os de Costa et al. (2022) e Gonçalves (2023) destacam que a experiência contribui para o desenvolvimento de habilidades cognitivas, intuição e pensamento crítico. Freitas, (2014), também concluiu que à medida que aumenta o tempo de experiência, diminui a perceção das dificuldades. Este ponto é reforçado por Moreira (2010) e Duro & Lima (2010), que relacionam a eficácia da triagem com a experiência do enfermeiro, primeiro porque a experiência, confere maior segurança ao enfermeiro, e em segundo lugar porque, ao longo dessa experiência, aprende a perceber alguns sinais e sintomas, que poderiam passar despercebidos, perante um olhar inexperiente.

## 5. Conclusões

Este estudo destacou as principais dificuldades percebidas pelos enfermeiros na realização da TM em SU, evidenciando fatores como os elevados tempos de espera, a violência ocupacional, as queixas inespecíficas dos utentes, as pressões internas e externas, a inadequação das estruturas físicas e as limitações do próprio sistema de triagem. Estas dificuldades, associadas à complexidade do trabalho dos enfermeiros que realizam triagem, comprometem não apenas a eficiência do atendimento, mas também o bem-estar dos profissionais e a satisfação dos utentes.

Para melhorar a qualidade dos cuidados prestados nos SU e aumentar a eficácia da triagem realizada pelos enfermeiros, é fundamental reforçar a capacidade de resposta dos serviços, reduzindo assim os tempos de espera. Este reforço deve ser acompanhado de estratégias que capacitem os enfermeiros que realizam triagem, através de formação contínua, desenvolvimento de competências específicas e aumento da sua experiência prática. Adicionalmente, é essencial sensibilizar os gestores hospitalares para a necessidade de minimizar as variáveis que interferem na correta atribuição de prioridades, como a adequação das infraestruturas e a promoção de um ambiente de trabalho seguro e de apoio.

Apesar de o tema ser de extrema relevância para os SU, verificou-se que a produção científica sobre esta área ainda é limitada, com apenas cinco estudos encontrados durante a revisão da literatura. Assim, torna-se evidente a necessidade de realizar mais investigações que explorem as dificuldades da TM, especialmente em grupos populacionais mais vulneráveis, como os idosos, e que proponham soluções para os problemas identificados.

A melhoria contínua nos SU exige um esforço conjunto entre os profissionais de saúde, gestores e investigadores, promovendo intervenções baseadas em evidências para assegurar que os cuidados prestados sejam cada vez mais eficientes, seguros e centrados no utente.

## **SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO**

Com a conclusão deste relatório, é evidente o desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional alcançados durante o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, especializado na Área da Pessoa em Situação Crítica. Este processo de aprendizagem representou uma mais-valia significativa, proporcionando experiências que contribuíram para consolidar as competências inerentes ao enfermeiro especialista.

As diferentes experiências vivenciadas nos estágios permitiram compreender a diversidade e relevância das funções que o enfermeiro especialista desempenha nos contextos de cuidados a pessoas em situação crítica. Neste âmbito, tendo em conta as fragilidades, necessidades e instabilidade destes doentes, é esperado que o enfermeiro especialista preste cuidados com excelência, demonstrando uma visão holística que considere a pessoa, a família e o ambiente. A capacidade de antever situações, prevenir complicações e intervir de forma precisa e fundamentada torna a atuação do enfermeiro especialista um modelo de referência, capaz de inspirar e motivar a equipa de enfermagem.

Ao longo dos estágios, procurei desenvolver competências comuns e específicas, em conformidade com os pressupostos estabelecidos pelos documentos que orientam a prática profissional dos enfermeiros. A orientação e colaboração dos enfermeiros orientadores e especialistas de cada serviço foram fundamentais neste processo, proporcionando momentos de observação, reflexão e aprendizagem crítica. Estes momentos contribuíram para aprofundar o pensamento crítico, essencial na prestação de cuidados qualificados.

No âmbito da investigação, apesar de não ter desenvolvido o estudo primário que estava planeado por motivos pessoais e académicos, o trabalho desenvolvido foi também uma mais-valia para o aperfeiçoamento das competências relacionadas com a produção de evidência científica. As atividades de pesquisa, análise e reflexão revelaram-se cruciais para integrar conhecimento atualizado na prática de enfermagem, reforçando a importância de uma atuação fundamentada em evidências.

Em síntese, os objetivos definidos para esta formação foram plenamente alcançados, superando as expectativas em cada estágio. O processo de aprendizagem não só consolidou competências técnico-científicas como também contribuiu para o

desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo, essenciais para a prática avançada em enfermagem médico-cirúrgica. Este percurso reforçou a importância do enfermeiro especialista como elemento essencial na equipa de saúde, promovendo cuidados de excelência e contribuindo para a melhoria contínua dos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, C. D. G. B., & Veiga-Branco, M. A. R. (2023). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, no serviço de urgência – Implementação da metodologia ISBAR*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do IPB. <http://hdl.handle.net/10198/29229>
- Amaral, P. M. F. do. (2017). *Qualidade da Triage de Manchester e fatores que a influenciam*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=DnEolxiH>
- Amendoeira, J., Silva, M. R. da, Ferreira, M. R., & Dias, H. (2021). *Tutorial revisão sistemática de literatura: A scoping review*. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém. <http://hdl.handle.net/10400.15/3784>
- Ausserhofer, D., Zaboli, A., Pfeifer, N., Solazzo, P., Magnarelli, G., Marsoner, T., Siller, M., & Turcato, G. (2021). Errors in nurse-led triage: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 113, 103788. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103788>
- Areia, M. M. A. B. R. de. (2022). *Os Tempos de Espera em Contexto de Urgência Hospitalar* [Dissertação de mestrado, Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do ISCTE. <http://hdl.handle.net/10071/27328>
- Botelho, A., Dias, I., Fernandes, T., Pinto, L., Teixeira, J., Valente, M., & Veiga, P. (2019). Superestimação da urgência de saúde como causa do uso inapropriado dos serviços de emergência: Insights de uma experiência exploratória de economia em Portugal. *Emergency Medicine Journal*, 27(4), 1031-1041. <https://doi.org/10.1111/hsc.12720>
- Costa, F., Torres, R., & Sousa, C. (2022). Triage de Manchester: Perceções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam. *Revista de Enfermagem Referência*, VI Série(No 1), e21028. <https://doi.org/10.12707/RV21028>

- Despacho N° 10319/2014 de 2 de fevereiro do Ministério da Saúde. Diário da República: II Série; N° 22-2. (2014).  
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678>.
- Diniz, S. M. L. T. (2021). *Comunicação de Más Notícias como Cuidado Fundamental à Pessoa em Situação Crítica e Família – Intervenção Especializada de Enfermagem*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum de Acesso Aberto de Portugal.  
<http://hdl.handle.net/10400.26/44575>
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Norma n° 001/2017, 8 de fevereiro de 2017. Lisboa, Portugal: Serviço Nacional de Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2017b). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Direção-Geral da Saúde.  
[https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Norma n.º 021/2015 atualizada em 17/11/2022: “*Feixe de Intervenções*” para a Prevenção da *Pneumonia associada à Intubação*. Direção-Geral da Saúde. Obtido de: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da *Pneumonia associada à Intubação* - Portal das Normas Clínicas (min-saude.pt)
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *STOP Infecção Hospitalar 2.0*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2023/10/17/stop-infecao-hospitalar-2-0-2/>
- Duro, C. L. M., & Lima, M. A. D. da S. (2010). *The nurse’s role in emergency triage systems: Literature analysis*. Online Brazilian Journal of Nursing, 9(3).  
<https://doi.org/10.5935/1676-4285.20103132>
- Eslahi, K., Ghahramanian, A., Ala, A., Shabanloei, R., Purabdollah, M., Gheibi, Z., & Sheikhalipour, Z. (2023). *Work success and the physician-nurse professional relationship in emergency departments*. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences. <https://doi.org/10.34172/mj.2023.039>
- Faria, M. (2015). *Qual o envolvimento dos enfermeiros junto dos doentes transplantados e dadores de órgãos*. [Monografia, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/4821>

- Feijó, L. (2020). O doente neurocrítico. In José António Pinho. *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 209-220). 1ª Lidel, 2020.
- Ferreira, C. G. G. (2023). *Dificuldades percecionadas pelos enfermeiros na realização da Triagem de Manchester e fatores sociodemográficos e profissionais associados*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do IPB. <http://hdl.handle.net/10198/28941>
- Ferri, P., Stifani, S., Accoto, A., Bonetti, L., Rubbi, I., & Di Lorenzo, R. (2020). *Violence against nurses in the triage area: A mixed-methods study*. *Journal of Emergency Nursing*, 46(3), 384-397. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.02.013>
- Freitas, M. M. (2014). *Dificuldades percecionadas e grau de Satisfação dos Enfermeiros que fazem Triagem de Manchester nos Serviços de Urgência*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório IC-Online. <http://hdl.handle.net/10400.8/2286>
- GAD, Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2011). *Programa Nacional de Avaliação da Dor*. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Galvão, T. F., Pansani, T. de S. A., & Harrad, D. (2015). *Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24, 335–342. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>
- Gonçalves, L. M. M. (2023). *A Qualidade Do Sistema De Triagem De Manchester Na Perspetiva Dos Enfermeiros*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho]. Repositório Universidade do Minho. <https://hdl.handle.net/1822/87512>
- Grupo Português de Triagem. (2010). *Triagem no Serviço de Urgência—Manual do Formando (2ª edição)*.
- Grupo Português de Triagem. (2012). *Manual de Auditorias – ao Sistema de Triagem de Manchester*.

- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). *Plano Estratégico 2020-2022*.  
<https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2020/11/PE-2020-2022.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). *Manual de Suporte Avançado de Vida* (1a ed). <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/07/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2019.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2022). *Censos 2021: Resultados definitivos*.  
<https://www.ine.pt>
- Kemp, K., Mertanen, R., Lääperi, M., Niemi-Murola, L., Lehtonen, L., & Castren, M. (2020). Nonspecific complaints in the emergency department – a systematic review. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 28(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s13049-020-0699-y>
- Lei nº 156/2015 de 16 de setembro da Ordem dos Enfermeiros. *Código Deontológico dos Enfermeiros*. Diário da República: I Série, Nº 181.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Lynch, V. A., & Duval, J. B. (2011). *Forensic nursing science* (2a ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Marques, S. G. (2014). *Tomada de decisão do enfermeiro triador em situação de emergência -Validação do Triage Decision Making Inventory para a população portuguesa* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.  
<http://repositorio.esenfc.pt/?url=VfXd4RPb>
- Martins, H. G. (2018). *Violência contra os profissionais de saúde nos serviços de urgência*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Repositório Científico Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/5055>
- Meleis, A. I. (2017). *Theoretical nursing: development and progress* (6th edition). Lippincott Williams and Wilkins.

- Molina, C. J.C., Lazo, E. K. C., Reinoso, J. M. C., & Román, A.L.O (2021). *Pacientes com sedoanalgesia monitorizado com índice biespectral*. *Recimundo*, 5 (2), 107-118. doi:10.26820/recimundo/5.(2).abril.2021.107-118
- Monte, R. (2020). Sedação e analgesia no doente crítico. In J. Pinho (Coords.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 107-122). Lidel.
- Moreira, Cátia (2010). *Avaliação de uma implementação do Sistema de Triagem de Manchester: Que realidade?.* [Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/24572>
- OE. (2008). *Parecer N° 84 / 2008 - Proposta de Criação do Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH)*.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer\\_CE-84-2008.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_CE-84-2008.pdf)
- OE. (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Regulamento n.º 361/2015, de 26 de junho. Lisboa: Diário da República, 2015. n.º 123-Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>
- OE. (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. Regulamento n° 429/2019, de 16 de julho. Lisboa: Diário da República, 2018. N.º 135-Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- OE (2019a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Lisboa: Diário da República, 2019. n.º 26-Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- OE (2019b). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Regulamento N°743/2019, de 25 de setembro. Lisboa: Diário da República, 2019. N°184-Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

- Queijo, A. F., & Padilha, K. G. (2009). Nursing activities score (NAS): Cross-cultural adaptation and validation to Portuguese language. *Revista da Escola de Enfermagem*, 43(SPECIALISSUE.1), 1018–1025. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500004>
- Ribeiro, E. P. (2022). *Desenvolvimento de Competências em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica – Estratégias para colmatar as dificuldades dos enfermeiros triadores* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório IC-Online. <http://hdl.handle.net/10400.8/7967>
- Rosa et. al. (2016). Os Princípios da Bioética Aplicados em Urgência Hospitalar. *Revista da Sociedade Portuguesa Medicina Interna*, 23(1). [https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23\\_n1\\_2016\\_18\\_23.pdf](https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n1_2016_18_23.pdf)
- Salgueiro, A. C. V. (2019). *Triagem de Manchester - Satisfação dos Enfermeiros*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Repositório Científico Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/5649>
- Santos, C. S., Morais, S. M. de Abib, M. L. V. S., Andrade, S. N., & Oliveira, F. de. (2022). Sistema de Triagem de Manchester: Percepções de enfermeiros de uma unidade de pronto atendimento do Centro Oeste Mineiro. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(10), Artigo 10. <https://doi.org/10.25248/reas.e10916.2022>
- Serviço Nacional de Saúde. (2019). *Relatório Grupo Trabalho - Serviços de Urgência*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urg%C3%A0ncias.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de Doentes Críticos Adultos - Recomendações*. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b2411424.pdf>
- Teixeira, J., & Durão, C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(10), 135–142. <https://doi.org/10.12707/RIV16026>

## APÊNDICES

## APÊNDICE I - Proposta de Alteração do Protocolo na Abordagem à Vítima de Trauma

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na  
Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

1º ano, 2º semestre

Proposta de Alteração Protocolo Ambulância SIV Abordagem à Vítima de  
Trauma

Discente: Maria Raquel Freixo Cardoso Osório, a56078

Enfermeiro Orientador: Luís Espinheira

Bragança, Julho de 2023

## **Introdução**

No âmbito do Estágio de Opção I – Monovalente, inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem À Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde de Bragança, a decorrer em meios de Emergência Pré-hospitalar do INEM (Instituto Nacional Emergência Médica), mais especificamente na VMER ( Viatura Médica de Emergência e Reanimação) de Vila Real e SIV (Suporte Imediato de Vida) de Lamego, foi proposta a participação na elaboração de uma proposta de alteração de um protocolo utilizado pelos enfermeiros que exercem funções nos meios SIV.

O presente trabalho apresenta-se somente em um capítulo, iniciando-se com uma breve revisão da problemática em análise, e posteriormente a proposta de alteração do protocolo em vigor.

No final apresento as referências bibliográficas pertinentes consultadas em base de dados fidedignas que suportam a realização deste trabalho.

Segundo a OMS, todos os anos morrem cerca de 5,8 milhões de pessoas vítimas de trauma e, muitos outros sofrem algum tipo de incapacidade, diminuindo a qualidade de vida dos mesmos (OMS, 2009).

As vítimas de trauma, podem sofrer sangramentos maciços levando ao choque hipovolemico, mais especificamente ao choque hemorrágico, surgindo o risco de ocorrer coagulopatias (Wearmouth & Smith, 2019).

A definição de coagulopatia é uma falência sanguínea em responder a uma lesão, sendo dois os mecanismos responsáveis pela coagulopatia associados ao trauma, na qual, o primeiro é a Coagulopatia Aguda Traumática que é desencadeada imediatamente após a lesão pela ativação simpática e fibrinólise e a segunda é a Coagulopatia Iatrogênica, que é desencadeada pela reposição volêmica excessiva e/ou inadequada (Wray et al., 2021).

A perda de volume sanguínea excessiva ou a reposição errônea do volume com cristalóides, pode gerar o diamante letal do trauma, que é a hipotermia, acidose, coagulopatia e a hipocalcemia (Wray et al., 2021).

Portanto, numa vítima de trauma em choque hemorrágico, é essencial criar estratégias de reposição volêmica de modo a reestabelecer a perfusão tecidual, tendo em conta o risco de coagulopatia.

O Ácido Tranexâmico foi criado por cientistas japoneses, pouco tempo após a II Guerra Mundial, sendo um medicamento antifibrinolítico, que reduz o sangramento pela inibição enzimática responsável pela quebra dos coágulos (Omori & Roberts, 2023).

Inicialmente o Ácido Tranexâmico, começou a ser grandemente usado nas cirurgias, de modo a reduzir o sangramento e a necessidade de transfusões sanguíneas, tendo sido vários, os estudos científicos a demonstrar o benefício da administração desse medicamento (Omori & Roberts, 2023).

Posteriormente, verificou-se que, o Ácido Tranexâmico também seria eficaz em reduzir o risco de morte por choque hemorrágico em pessoas vítimas de trauma, sendo o estudo Clinical Randomization of an Antifibrinolytic in Significant Haemorrhage, CRASH-2, a maior investigação científica realizada, que veio comprovar o mesmo (Roberts et al., 2013).

CRASH-2 também comprovou que para a administração do Ácido Tranexâmico é muito importante para que seja eficaz em reduzir o sangramento, sendo o tempo ideal para a sua administração, na primeira hora, portanto o preferível, é ser administrado no local do incidente, pela equipa do pré-hospitalar (Roberts et al., 2013)..

O estudo conclui que, cada 15 minutos que passam após o evento, sem administração do medicamento, há uma diminuição em 10% em reduzir o risco de morte por choque hemorrágico, não sendo mais eficaz, após as 3 horas (Roberts et al., 2013)..

Outro estudo, para além do CRASH-2, a chegar às mesmas conclusões, foi o The Staamp trial, publicado em 2020, que analisou a administração de Ácido Tranexâmico a nível pré-hospitalar em 927 doentes politraumatizados nos Estados Unidos da América, observando uma redução na mortalidade em cerca de 20% (Omori & Roberts, 2023).

Para uma ambulância chegar ao local de socorro, dependendo da zona e região, pode demorar um tempo significativo, demorando mais outro tanto a preparar o doente a levar para o hospital e mais outro tanto, no transporte para o hospital, portanto para que o Ácido Tranexâmico seja administrado o mais precocemente e, esteja disponível a uma maior população-alvo, para além da disponibilidade, que já se verifica nos meios da VMER, é necessário alargar para os meios SIV.

Em Inglaterra, através dos autores (Ageron et al., 2021) foi validada uma escala, BATT score (Bleeding Audit and Triage Trauma Score), de modo avaliar o risco de sangramento para posterior administração de Ácido Tranexâmico, avaliação e administração essa realizada pela equipa do pré-hospitalar. Segue-se na Tabela 1 a escala.

Tabela 1 – BATT score

Idade	≥ 65 anos	1 ponto
	≥ 75 anos	2 pontos
Pressão Arterial Sistólica	< 60 mmHg	14 pontos
	≥ 60 a < 100 mmHg	5 pontos
Escala Coma de Glasgow	≤ 8	4 pontos
	>8 a ≤ 12	3 pontos
Frequência Respiratória	< 10 ou ≥ 30 cpm	2 pontos
	SPO2 < 90%	2 pontos
Frequência Cardíaca	>100 bpm	1 ponto

Ferida Penetrante	Sim	2 pontos
Trauma a Alta Velocidade	Sim	2 pontos

No estudo de Ageron et. al. (2021), de maneira a validar o uso da escala, comprovaram o benefício da administração do Ácido Tranexâmico a nível extra-hospitalar, diminuindo o risco de choque hemorrágico e consequente risco de morte. Segundo os mesmos, deve-se administrar o medicamento em causa, quando o score seja superior a 2 pontos.

Portanto, para que o Ácido Tranexâmico seja administrado pelos meios SIV, para além da validação médica pelo CODU, o BATT score poderia ser inserido no protocolo de Abordagem à vítima de trauma, assim como também poderia ser inserido na plataforma ITeams, de modo a justificar a tomada de decisão do enfermeiro, visto que a literatura é consensual, na administração do Ácido Tranexâmico pelos meios extra-hospitalares.

## Referencias Bibliográficas

- Ageron, F.-X., Coats, T. J., Darioli, V., & Roberts, I. (2021). Validation of the BATT score for prehospital risk stratification of traumatic haemorrhagic death: Usefulness for tranexamic acid treatment criteria. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 29(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s13049-020-00827-5>
- Omori, K., & Roberts, I. (2023). Prehospital tranexamic acid for trauma victims. *Journal of Intensive Care*, 11(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s40560-023-00661-8>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2009). *Guidelines for trauma quality improvement programmes*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/guidelines-for-trauma-quality-improvement-programmes>
- Roberts, I., Shakur, H., Coats, T., Hunt, B., Balogun, E., Barnetson, L., Cook, L., Kawahara, T., Perel, P., Prieto-Merino, D., Ramos, M., Cairns, J., & Guerriero, C. (2013). The CRASH-2 trial: A randomised controlled trial and economic evaluation of the effects of tranexamic acid on death, vascular occlusive events and transfusion requirement in bleeding trauma patients. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 17(10), 1–79. <https://doi.org/10.3310/hta17100>
- Wearmouth, C., & Smith, J. (2019). Development of a nurse-led tranexamic acid administration protocol for trauma patients in rural South Africa. *African Journal of Emergency Medicine*, 9, S52–S55. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2018.10.001>
- Wray, J. P., Bridwell, R. E., Schauer, S. G., Shackelford, S. A., Bebart, V. S., Wright, F. L., Bynum, J., & Long, B. (2021). The diamond of death: Hypocalcemia in trauma and resuscitation. *The American Journal of Emergency Medicine*, 41, 104–109. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.12.065>

APÊNDICE II - Preparação e Administração Terapêutica de um medicamento administrado na SE

## Preparação e Administração Terapêutica

### Remifentanilo

Analgésico opióide utilizado durante a indução e/ou manutenção da anestesia geral.

#### Apresentação

- 1mg, 2mg, 5mg
- Pó para concentrado para solução injetável/ perfusão

#### Reconstituição

- 1mg reconstituído em 1ml de solvente
- 2mg reconstituído em 2ml de solvente
- 5mg reconstituído em 5ml de solvente

#### Diluição

- Deve ser diluído até concentrações de 20 a 250 mcg/ml
- Em adultos é recomendada a diluição de 50mcg/ml
- Soluções compatíveis: Nacl 0.9%, Dex5%

#### Administração

- Dose de indução: 0.5 a 1 mcg/kg/min (administrado ao longo de um minuto)
- Dose de manutenção: 0.05 a 2mcg/kg/min

Dose de manutenção mcg/kg/min	Velocidade de perfusão ml/kg/h num doente com peso estimado de 70kg para uma concentração de 50mcg/ml  2mg /40ml
0,05	0,06
0,1	0,12
0,2	0,24
0,5	0,6
1	1,2
1,5	1,8
2	2,4

## Referências Bibliográficas

[www.wedev.pt](http://www.wedev.pt). (2017, janeiro 1). REMIFENTANILO GENÉRICO pó p/ conc. P/ sol.

Inj. Ou p/ perf. | Princípios Ativos. *MyMedFarma*.

<https://mymedfarma.com/pt/principios-ativos/1257-remifentaniло/94-po-para-concentrado-para-solucao-injetavel-ou-para-perfusao/2936-remifentaniло-generico-po-p-conc-p-sol-inj-ou-p-perf>

*Remifentaniло B. Braun—Efeito, dosagem, bula.* (s.d.). *Medikamio*. Obtido em 6 de dezembro de 2023, de <https://medikamio.com/pt-pt/medicamentos/remifentaniло-b-braun/pil>

APÊNDICE III – Póster: Humanização dos Cuidados de Enfermagem em Contexto de Urgência/ Emergência

# HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - UM DESAFIO PRELENTE

## I CICLO DE JORNADAS DA URGÊNCIA

a emergência no cuidar

Daniela Maria Marques Cunha 1; Jéssica Sofia Pires Amado 2, Maria Raquel Freixo Cardoso Osório 3

1 - Unidade local de Saúde Trás os Montes e Alto Douro, Hospital de Proximidade de Lamego, Serviço de Urgência II  
2 - Unidade Local de Saúde Trás os Montes e Alto Douro, Hospital de Proximidade de Lamego, Serviço de Urgência II  
3 - Unidade Local de Saúde Trás os Montes e Alto Douro, Hospital de Proximidade de Lamego, Serviço de Urgência II

### INTRODUÇÃO

A palavra humanização, remete-nos para o ato de ações bondosas, de benevolência e compaixão, procurando o bem-estar do outro respeitando-o e aceitando-o, pois, cada pessoa é única, com experiências de vida únicas, necessidades individuais e vontades próprias, sendo que este conceito está intrinsecamente ligado à relação de ajuda que deve ser estabelecida com o doente e/ou familiares e tornou-se essencial para a prestação de cuidados de qualidade.

O Serviço de Urgência e Emergência é a “porta aberta” para todas as pessoas que sentem e/ou estão a viver uma situação de doença, muitas vezes complexas e críticas, o que requer cuidados e intervenções pela equipa de saúde urgentes e emergentes, este serviço está fortemente conectado ao modelo biomédico por estar muito focado na queixa principal da pessoa, ignorando toda a sua envolvência, por isso o processo de humanização dos cuidados de saúde nestes contextos é grandemente questionado, devendo portanto ser analisado e estudado.

### OBJETIVOS

Analisar a efetivação dos cuidados de enfermagem humanizados, desafios e dificuldades num Serviço de Urgência e Emergência.

### METODOLOGIA

Scoping review. Recorreu-se às bases de dados Scielo, Pubmed e B-on, com definição de critérios de inclusão e exclusão. Através do método PCC, acrónimo para: Participantes (os utentes e enfermeiros do SU), Conceito (a prática de cuidados de enfermagem humanizados) e Contexto (Serviço de urgência/emergência), foi formulada a questão de investigação:

**“Em que medida são prestados os cuidados de enfermagem de forma humanizada num Serviço de Urgência e Emergência?”.**

A pesquisa foi limitada a estudos somente em língua portuguesa, com o texto integral disponível e publicados nos últimos 5 anos. Após a leitura do título, resumo e posteriormente a leitura completa dos estudos, foram selecionados 6.

**Palavras-chave:** humanização dos cuidados, urgência e emergência e enfermagem

### RESULTADOS

Escassez de recursos Humanos e materiais

Desvalorização Profissional

Barreiras e dificuldades

Sobrelotação dos serviços de urgência e emergência

Desgaste físico e psicológico dos profissionais

Lacunas na chefia e gestão de equipas

### CONCLUSÃO

Os enfermeiros são uma classe profissional subvalorizada que está intrinsecamente ligada aos cuidados de outras pessoas, exigindo competências técnicas, sociais e emocionais, visto que, as pessoas quando recorrem aos hospitais encontram-se fragilizadas, quer do ponto de vista físico, quer emocional.

Atualmente, para além das injustiças ligadas à falta de progressão na carreira e salarial em enfermagem, o que causa descontentamento e falta de motivação, verifica-se também uma sobrelotação dos serviços de urgência e emergência, havendo escassez de recursos humanos e materiais, por isso, para que possa haver uma maior efetivação dos cuidados humanizados, é importante que haja uma mudança na gestão e organização destes serviços.

### BIBLIOGRAFIA



SCAN ME



## APÊNDICE IV - Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à  
Pessoa em Situação Crítica

2º ano, 1º semestre

## Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde

Discente: Maria Raquel Freixo Cardoso Osório, a56078

Enfermeiro Orientador: Natércia Coelho

Bragança, julho de 2024

## **Introdução**

No âmbito do Estágio de Opção II, inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem À Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde de Bragança, a decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente pertencente à ULS de Viseu Dão-Lafões, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde com o objetivo de desenvolver um projeto de melhoria contínua, tendo sido elaborado uma proposta de um documento a ser utilizado na transição de cuidados seguindo a metodologia ISBAR.

O presente trabalho apresenta-se somente em um capítulo, iniciando-se com uma breve revisão da literatura e, posteriormente a proposta do documento.

No final apresento as referências bibliográficas pertinentes consultadas em base de dados fidedignas que suportam a realização deste trabalho.

A transição de cuidados é um momento crítico na prestação de cuidados de saúde, ocorrendo em qualquer momento em que se verifique a mudança de responsabilidade de cuidados entre diferentes profissionais de saúde, devendo ser assegurado a continuidade dos cuidados e a segurança das pessoas (DGS, 2017).

Exemplos destes momentos críticos de transição de cuidados, cuja complexidade envolve um maior risco de erro na transferência de informação, são as admissões e altas hospitalares para o domicílio ou para outro nível de cuidados, assim como as passagens de turno dentro do serviço.

As passagens de turno exigem um nível elevado de consciência que está associado à capacidade dos profissionais se concentrarem na produção e na compreensão da linguagem, que se traduz cognitivamente em elementos relacionados ao cuidado do doente (Spilioti et al. e Pun, *apud* Alves e Veiga-Branco, 2023).

Outro fator que determina a eficácia da comunicação e da transição de cuidados, está relacionado com as experiências prévias, nomeadamente com a doença e cuidados específicos de determinada pessoa (Idem).

Adicionalmente, as características pessoais, nomeadamente as competências de comunicação, oral e escrita, determinam também o sucesso da comunicação, sendo que a localização, o tempo e a documentação existente, podem funcionar como obstáculos ou facilitadores para a eficácia da transição de cuidados, dependendo das políticas instituídas (Fealy et al. *Apud* Alves e Veiga-Branco, 2023).

As evidências mais recentes sugerem que o uso de instrumentos estruturados e padronizados na transição de cuidados, entre os profissionais de saúde, melhora a transferência de informações, a segurança do doente, e também os resultados (Burgess et al., 2020).

Um dos instrumentos mais disseminados e bem estudados é a metodologia ISBAR. Este surgiu originalmente em indústrias fora dos sistemas de saúde, tendo sido desenvolvido pela marinha americana de modo a garantir uma comunicação clara e precisa entre submarinos nucleares (Idem).

A metodologia ISBAR tem sido recomendada em todo o mundo, tanto pela Joint Commission, como pela OMS, sendo que a DGS publicou a Norma 001/2017, que

recomenda a utilização da metodologia ISBAR na transição de cuidados, nas diferentes valências do Sistema Nacional de Saúde (SNS) (DGS, 2017).

A metodologia ISBAR, é uma mnemónica, auxiliar de memória que permite através de forma simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que I: corresponde à identificação, S: à situação atual, B: aos antecedentes (anamnses), A: à avaliação e R: às recomendações. Segue-se na figura o modelo explicativo da técnica ISBAR.

Figura 1 - Modelo explicativo da técnica ISBAR

Mnemónica ISBAR	
<p>I – Identificação</p> <p>Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação</p>	<p>a) Nome completo, data de nascimento, género e nacionalidade do doente;</p> <p>b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor;</p> <p>c) Nome e função do Profissional de Saúde recetor;</p> <p>d) Serviço de origem/destinatário;</p> <p>e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.</p>
<p>S – Situação atual/Causa</p> <p>Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde</p>	<p>a) Data e hora de admissão;</p> <p>b) Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde;</p> <p>c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.</p>
<p>B – Antecedentes/Anamnese</p> <p>Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade</p>	<p>a) Antecedentes clínicos;</p> <p>b) Níveis de dependência;</p> <p>c) Diretivas antecipadas de vontade;</p> <p>d) Alergias conhecidas ou da sua ausência;</p> <p>e) Hábitos relevantes;</p> <p>f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma;</p> <p>g) Técnicas invasivas realizadas;</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar;</li> <li>i) Identificação da situação social e da capacidade do cuidador.</li> </ul>
<p>A – Avaliação</p> <p>Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Problemas ativos;</li> <li>b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída;</li> <li>c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas;</li> <li>d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.</li> </ul>
<p>R – Recomendações</p> <p>Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Indicação do plano de continuidade de cuidados;</li> <li>b) Informação sobre consultas e MCDT agendados;</li> <li>c) Identificação de necessidades do cuidador informal.</li> </ul>

Fonte: DGS, 2017, p.8

Nos cuidados à pessoa em situação crítica, as questões relativas à comunicação e à transição de cuidados assumem ainda maior relevância, pois a pessoa em situação crítica é definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Diário da República, 2011b, p. 8656).

Portanto, a metodologia ISBAR assume uma importância de relevo na segurança do doente crítico, visto que, na generalidade é bem aceite pelos enfermeiros, sendo utilizada em contextos de Unidades de Cuidados Intensivos com bons resultados na redução de eventos adversos ao utente, pois melhora a comunicação dos enfermeiros nos momentos de transição de cuidados, fazendo assim com que a existência de omissões de informações seja reduzida, trazendo também maior sustentabilidade e consistência à respetiva informação, assim como a metodologia de transmissão de informação está mais

sistematizada e organizada, veiculando um conhecimento mais alargado dos enfermeiros, dando ênfase aos planos de cuidados que permitem não só uma correta continuidade de cuidados, assim como permitem que não haja atrasos nos tratamentos que pudessem colocar em causa a segurança e estabilidade da pessoa, tornando a resposta a descompensações agudas graves mais atempada.

Com isto, segue-se em tabela a proposta de um documento, seguindo a metodologia ISBAR para ser utilizado na transição de cuidados na Unidade em estágio.

	Data:			Enfermeiro Responsável:	
	<b>Identificação</b>	<b>Situação</b>	<b>Background</b>	<b>Avaliação</b>	<b>Recomendações</b>
Cama 1	Nome:	Data de admissão:	Antecedentes:	<u>Orientação/ consciência:</u> Sedação <input type="checkbox"/> _____ Glasgow_____	Plano de cuidados:  MCDTS:  Isolamento:
	Idade:	Proveniência:	Medicação habitual:	Analgesia <input type="checkbox"/> _____ RASS_____	
	Situação Social:	Motivo de internamento:	Alergias:	Corarização <input type="checkbox"/> _____ BIS_____	
	Contacto de Referência:			TOF_____	
	Pertences:			<u>Ventilação:</u> Espontânea: TT <input type="checkbox"/> MAC <input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> L/min _____ Fluxo/min _____ Mecânica: Não Invasiva: VNI <input type="checkbox"/> _____ OAF <input type="checkbox"/> Invasiva <input type="checkbox"/> _____ FIO2 ____ Peep ____ PS ____ PC ____ VC ____ Fluxo/min _____ Gasimétricas: _____	
				<u>Monitorização hemodinâmica:</u> Traçado eletrocardiográfico _____ FC _____ TA _____ Suporte de Aminas _____ Temperatura _____ Dor _____	
				<u>Dieta:</u> Entérica <input type="checkbox"/> _____ Parentérica <input type="checkbox"/> _____ SOG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNJ <input type="checkbox"/> Glicémia _____ Insulina <input type="checkbox"/> _____	

				<p><u>Eliminação:</u></p> <p>Sonda vesical <input type="checkbox"/> _____ Troca a: _____</p> <p>Débito urinário: _____</p> <p>Diurético <input type="checkbox"/> _____ CVVHDF: Citrato <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 150px;">Heparina <input type="checkbox"/></p> <p>Última dejeção: _____ Outro <input type="checkbox"/></p> <p>Drenos: _____</p> <p>Eletrólitos: _____</p> <p>Balço Hídrico: _____</p> <p><u>Feridas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• _____ Tratamento _____</li> <li>• _____ Tratamento _____</li> <li>• _____ Tratamento _____</li> </ul> <p><u>Outras perfusões:</u></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><u>Cateteres:</u></p> <p>CA <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> Cateter diálise <input type="checkbox"/> CVP <input type="checkbox"/></p> <p>Outro _____</p>	
--	--	--	--	--	--

## Referências Bibliográficas

- Alves, C. D. G. B., & Veiga-Branco, M. A. R. (2023). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, no serviço de urgência – Implementação da metodologia ISBAR*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do IPB. <http://hdl.handle.net/10198/29229>
- Burguess, A., Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Medical Education*, 20(Suppl 2), 459. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>
- Diário da República. (2011b). Regulamento n.º 124/2011 - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 35, 18 de fevereiro de 2011. Lisboa, Portugal: Diário da República.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Norma n.º 001/2017, 8 de fevereiro de 2017. Lisboa, Portugal: Serviço Nacional de Saúde.

## ANEXOS

## ANEXO I – Certificado Comprovativo Apresentação de Póster



# UNIDADE LOCAL DE SAÚDE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

certifica-se que **MARIA RAQUEL FREIXO CARDOSO OSORIO**, com o NIF 214659089, foi co-autor(a) do poster HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA – UM DESAFIO PERMANENTE, no I ciclo de jornadas da urgência sobre o cuidar - a emergência no cuidar, promovido pela ASEU e pelo serviço de urgência da ULSTMAD, que se realizou a 2 e 3 de fevereiro de 2024, na aula magna da UTAD.

vila real, 31 de julho de 2024

coordenadora da unidade de formação

## Programa:

### 2 de fevereiro

09h00 | workshops teórico-práticos: ecografia point-of-care no doente crítico - do A ao D | simulação de casos clínicos emergentes (adulto) | acessos em emergência | comunicação na sala de emergência

### 3 de fevereiro

08h00 | apresentações das comunicações livres e posters

08h45 | sessão de abertura

09h15 | mesa 1 :: à conversa sobre salas de emergência - contrastes organizacionais | moderação: igor millet e betino verissimo  
modelos das equipas da sala de emergência do CHUSJ e CHMA | sofia rocha, rui brito, filipe machado e liliana martins

10h15 | mesa 2 :: à conversa sobre salas de emergência - desafios para cá do Marão | moderação: francisco esteves e tiago morais

modelos das equipas da sala de emergência do CHTMAD e ULSNE | josé carlos almeida, sandra afonso e tiago loza  
11h45 | mesa 3 :: à conversa sobre salas de emergência - modelos organizacionais além-fronteiras | moderação: isabel militão e ana sofia costa

apresentações das realidades do Reino Unido e Espanha | vera pinto e joana ruibal

13h30 | apresentações das comunicações livres e posters

14h15 | mesa 4 :: à conversa sobre salas de emergência – interdisciplinaridade | moderação: mafalda carvalho e cristina dias  
o papel dos assistentes operacionais na sala de emergência | ana carvalho

a articulação com o pré-hospitalar: como podemos fazer a diferença | cristina sousa

15h15 | mesa 5 :: limitação da agressividade terapêutica na SE | moderação: anabela morais e daniela osório

adequação da intervenção farmacológica (desprescrição) | rita queirós

definição antecipada de estratégia | renata silva

plano individual e integrado de cuidados (PIIC) | márcia souto

17h00 | mesa 6 :: práticas inovadoras para dificuldades antigas | moderação: gustavo norte e josé carlos almeida

simulação avançada: desenvolvimento e avaliação de competências em emergência médica e cuidados críticos | pedro lito e ricardo tcheng

debriefing clínico na sala de emergência | elia carril

18h15 | entrega de prémio para o melhor trabalho

sessão de encerramento

## ANEXO II – Comprovativo de Submissão de Artigo



---

**[Servir] Agradecimento pela submissão**

---

De Servir <noreply@rcaap.pt>

Data ter, 04/03/2025 00:01

Para Maria Raquel Freixo Cardoso Osório <mraquel\_8@hotmail.com>

Maria Raquel Freixo Cardoso Osório,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Dificuldades Percecionadas pelos Enfermeiros na Triagem de Manchester num Serviço de Urgência: Scoping Review" à revista Servir. Através do sistema de gestão editorial online que estamos a utilizar, conseguirá acompanhar o progresso no processo editorial, bastando entrar no sistema disponível em:

URL do Manuscrito: <https://revistas.rcaap.pt/servir/authorDashboard/submission/40571>

Nome de utilizador: raquelosorio

Em caso de dúvidas, entre em contacto connosco. Agradecemos mais uma vez considerar a nossa revista como meio de transmitir ao público o seu trabalho científico.

Servir

---

[Servir](#)