



**CATOLICA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LISBOA

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

Relatório de Estágio:

**PRÁTICA AVANÇADA AO SERVIÇO DO DOENTE CRÍTICO**

**DO PRÉ-HOSPITALAR AO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

**ADVANCED PRACTICE AT THE SERVICE OF THE CRITICALLY ILL PATIENT**

**FROM PREHOSPITAL CARE TO THE EMERGENCY ROOM**

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em  
Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica  
na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por

Patrícia Sofia Oliveira Fonseca Nunes

Lisboa, 2024



**CATOLICA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LISBOA

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

Relatório de Estágio:

**PRÁTICA AVANÇADA AO SERVIÇO DO DOENTE CRÍTICO**

**DO PRÉ-HOSPITALAR AO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

**ADVANCED PRACTICE AT THE SERVICE OF THE CRITICALLY ILL PATIENT**

**FROM PREHOSPITAL CARE TO THE EMERGENCY ROOM**

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em  
Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica  
na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por

Patrícia Sofia Oliveira Fonseca Nunes

Orientadora Prof.<sup>a</sup> Doutora Isabel Rabiais

Lisboa, 2024

**“Às minhas filhas, Isabel e Maria,  
por todo o tempo roubado e que não voltamos a ter!”**

## AGRADECIMENTOS

À Professora Isabel Rabiais, mentora deste projeto, pelo apoio incondicional e pela disponibilidade, amizade e serenidade com que sempre me conduziu ao longo deste percurso. Obrigada, Professora Isabel!

A todos os professores do programa de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem de Lisboa da Universidade Católica pela sua dedicação na formação de gerações de enfermeiros especialistas e investigadores habilitados a trabalhar em prol do fortalecimento dos sistemas de saúde e da melhoria do bem-estar das populações. Foi um privilégio ter sido vossa estudante.

À extraordinária Helena Zacarias pelo excecional trabalho que realiza diariamente em prol de todos os alunos. Esta jornada não teria sido tão fantástica se não fosse por ela.

À Doutora Maria Perdigão pela sua ajuda preciosa quando da pesquisa sistemática em base de dados.

À minha orientadora de estágios M. P. pela forma entusiasta e desprendida com que sempre orientou os meus estágios no Serviço de Urgência, SIV e Unidade de Deslocações e Evacuações Aéreas, e pelas inúmeras oportunidades de aprendizagem que me proporcionou.

Aos enfermeiros do Serviço de Urgência, SIV e Unidade de Deslocações e Evacuações Aéreas, pela partilha de conhecimentos e de experiências, pela forma amigável como me receberam, e pela disponibilidade em proporcionar-me momentos únicos e irrepetíveis de aprendizado, num contexto tão diferente daquele onde estava habituada a trabalhar.

Aos elementos da Força Aérea Portuguesa, da Base Aérea nº 4, das Lajes, com quem tive o privilégio de voar, quando da evacuação de doentes, pelas experiências incríveis, memórias inesquecíveis, e pela realização de sonhos que sempre julguei inalcançáveis.

À Enfermeira M. A. por tão bem me ter recebido na UL-PPCIRA, pela sua paciência para responder às intermináveis questões que lhe colocava, e por me ter, em 40 horas, dado uma visão da operacionalização da Prevenção e Controlo de Infecção do ponto de vista macro, numa altura em que os desafios institucionais, associados ao controlo de infeção, se faziam sentir, e em que o debate de pontos de vista, tendo em vista delinear estratégias e soluções, possibilitou o desenvolvimento de competências essenciais no âmbito da gestão da Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica.

Aos Enfermeiros da Linha de Emergência Médica dos Açores por me permitirem adquirir uma visão ampla e integrada do funcionamento do atendimento pré hospitalar nos Açores, bem como a forma como estes se articulam com as diferentes instituições, Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores (SRPCA), hospitais, cuidados de saúde primários e instituições sociais, bem como por me apresentarem o sistema de Triagem Telefónica de Manchester e o seu contributo na agilização de processos em contexto pré hospitalar.

Aos utentes e respetivas famílias, por me terem dado o privilégio de cuidar deles, em contextos, por vezes, avassaladores.

Aos colegas do 16º Curso de Mestrado em Enfermagem. Que sorte ter me cruzado convosco, e ter usufruído do espírito de companheirismo e de entre ajuda que sempre experimentamos.

À Ana Rodrigues e Joana Ferreira, companheiras neste percurso. Obrigada pela presença e amizade, especialmente nos momentos de cansaço e desânimo.

Às amigas de sempre Cláudia Santos, Isabel Cardoso, Patrícia Fernandes, Helda Azevedo, e Sónia Lima. Obrigada!

Aos meus pais, Gravelina e Fernando Fonseca, pelo amor, carinho, preciosa e inestimável ajuda ao longo de toda uma vida.

À minha irmã, Sandra Harrison, por acreditar.

Ao meu marido, Armando, pela paciência e amor incondicional.

Às minhas filhas Isabel e Maria, por todo o tempo roubado e que não voltamos a ter! Não existem palavras para exprimir a minha profunda gratidão pela vossa compreensão por todos os momentos de ausência, aventuras adiadas e por tudo de que abdicaram.

## RESUMO

O presente relatório, elaborado no âmbito do 16º Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, propõe-se descrever e analisar, de uma forma crítica e reflexiva, o percurso realizado ao longo dos diferentes contextos de estágio. Descreve os objetivos traçados, as atividades desenvolvidas, as experiências significativas vividas, bem como as competências de especialista e mestre adquiridas, sendo que para o efeito se partilham e discutem os resultados do trabalho de investigação desenvolvido.

O trabalho de investigação, uma revisão de eficácia que se debruçou sobre o contributo da prática especializada, enquanto Prática Avançada de Enfermagem, na prestação de cuidados ao doente crítico, propôs-se aferir e documentar os resultados decorrentes da mesma, com base na melhor evidência disponível.

A análise crítico-reflexiva realizada, reflete o percurso desenvolvido num Hospital da Região Autónoma dos Açores, e as competências adquiridas, ao longo de doze semanas, em três diferentes contextos de estágio: Serviço de Urgência, viatura de Suporte Imediato de Vida e Unidade de Evacuações Aéreas. Far-se-á menção, ainda, a uma experiência de colaboração com a Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antibióticos, desta mesma instituição, bem como a um breve contacto com o Serviço de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores, para efeitos de observação da operacionalização de um sistema de triagem telefónico de Manchester, aplicado por enfermeiros, na Linha de Emergência Médica da região autónoma dos Açores. A passagem por este alinhamento de serviços, visou a aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito da dinamização da resposta a situações de catástrofe/emergência multivítima, e da intervenção na prevenção e controlo de infeção à pessoa em situação crítica/ falência orgânica, tidas como indispensáveis para o exercício da prática especializada, no âmbito da assistência à pessoa em situação crítica.

As conceções teóricas que pautaram o pensamento de enfermagem, que norteou o presente relatório, foram: a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, sendo que se fará ainda uma breve menção ao padrão de conhecimento sociopolítico definido por White.

Palavras-chave: Prática Avançada de Enfermagem, Enfermeiro Especialista, Pessoa em Situação Crítica.

## ABSTRACT

The present report was written within the scope of the Medical-Surgical Nursing Specialization and Master's Degree in the Area of Nursing for the Person in Critical Situation, and it aims to describe and analyze, in a critical and reflective way, the path undertaken throughout the various internship contexts. It describes the goals set, the activities developed, the significant experiences lived, as well as the specialist and master's competencies acquired, by sharing and discussing the results of the research conducted.

The research, an effectiveness review that focused on the contribution of specialized practice, as Advanced Practice Nursing, in the care of critically ill patients, aimed to assess and document the resulting outcomes, based on the best available evidence.

This critical-reflective analysis reflects the work carried out in a hospital in the Autonomous Region of the Azores, and the skills acquired, over the course of twelve weeks, in three different internship contexts: Emergency Department, the Immediate Life Support vehicle (SIV) and the Air Evacuation Unit. Mention will also be made of an experience of collaboration with the Local Unit of the Infection Prevention and Control Program of this same institution, as well as a brief contact with the Civil Protection and Fire Brigade of the Azores, for the purpose of observing the operation of a Manchester telephone triage system, applied by nurses, on the Medical Emergency Line of the autonomous region of the Azores. The aim of experiencing this service alignment was to acquire and develop skills in response to catastrophes/multi-victim emergencies, and in infection prevention and control in critically ill person, deemed essential for the practice of specialized nursing in assisting critically ill patients.

The theoretical concepts that guided the nursing thinking behind this report were: Afaf Meleis' Transitions Theory and Jean Watson's Theory of Human Caring, with a brief mention of the sociopolitical knowledge pattern defined by White.

**Keywords:** Advanced Practice Nursing, Specialist Nurse, Critical Care Patient

## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

AMS - Ambulâncias de Socorro

CNS – Clinical Nurse Specialist

DRS - Direção Regional de Saúde

EEMC – Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica

ICN – International Council of Nurses

MCDTs - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

NHCJR – Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAE - Prática Avançada de Enfermagem

PICO – População, Intervenção, Comparação (Controle) e Outcome (desfecho)

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SC – Supervisor Clínico

SCA - Síndrome Coronário Agudo

SIV – Viatura de Suporte Imediato de Vida

SO – Sala de Observação

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SRPCBA – Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UDEA – Unidade de Evacuações Aéreas

UL - PPCIRA – Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

WHO – World Health Organization

## ÍNDICE

|                                                                                                                                                                                                                                                  |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. INTRODUÇÃO .....                                                                                                                                                                                                                              | 11  |
| 2. ENQUADRAMENTO .....                                                                                                                                                                                                                           | 15  |
| 2.1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO.....                                                                                                                                                                                                      | 15  |
| 2.2 ENQUADRAMENTO DO FENÓMENO EM ESTUDO.....                                                                                                                                                                                                     | 18  |
| 2.2.1 Prática Avançada de Enfermagem, uma breve contextualização .....                                                                                                                                                                           | 18  |
| 2.2.2 Prática Avançada de Enfermagem em Portugal .....                                                                                                                                                                                           | 21  |
| 2.2.3 Prática Avançada ao serviço do doente crítico: uma revisão de eficácia .....                                                                                                                                                               | 23  |
| 3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO PRÁTICA CLÍNICA.....                                                                                                                                                                              | 31  |
| 3.1 CUIDADO COM A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA .....                                                                                                                                                                        | 34  |
| 3.2. CUIDADO COM A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO PRÉ-HOSPITALAR.....                                                                                                                                                                    | 49  |
| 3.3. CUIDADO COM A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO DE EVACUAÇÕES AÉREAS.....                                                                                                                                                              | 57  |
| 4. CONCLUSÃO .....                                                                                                                                                                                                                               | 63  |
| 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                                                                                                                                                                                                              | 65  |
| APÊNDICES.....                                                                                                                                                                                                                                   | 75  |
| APÊNDICE I - Protocolo de Revisão Sistemática de Literatura .....                                                                                                                                                                                | 76  |
| APÊNDICE II - Estratégias de Pesquisa das Palavras-Chave utilizadas em cada base de dados consultadas. ....                                                                                                                                      | 82  |
| APÊNDICE III - Critérios de Elegibilidade dos Estudos a serem integrados na Revisão da Literatura .....                                                                                                                                          | 88  |
| APÊNDICE IV - Resumo dos resultados dos estudos com as respetivas conclusões estatísticas por <i>outcome</i> .....                                                                                                                               | 90  |
| APÊNDICE V - Póster intitulado “Prática Avançada ao serviço do doente crítico: um protocolo de revisão de eficácia”, apresentado no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, vencedor da distinção de mérito “Menção Honrosa” ..... | 92  |
| APÊNDICE VI - Comunicação Livre “Prática Avançada ao serviço do doente crítico: uma revisão de eficácia”, apresentadas nas III Jornadas Académicas de Enfermagem da Macaronésia a 23 abril de 2024.....                                          | 94  |
| APÊNDICE VII – Flyer de divulgação da sessão de formação “Competência forense em enfermagem na prestação de cuidados à vítima: Do Pré-Hospitalar ao Serviço de Urgência” .....                                                                   | 98  |
| APÊNDICE VIII – Plano de Sessão de Formação intitulada “Competência forense em enfermagem na prestação de cuidados à vítima: Do Pré-Hospitalar ao Serviço de Urgência” .....                                                                     | 98  |
| APÊNDICE IX – Sessão de Formação intitulada “Competência forense em enfermagem na prestação de cuidados à vítima: Do Pré-Hospitalar ao Serviço de Urgência” .....                                                                                | 103 |
| APÊNDICE X – Lista de Verificação do Kit “Material de Recolha/ Manutenção de Vestígios Forenses” .....                                                                                                                                           | 112 |
| APÊNDICE XI – Questionário de avaliação da sessão de formação.....                                                                                                                                                                               | 115 |
| APÊNDICE XII - Gráficos dos resultados do questionário de avaliação da sessão de formação ....                                                                                                                                                   | 117 |
| APÊNDICE XIII - Proposta de Norma de Procedimento de Enfermagem – Cuidados de Enfermagem à Pessoa na Realização de uma Punção Lombar .....                                                                                                       | 120 |
| APÊNDICE XIV – Tabela ISBAR para utilização na Passagem de Turno/Ocorrências/Transferência .....                                                                                                                                                 | 128 |

|                                                                                                                                                                                                                           |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ANEXOS .....                                                                                                                                                                                                              | 132 |
| ANEXO I – Certificado de Menção Honrosa do Póster “Prática Avançada ao Serviço do Doente Crítico – um protocolo de Revisão de Eficácia” apresentado no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem. ....         | 133 |
| ANEXO II – Certificado de apresentação do trabalho de investigação “Prática Avançada de Enfermagem ao Serviço do Doente Crítico – Uma Revisão de Eficácia” nas III Jornadas Académicas de Enfermagem da Macaronesia ..... | 135 |
| ANEXO III – Certificado de Formação Profissional: "Via Verde Coronária INEM – Edição 2023" .....                                                                                                                          | 137 |
| ANEXO IV – Certificado de Palestrante nas IV Jornadas de Enfermagem Cirúrgica dos Açores, a 24 de maio, com o tema: "Metodologia ISBAR, à voz da experiência" .....                                                       | 139 |

## 1. INTRODUÇÃO

O presente relatório, desenvolvido no âmbito do 16º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, visa, simultaneamente, cumprir com o requisito de avaliação da unidade curricular (UC) Estágio Final e Relatório, que integra o plano de estudos, bem como evidenciar e refletir a aquisição de competências de mestre e de especialista na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica. Para tal, propõe-se relatar e analisar de forma crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas e as experiências de prática clínica, nos diferentes contextos de estágio, que deram lugar à aquisição e desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas, relacionais e humanas que pautam a prestação de cuidados especializados à Pessoa em Situação Crítica e sua família.

O curso supracitado prevê dois períodos de estágio, um de 360 horas relativo à UC Estágio Final e Relatório, e um primeiro de 180 horas, no âmbito da UC Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica, sendo que este último foi creditado em virtude do contexto de exercício profissional, nos últimos 18 anos, no Serviço de Medicina Intensiva, nomeadamente na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Unidade de Cuidados Intensivos Médico-cirúrgicos e Unidade Estrutural de Intervenção Crítica, do Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE (CHLN – EPE), Hospital de Santa Maria, onde para além destas equipas integrou ainda a equipa do Centro de Referência de ECMO - Oxigenação por Membrana Extracorporal, responsável pelo resgate de pessoa em situação crítica para programa de ECMO, e por assegurar o programa E-CPR, que pressupõe a reanimação cardiorrespiratória por circulação extracorporal em doentes com paragem cardiorrespiratória prontamente assistida, ou a manutenção da perfusão de órgãos em caso de Paragem Cardiorrespiratória (PCR) irreversível, tendo em vista a doação de órgãos.

Dada a experiência prévia na prestação de cuidado à pessoa em situação crítica e família em contexto médico e cirúrgico, em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), num hospital central e polivalente, ou seja, em ambiente relativamente controlado no que diz respeito a patologias, recursos e meios, optou-se por selecionar locais de estágio na área do pré-hospitalar (viatura de Suporte Imediato de Vida), do extra hospitalar (Unidade de Evacuações Aéreas) e Serviço de Urgência (SU), em contexto de insularidade, com o intuito de viver uma experiência de prática clínica completamente diferente daquela vivida até ao momento, e colmatar lacunas existentes nos conhecimentos e competências até aqui adquiridas, nomeadamente na dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, na implementação de intervenções de vigilância, monitorização e terapêutica, que previnam complicações e eventos adversos

decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos que careçam de meios de intervenção avançados, na gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos, na vivência de processos complexos de doença crítica e falência multiorgânica (Regulamento nº. 429/2018 de 16 de julho, 2018) em ambiente não controlado, numa região ultraperiférica.

De salientar que a avidez por aproveitar este momento único e irrepetível de aprendizagem, levou a que se optasse ainda por efetuar uma breve passagem (40 horas) pela Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA) - com o intuito de apreender como se operacionaliza, a nível macro, a implementação de ações de prevenção, monitorização, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos-, e viver uma experiência fugaz (16 horas) no Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores (SRPCBA), entidade responsável pelo Centro de Operações de Emergência, que assegura o atendimento do número Europeu de Emergência (112), através da Linha de Emergência Médica no Arquipélago dos Açores, conforme se verá adiante neste relatório.

A passagem por estes dois locais procurou dar resposta ao desenvolvimento de competências específicas, tanto no âmbito da maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica, como na dinamização de resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, conforme preconizado no regulamento nº. 429/2018 de 16 de julho, 2018.

Visto a operacionalização do controle de infeção e resistência a antimicrobianos, a nível macro, ser realizada pela UL-PPCIRA, considerou-se pertinente obter uma perspetiva do contributo do enfermeiro especialista na colaboração e coordenação de estratégias de implementação de medidas neste âmbito, em virtude de já se conhecer a realidade relativa à execução e implementação das medidas de controlo de infeção *in loco*, nomeadamente em contexto de UCI. Já a operacionalização e articulação da prestação de cuidados emergentes entre o extra-hospitalar, o intra-hospitalar e a Unidade de Evacuações Aéreas, nos Açores, ocorre a nível do SRPCBA, envolvendo os enfermeiros que exercem na Linha de Emergência Médica, os enfermeiros da viatura de Suporte Imediato de Vida (SIV), os enfermeiros do Serviço de Urgência (SU), os enfermeiros que integram a equipa da Unidade de Evacuações Aéreas, e os médicos regulador e do Serviço de Urgência, pelo que se considerou a passagem por este serviço uma mais-valia para compreender o processo de dinamização de respostas em situações de emergência, exceção e catástrofe na Região Autónoma dos Açores.

Uma vez que o curso em questão confere o grau académico de mestre, procurou-se ao longo do presente documento evidenciar ainda a aquisição de competências neste âmbito, conforme estabelecido no Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, partilhando, para o efeito, os resultados do trabalho de investigação desenvolvido, que versou sobre o impacto da Prática Avançada de Enfermagem na prestação de cuidados ao doente crítico.

Embora a conceptualização do termo Prática Avançada de Enfermagem esteja na origem de amplo debate a nível internacional (Olimpio, 2018; Santos, 2023), a definição oferecida pelo International Council of Nurses (ICN), e globalmente aceite, estabelece que a Prática Avançada de Enfermagem, diz respeito a um nível de exercício profissional desempenhado por enfermeiros devidamente credenciados que adquiriram conhecimentos especializados, demonstrando elevada capacidade de decisão e competências clínicas para uma prática mais alargada/expandida (avançada), estando as características da mesma, moldadas pelo contexto e/ou país onde estes estão habilitados para exercer, sendo que se recomenda o grau de mestre para o seu exercício (ICN, 2020). Assim sendo, a Prática Avançada de Enfermagem parece encontrar o seu congénere em Portugal na pessoa do Enfermeiro Especialista.

Neste contexto, e aliando um interesse e preocupação pessoal a uma área aparentemente pouco explorada, optou-se por realizar uma revisão sistemática de literatura de evidência de eficácia, em conjunto com uma colega de curso de mestrado, conforme preconizado pela Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, com o intuito de explorar o impacto do papel do Enfermeiro Especialista, enquanto enfermeiro de prática avançada, na prestação de cuidados ao doente crítico, sendo os resultados da mesma apresentados neste relatório.

Estruturalmente, o relatório organiza-se em quatro capítulos: a introdução, que procura servir de fio condutor ao relatório; o enquadramento teórico, subdividido em dois subcapítulos, um primeiro onde se procede ao enquadramento conceptual, aludindo às teóricas de enfermagem que sustentaram o pensamento crítico e a prática ao longo deste percurso, e um segundo que serviu de enquadramento ao fenómeno em estudo, apresentando para tal uma breve contextualização da prática avançada, demonstrando a estreita relação que existe entre esta e a prática do enfermeiro especialista, sendo que aqui se apresentam ainda os resultados obtidos com a investigação desenvolvida; a análise crítica e reflexiva do percurso curricular e desenvolvimento de competências em estágio, que se encontra dividido em três subcapítulos, um por cada local de estágio, sendo que ao longo do mesmo se fará menção às competências adquiridas ao longo do processo de aprendizagem; a conclusão propõe-se resumir o caminho trilhado bem como as competências adquiridas ao longo do mesmo.

De referir que os termos “pessoa/família” são utilizados ao longo do relatório enquanto sinónimo do sujeito alvo do cuidado de enfermagem na medida em que não só remete para a área de especialização “Pessoa em Situação Crítica”, como também o termo pessoa é um dos principais conceitos metaparadigmáticos das Ciências de Enfermagem.

O presente relatório foi redigido de acordo com o novo acordo ortográfico e com base nas normas de referência da 7.<sup>a</sup> edição da American Psychological Association operacionalizadas pelo software Zotero.

## **2. ENQUADRAMENTO**

Este capítulo subdivide-se em dois subcapítulos, o primeiro, onde se pretende apresentar o enquadramento conceptual abordando as teóricas de enfermagem que contribuíram para a sistematização da prática de Enfermagem ao longo do estágio, e cujos paradigmas fundamentaram a realização do presente trabalho, e o segundo, onde se apresenta o fenómeno estudado quando da realização do trabalho de investigação, e que diz respeito ao contributo da Prática Avançada de Enfermagem na prestação de cuidados ao doente crítico adulto em contexto de urgência/emergência e em Unidades de Cuidados Intensivos, bem como os resultados da revisão sistemática da literatura de evidência de eficácia realizada.

### **2.1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO**

A enfermagem, enquanto ciência, pressupõe a utilização de teoria, método e evidência científica (Costa & Gonçalves, 2021). São as teorias que atribuem um corpo de conhecimento próprio à Enfermagem e oferecem respaldo científico às ações do enfermeiro, conferindo estatuto de ciência à profissão, pelo que a prática de Enfermagem deve ser pautada pelos paradigmas das ciências de enfermagem, e elencada de acordo com as teorias e modelos que definem a sua práxis (Sousa et al., 2019), nomeadamente quando do desenvolvimento de competências.

Ao longo do meu percurso profissional enquanto enfermeira, há já duas décadas, e à medida que transitava ao longo dos estadios de iniciado a perito, conforme preconizado no Modelo de Desenvolvimento Socioprofissional de Benner (2001), tive oportunidade de exercer em contextos diversos, desde os cuidados de saúde primários aos cuidados intensivos, pelo que recorri a vários referenciais teóricos, tais como os de Orem, Virgínia Henderson Kolcaba, Afaf Meleis ou Madeleine Leininger, enquanto prestava cuidados, isto porque, no meu entender, as diferentes questões ontológicas e epistemológicas que norteiam as teorias de Enfermagem e, consequentemente, os referenciais teóricos que sustentam a prática profissional, se complementam entre si, cabendo-nos a nós, enfermeiros, adaptar o referencial teórico que melhor se adequa ao contexto e às necessidades da pessoa a quem prestamos cuidados.

Um dos maiores desafios que enfrentei na redação do presente relatório foi, precisamente, a seleção do referencial teórico que norteou o meu pensamento e a minha prática ao longo do período de estágio. Assumir apenas um, pareceu-me francamente redutor, tendo em conta as experiências vividas, pelo que optei por abordar, ainda que brevemente, duas das Teorias de Enfermagem que considero terem servido de suporte para a realização do estágio e presente relatório.

A primeira é, indubitavelmente, a teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, uma vez que todo o meu percurso profissional se pautou, invariavelmente, por esta linha teórica. Inserida no paradigma da transformação e alicerçada numa orientação existencial, fenomenológica e espiritual, inspirada na metafísica, humanidades, arte e ciências (Watson, 2002), a teoria de Watson enfatiza o cuidado transpessoal, defendendo a existência de uma relação intersubjetiva entre o enfermeiro e a pessoa, na qual ambos influenciam e são influenciados, na medida em que, a partir do momento de efetivação do cuidado, acabam por partilhar um campo fenomenológico (história de vida), que se torna parte da história de vida de ambos (Watson, 2012).

Para Watson, o cuidar foca a pessoa como um todo, o que requer um envolvimento profundo ao nível pessoal, social, moral e espiritual. Tal é conseguido através do recurso a um sistema de valores humanístico-altruístas, como sejam a compaixão, a empatia, o carinho ou a escuta-ativa, que permite compreender o outro, bem como as suas respostas humanas intersubjetivas às condições de saúde-doença (Watson, 2012). Abstrair-se de si, permite ao enfermeiro estabelecer um vínculo que possibilita a humanização das suas ações de forma transpessoal (Watson, 2008). O cuidar transcende, portanto, a dimensão física, preservando a dignidade humana, aliando uma perspetiva humanística a uma base científica do conhecimento. O cuidado transpessoal de Watson propõe, portanto, desviar o foco da enfermagem de um modelo tecnicista, e dar ênfase ao processo de cuidado mais altruísta, social e espiritual. A teoria não menospreza o contributo do conhecimento técnico-científico no cuidado à pessoa, complementa-a com o aspeto social e espiritual (Watson, 1995, citado por Malta et al., 2023). Assim, a perspetiva teórica de Watson, parece indissociável do exercício clínico diário, já que cuidar é um dos principais conceitos metaparadigmáticos da Enfermagem, e o foco central da sua prática.

O outro referencial que subsidiou a minha prática ao longo do estágio foi a Teoria das Transições de Meleis. De acordo com Meleis (2010), as transições são despoletadas por incidentes críticos, resultantes de mudanças nas pessoas/famílias e/ou no ambiente, podendo as transições ser de desenvolvimento (associadas aos estágios da idade), situacional (eventos inesperados), de saúde-doença (experiências de doença) ou organizacional (natureza profissional, por exemplo). A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família, seja em contexto de pré-hospitalar (SIV), extra-hospitalar (Evacuações aéreas), Serviço de Urgência ou Unidade de Cuidados Intensivos, ocorre durante processos de transições de saúde-doença, pelo que a integração deste referencial teórico pareceu preponderante. A teoria das transições pressupõe que o enfermeiro tenha um papel ativo nos processos de transição, contribuindo para que as pessoas atinjam resultados saudáveis após vivenciarem um período de mudança (Meleis, 2010).

Porque as transições são complexas e multidimensionais, Meleis (2012) defende que, no âmbito da prestação de cuidados, o enfermeiro deve desenvolver um conjunto de intervenções de Enfermagem que visem cuidar da pessoa e família de forma a que desenvolvam estratégias de *coping* que lhe permitam vivenciar transições saudáveis, já que transições insalubres/ineficazes as colocam numa situação de vulnerabilidade e risco de inadaptação à fase de transição, e aos novos papéis que daí possam resultar (Meleis, 2012). Cabe, portanto, ao enfermeiro, por exemplo quando da evacuação aérea de um doente com diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio para realização de cateterismo (transição repentina), ou perante um diagnóstico de AVC (transição gradual que poderá obrigar a um ajuste de papéis), desenvolver intervenções que facilitem o processo de transição à pessoa em situação crítica e à sua família.

Face ao exposto, considero que ambos os referenciais subsidiaram a minha prática, pelo que se fará referência a ambos quando das reflexões relativas à aquisição de competências.

Por fim referir que, recentemente, inspirada no “novo padrão de conhecimento designado conhecimento sociopolítico” definido por White (2014, p. 307), que propõe que os enfermeiros deixem de ser agentes passivos das políticas de saúde e passem a “assumir a liderança nas áreas da saúde e da política social” (White, 2014, p. 305), com intento de liderar e maximizar o seu contributo influenciando e implementando decisões políticas (Salvage, 2018), procurei adquirir competências profissionais e políticas que me permitissem atuar em diferentes áreas, (na área da governação, na área da gestão, no ensino, na prática avançada, na investigação e desenvolvimento), sendo que para tal me debrucei sobre as políticas de recursos humanos em saúde, nomeadamente sobre o contributo da Prática Avançada de Enfermagem na promoção da eficiência, eficácia, qualidade e acessibilidade a cuidados de saúde.

Foi neste contexto, e com intuito de “dar voz” e visibilidade ao contributo dos enfermeiros na saúde das populações, que surgiu a temática que originou a revisão de eficácia, realizada em conjunto com uma colega do curso de mestrado, que versou sobre o contributo da Prática Avançada de Enfermagem na prestação de cuidados ao doente crítico, pelo que o próximo subcapítulo procederá a uma breve contextualização desta temática.

## 2.2 ENQUADRAMENTO DO FENÓMENO EM ESTUDO

### 2.2.1 Prática Avançada de Enfermagem, uma breve contextualização

Estima-se que a escassez global de profissionais de saúde atinja cerca de 13 milhões na próxima década (Campbell et al., 2014). Esta realidade, potenciada pela emergência de doenças crónicas associadas à transição sociodemográfica, pelos desafios políticos, sociais e económicos e pelo aparecimento de novas doenças transmissíveis, como seja a Covid 19, e a ressurgência de doenças transmissíveis, por vezes em contexto de conflitos armados, tem levado ao desenvolvimento e implementação de novos modelos de prestação de cuidados (Kleinpell et al. 2014; Kreeftenberg et al., 2019).

Por todo o mundo, gestores da saúde, decisores políticos e organizações de saúde têm vindo a explorar formas inovadoras de organizar a força de trabalho em saúde, desenvolvendo abordagens e iniciativas que visem a sua otimização em termos de número e combinação de profissionais, tendo em vista a prestação de cuidados sustentáveis e de elevada qualidade (Maier et al., 2017; De Raeve et al., 2024).

Neste contexto, a Prática Avançada de Enfermagem tem emergido como uma solução custo-efetiva, e tem vindo a ganhar destaque, representando atualmente, em muitos países, uma das profissões com maior crescimento no sector da saúde (Kreeftenberg et al., 2019; De Raeve et al., 2024), sendo que um crescente corpo de evidência tem documentado o seu impacto positivo na acessibilidade a cuidados de saúde, nos *outcomes* clínicos, na prevenção de internamentos, reinternamentos não programados e complicações, na qualidade, eficácia, eficiência e segurança dos cuidados prestados, na contenção de custos, na satisfação de utentes e profissionais (Delamaire & LaFourtune, 2010; Newhouse et al., 2011; DiCenso et al., 2010; Woo et al., 2017, Casey et al., 2017; ICN, 2020), bem como no seu contributo para o aumento das taxas de retenção e recrutamento de enfermeiros, em contextos de elevadas taxas de rotatividade, abandono profissional e *burnout* (Kroezen et al., 2015; ICN, 2020).

Historicamente a Prática Avançada de Enfermagem surgiu no final do século XIX, início do século XX, em países ocidentais, nomeadamente nos EUA, Canadá e Reino Unido (Hibbert et al., 2017), tendo-se desenvolvido e expandido na segunda metade do século XX, em razão de vicissitudes de natureza sociopolítica e profissional que se prenderam com a escassez de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais (caso dos *nurse practitioner*) e a necessidade de prestação de cuidados de enfermagem mais diferenciados (*clinical nurse specialist*) que incorporassem as necessidades das populações, e fossem ao encontro dos referenciais teóricos e quadros conceptuais de enfermagem que então emergiam (Pulcini, 2009; Hamric et al., 2013).

Talvez por este motivo sejam estes - o *clinical nurse specialist* e o *nurse practitioner* os dois tipos de Enfermeiros de Prática Avançada (EPA) mais frequentemente identificados a nível internacional (CNA 2019; Maier et al. 2017).

A evolução do conceito Prática Avançada em Enfermagem tem sido longa, complexa e controversa, sendo que existem múltiplas definições e títulos para os enfermeiros que se dedicam à mesma (Pulcini et al., 2009; Carney, 2016), o que tem resultado, por um lado, em inovação e reinvenção da profissão de enfermagem, por outro, em confusão e equívocos relativamente à nomenclatura, regulação, requisitos educacionais e âmbito de ação da Prática Avançada de Enfermagem a nível global (Jamieson e Williams, 2002; Carney, 2016). De acordo com Bryant-Lukosius et al. (2004) tal pode dever-se, em parte, à conjuntura em que a Prática Avançada de Enfermagem é implementada em cada país, e que pode ser de escassez de profissionais de saúde, de reestruturação dos sistemas de saúde, de resposta a necessidades emergentes das populações, ou em contexto de promoção da eficácia e eficiência. Também o facto de a Prática Avançada de Enfermagem se encontrar em diferentes estágios de desenvolvimento e implementação nos vários países, e de existirem múltiplas competências, habilidades e funções associados aos enfermeiros de Prática Avançada de Enfermagem, pode resultar em imprecisões na sua definição e compreensão (Delamaire et al., 2010; Bryant-Lukosius et al., 2004; Pulcini et al., 2009, De Raeve et al. 2024).

Não obstante subsistirem, a nível internacional, divergências relativamente à conceptualização da prática avançada de enfermagem (Torrens et al., 2020), o International Council of Nursing (ICN) estabeleceu que a Prática Avançada de Enfermagem pressupõe um nível de exercício profissional desempenhado por enfermeiros devidamente credenciados que adquiriram, através de formação pós-graduada adicional (no mínimo mestrado) conhecimentos especializados, competências clínicas e elevada capacidade de tomada de decisão, para o exercício de uma prática mais alargada/expandida (avançada), estando as características da mesma moldadas pelo contexto e/ou país onde estes estão habilitados para exercer (ICN, 2018, ICN 2020).

Embora o ICN estabeleça que a Prática Avançada de Enfermagem deva ser adaptada a cada país, de acordo com as suas políticas locais de educação/formação e regulação profissional de Enfermagem, ele define pressupostos que são indispensáveis para que essa prática seja considerada avançada.

Assim sendo, independentemente do contexto de trabalho ou do foco da prática, todos os Enfermeiros de Prática Avançada (EPA) deverão ser enfermeiros que: prestam cuidados efetivos e seguros aos utentes tendo por base a formação em Enfermagem; desempenham papéis que

pressupõem competências e habilidades para além das do enfermeiro generalista e que são mensuráveis; têm capacidade para aplicar e explicar os aspetos teóricos, empíricos, éticos, jurídicos e legais, de prestação de cuidados e de desenvolvimento profissional requeridos para o exercício da Prática Avançada de Enfermagem; têm competências *standard* definidas, que são periodicamente revistas, tendo em vista a atualização de uma prática que é influenciada pelo ambiente político, social, económico e tecnológico global (ICN, 2020).

No que concerne as características da Prática Avançada de Enfermagem, o ICN (2018; 2020) refere que o seu foco é a prestação de cuidados diretos e indiretos avançados, no âmbito da prevenção e/ou a recuperação da doença, sendo que a Prática Avançada de Enfermagem também compreende a gestão de casos clínicos e casuística própria, gestão da doença crónica, competências clínicas avançadas de avaliação de saúde, raciocínio e tomada de decisão, e elevado grau de autonomia profissional. A Prática Avançada de Enfermagem integra ainda a investigação e evidência na prática clínica, a formação de pares, a gestão de serviços, a consultoria, o planeamento, implementação e avaliação de programas, podendo os enfermeiros de prática avançada ser reconhecidos e contactados pelos utentes e família como primeiro ponto de contato e acesso aos serviços de saúde (ICN, 2018; ICN, 2020).

O desempenho de Prática Avançada de Enfermagem pressupõe formação adicional específica e avançada, sendo o requisito mínimo o mestrado, devendo os programas de ensino dirigidos à Prática Avançada de Enfermagem ser formalmente reconhecidos/acreditados por agências idóneas governamentais ou não. Em alguns países, o acesso a formação para o desempenho de Prática Avançada de Enfermagem pressupõe ainda experiência clínica prévia. (ICN, 2020).

Apesar de serem específicos para cada país, os mecanismos de regulação da Prática Avançada de Enfermagem devem estar bem definidos, pelo que deve existir legislação específica que confira, reconheça oficialmente e proteja o título de "Enfermeiro de Prática Avançada" (King et al., 2017).

Dependendo da regulação vigente em cada país, e de acordo com regulamentação e formação específica, os enfermeiros de prática avançada podem ter competências técnicas acrescidas, legitimidade e autonomia para gerir situações complexas de problemas de saúde, reais e potenciais, contribuir para a formação de profissionais de saúde, realizar diagnósticos, prescrever terapêutica, prescrever e interpretar exames complementares de diagnóstico e gerir doenças crónicas, tendo ainda privilégios de admissão, alta e referenciação de doentes entre níveis de cuidados, entre outros (Santos, 2023; ENRF, 2022; Schober, 2020; ICN, 2020; Olímpio, 2018; RCN, 2019), estando ainda dotados de competências no âmbito da investigação,

educação, gestão, prestação de serviços de consultadoria a prestadores de serviços de saúde, planeamento, implementação e avaliação de programas, tendo em vista a otimização dos sistemas de saúde (ENRF,2022; ICN, 2020; Henriques, 2021; Santos 2023). De referir que a globalização e evolução da Prática Avançada de Enfermagem resultou numa evolução da transversalidade das funções do enfermeiro de prática avançada, que atualmente abrange também as questões de governação, desenvolvimento de políticas e liderança clínica (CNA, 2019), pelo que podemos considerar que a Prática Avançada de Enfermagem compreende quatro pilares: a prática clínica, a liderança a educação e a investigação (ICN, 2020).

Os pressupostos e características enunciados pelo ICN visam a inclusividade, abrangência e flexibilidade da Prática Avançada de Enfermagem, acautelando as variações existentes nos diferentes sistemas de saúde, mecanismos reguladores e formação em enfermagem em cada país (ICN, 2020).

### **2.2.2 Prática Avançada de Enfermagem em Portugal**

O exercício da enfermagem em Portugal é regulado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), estando as competências dos enfermeiros de cuidados gerais e dos enfermeiros especialistas definidas, respetivamente, no documento Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e no documento Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o título de Enfermeiro Especialista é atribuído pela OE aos enfermeiros a quem se reconhece, após frequência de um curso de mestrado, com especialização num domínio específico de Enfermagem, “... competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade ...” (Regulamento 140/2019, p. 4744).

As competências dos Enfermeiros Especialistas compreendem as dimensões “... da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem ...” (Regulamento 140/2019, p. 4744), sendo que, de acordo com o mesmo regulamento, integram os domínio das competências do Enfermeiro Especialista a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento da educação profissional.

Tendo em conta estes desideratos, e atendendo aos pressupostos e características oferecidos pelo

ICN para definir a Prática Avançada de Enfermagem supracitados, é seguro afirmar que esta parece encontrar o seu congénere em Portugal na figura do Enfermeiro Especialista, já que coexistem características comuns entre o que são as competências, habilitações, natureza da prática e até alguns mecanismos de regulação da prática especializada de enfermagem em Portugal e a Prática Avançada de Enfermagem, conforme definida no panorama internacional.

No contexto Português a prática avançada surge, frequentemente, associada ao conceito de perito e à figura do enfermeiro especialista (Queirós, 2015; Queirós 2017; Lopes, Gomes & Almada-Lobo, 2018) e, embora se admita que a Prática Avançada de Enfermagem não está implementada em Portugal nos mesmos termos e condições que nos países anglo-saxónicos, tornou-se evidente, ao longo desta breve contextualização, que os atributos e competências dos Enfermeiros Especialistas estão alinhados com a Prática Avançada de Enfermagem realizada pelo *Clinical Nurse Specialist* a nível internacional, ou seja, uma prática que, sem extravasar o domínio tradicional da Enfermagem, procura, através da aquisição de competências e conhecimentos adicionais, mediante uma especialização numa determinada área clínica, a prestação de cuidados diferenciados (Lopes, Gomes & Almada-Lobo, 2018).

A implementação de Prática Avançada de Enfermagem em Portugal, tendo em vista a garantia da sustentabilidade do sistema de saúde, a promoção da acessibilidade a cuidados, a eficácia, qualidade, satisfação e eficiência tem sido amplamente sugerida por diversos *stakeholders* (WHO, 2010; ERS, 2011, 2014; FCG, 2014, Buchan et al., 2013; Temido e Dussault, 2014), em parte porque se acredita que os modelos de prestação de cuidados não acompanharam a crescente diferenciação da profissão de Enfermagem, o que se reflete numa subutilização de recursos humanos altamente especializados e disponíveis (Fronteira et al., 2020), e se traduz em desperdício.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) “... os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (OE, 2019, p. 4744), conforme se pode verificar pelo crescente número de enfermeiros especialistas e mestres em Enfermagem em Portugal (OE, 2022). Contudo, e apesar desta realidade constituir um marco no desenvolvimento científico e técnico das ciências de Enfermagem em Portugal, a evidência relativa ao contributo dos enfermeiros de prática avançada, nomeadamente dos especialistas, nos *outcomes*/resultados em saúde em Portugal, é parca, pelo que é difícil determinar o contributo que os mesmos têm em termos de ganhos em saúde e acessibilidade a cuidados (Lopes, Gomes & Almada-Lobo, 2018), o que pode, em parte, fragilizar a sua imagem

social e comprometer/limitar a sua prática.

Importa, portanto, cada vez mais, demonstrar o valor acrescido da Prática Avançada de Enfermagem, bem como o seu impacto e contributo para a qualidade dos cuidados, os resultados clínicos, a satisfação e a promoção da eficiência, nos diferentes contextos de atuação.

Aceitando este repto, e aliando um interesse e preocupação pessoal na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, e com o intuito de “ ... levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem ...” (Regulamento 140/2019, p. 4744), optou-se por realizar uma revisão sistemática de literatura de evidência de eficácia, com o intuito de explorar o impacto do Enfermeiro Especialista, enquanto enfermeiro de prática avançada, na prestação de cuidados ao doente crítico, sendo os resultados da mesma apresentados abaixo.

Para a apresentação dos resultados da revisão optou-se por construir tabelas de extração de dados em inglês, tendo em vista uma possível publicação internacional, de referir que as mesmas não foram incluídas no presente relatório em virtude de o estudo realizado ter dado origem a um artigo de revisão que se encontra atualmente em fase de tradução para posterior submissão à revista *Nursing in Critical Care*.

### **2.2.3 Prática Avançada ao serviço do doente crítico: uma revisão de eficácia**

Nos últimos anos temos vindo a assistir a um aumento significativo da procura de cuidados à Pessoa em Situação Crítica (Woo et al., 2017). Formas de expressão mais grave de doença, associadas a alterações sociodemográficas, que resultam em maior prevalência de doenças crónicas e multimorbilidades, à crescente diferenciação tecnológica e à elevada incidência de doenças infecciosas, como sejam, por exemplo, a COVID 19, têm resultado num aumento brusco e exponencial da procura junto dos serviços de urgência e cuidados intensivos, o que por sua vez tem resultado num aumento concomitante da procura de profissionais de saúde diferenciados no âmbito da prestação de assistência à pessoa em situação crítica (Egerod et al., 2021).

Assim, estratégias de otimização de recursos humanos, como sejam a integração de enfermeiros de prática avançada na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, com o intuito de melhorar a qualidade, promover a eficiência e garantir a sustentabilidade têm vindo a emergir, um pouco por todo mundo (Egerod et al., 2021).

A Prática Avançada de Enfermagem, em contexto de prestação de cuidados à pessoa em situação

crítica, tem sido invariavelmente associada ao *Clinical Nurse Specialist*, e mais recentemente ao *Acute Care Nurse Practitioner* (Egerod et al., 2021), enfermeiros de prática avançada que, de acordo com o International Council of Nurses, possuem conhecimento especializado, aptidão para a tomada de decisões complexas e competências clínicas para uma prática alargada, sendo as características da sua prática moldadas pelo contexto e/ou país em que está habilitado(a) a exercer a profissão (ICN, 2018, 2020).

Os cuidados prestados por estes profissionais são centrados na pessoa em situação crítica e podem, consoante a regulação nacional, incluir competências técnicas de diagnóstico e tratamento de doenças.

Os enfermeiros de prática avançada influenciam os resultados da prática de enfermagem, liderando e apoiando na prestação de cuidados baseados na evidência, implementando melhorias e conduzindo investigação para gerar conhecimentos relevantes para a prática, bem como concebendo, implementando e avaliando programas de cuidados e programas de investigação que abordam problemas das populações (ICN, 2020). A responsabilidade dos enfermeiros de prática avançada integra, portanto, a investigação, a educação, a prática e a gestão, bem como um elevado grau de autonomia profissional, sendo que estes enfermeiros utilizam uma abordagem sistémica para influenciar a otimização dos cuidados nas organizações de saúde.

Os enfermeiros de prática avançada possuem uma formação de nível superior (mestrado ou doutoramento), que lhes permite prestar cuidados diretos numa área distinta da prática de enfermagem, que pode ser definida em função da população (por exemplo, geriatria), contexto clínico (por exemplo, cuidados intensivos, urgência), uma doença/subespecialidade (por exemplo, oncologia), tipo de cuidados (psiquiátricos, reabilitação), ou tipo de problema (por exemplo, dor, ferida, incontinência) (ICN, 2020).

No contexto Português, o enfermeiro de prática avançada parece encontrar o seu congénere no enfermeiro especialista, na medida em que as competências reconhecidas a estes se coadunam com as definidas pelo ICN para a prática avançada, uma vez que abrangem: a prestação de cuidados de enfermagem em consonância com princípios éticos, deontológicos e legais, que compreendem o respeito pelos direitos humanos; a melhoria contínua da qualidade, mediante a dinamização e desenvolvimento de práticas de qualidade e programas de melhoria contínua; a gestão de cuidados e de recursos; a liderança; a prática baseada na evidência, incluindo também a responsabilidade de interpretar, divulgar e efetuar investigação relevante e pertinente, que permita o avanço e a melhoria contínua da prática de enfermagem (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro). As competências destes profissionais são desenvolvidas e certificadas após

frequência de um curso de pós-licenciatura/mestrado com especialização em enfermagem, com duração entre 18 e 24 meses, sendo que o acesso ao mesmo obriga a uma experiência profissional prévia de, no mínimo, 2 anos.

Em Portugal a procura por profissionais de saúde diferenciados, nomeadamente no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica também se tem feito sentir (Nuñez et al., 2020), e embora o número de enfermeiros especialistas em Portugal, nomeadamente na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, tenha vindo a aumentar significativamente (OE, 2022), a evidência relativa ao contributo destes enfermeiros nos *outcomes*/resultados em saúde em Portugal é parca, pelo que é difícil determinar o contributo que têm em termos de ganhos em saúde e acessibilidade a cuidados (Lopes, Gomes & Almada-Lobo, 2018).

Dada a escassez de evidencia nacional procurou-se, através da realização de uma revisão sistemática de eficácia da literatura, explorar o impacto da intervenção do enfermeiro especialista, enquanto enfermeiro de prática avançada, na prestação de cuidados ao doente crítico, sendo que para tal se definiu, de acordo com a mnemónica PICO, a seguinte questão de revisão: Qual é o contributo do enfermeiro de prática avançada na prestação de cuidados ao doente crítico?

### **Objetivo:**

A revisão sistemática da literatura de evidência de eficácia realizada propôs-se assim sintetizar a melhor evidência disponível sobre o impacto da Prática Avançada de Enfermagem na qualidade dos cuidados, nos resultados clínicos, na satisfação do doente e nos custos, na prestação de cuidados ao doente crítico adulto em contexto de urgência/emergência e em Unidades de Cuidados Intensivos.

### **Materiais e Métodos:**

Para atingir os objetivos da investigação realizou-se uma revisão sistemática de literatura de eficácia (Tufanaru et al., 2020), com o intuito de avaliar e sintetizar resultados de pesquisas previamente realizadas sobre a temática em estudo.

De referir que foi realizada uma pesquisa inicial na plataforma internacional de registo de revisões sistemáticas de literatura PROSPERO, sendo que não se identificaram revisões com o cariz da atual, pelo que se deu seguimento ao estudo, conforme o protocolo de revisão elaborado<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Vide apêndice I- Protocolo da Revisão Sistemática de Literatura de Evidência de Eficácia

Assim, efetuou-se uma busca sistemática e exaustiva em 15 de Janeiro de 2024, em seis bases de dados eletrónicas (CINAHL Complete EBSCO; Medline Complete EBSCO, Pubmed, Scopus, Cochrane e RCAAP via B-ON), com os seguintes descritores, combinados com operadores booleanos (AND, OR): “Advanced Practice Nurs\*”, “Advanced Practice Registered Nurs\*”, “Advanced Nursing Practice”, “Specialist nurs\*”, “Critical Care” , “critical patient\*”, “critically ill patient\*”, “Critical Ill\*”, ICU, “intensive care”, “acute care”, “emergency department\*”, “emergency room\*”, “Emergency Service\*”, outcome\*, benefit\*, effect\*, impact\*, effectiveness, sendo que as buscas foram individualizadas para cada base de dados de acordo com os termos indexados utilizados por cada uma, encontrando-se as estratégias de pesquisa para cada base de dados definida no apêndice 2<sup>2</sup>.

Por se tratar de uma revisão de estudos de evidência de eficácia, a questão de revisão e os critérios de inclusão de estudos<sup>3</sup> seguiram a mnemónica PICO (População; Intervenção, Comparador; *Outcome*) de acordo com as recomendações da JBI: “P” – doente crítico (>18 anos) internado em contexto de urgência/emergência e/ou UCI; “I” – qualquer intervenção realizada pelos Enfermeiros de Prática Avançada (*nurse practitioners, clinical nurse specialists, nurse specialist*) em contexto de prestação de cuidados; “C” - intervenção versus a não intervenção dos Enfermeiros de Prática Avançada; “O” – eficácia da intervenção realizada pelos Enfermeiros de Prática Avançada nos resultados clínicos, qualidade dos cuidados prestados, satisfação dos doentes e impacto nos custos.

No que concerne os critérios de elegibilidade foram considerados estudos experimentais, quase experimentais, com grupo controlo, estudos pré e pós intervenção, redigidos em língua portuguesa, inglesa e castelhana, com friso temporal entre janeiro de 2017 e setembro de 2023, tendo em vista a obtenção de evidência recente, e cujo texto integral estivesse disponível gratuitamente.

Definiram-se como critérios de exclusão, estudos secundários, estudos cujos *outcomes* não visassem intervenções realizadas exclusivamente por Enfermeiros de Prática Avançada (EPA) já que se pretendia averiguar o contributo da Prática Avançada de Enfermagem *per si*.

A seleção dos estudos foi operacionalizada com recurso à plataforma Ryyan®, e realizada de forma independente, em modalidade “*double blinded*” (duplamente cega), por dois revisores, após leitura dos títulos e resumos dos artigos, tendo por base os critérios de inclusão e exclusão definidos, sendo que os desacordos que surgiram durante a seleção foram resolvidos com dois

---

<sup>2</sup> Vide apêndice II - Estratégias de Pesquisa das Palavras-Chave utilizadas em cada base de dados consultadas

<sup>3</sup> Vide apêndice III - Critérios de elegibilidade

outros revisores independentes. Posteriormente foi recuperado o artigo completo de todos os que reuniram os critérios de inclusão. As dissidências entre revisores foram resolvidas com a análise completa do artigo em questão e com recurso a dois outros revisores independentes. Os estudos identificados a partir da lista de referências foram analisados de igual forma.

Para a extração e síntese dos dados recorreu-se a um instrumento tabular, elaborado para o efeito, onde se registou e resumiu a informação recolhida pelos revisores após leitura integral dos estudos selecionados. Os dados extraídos contemplam os dados bibliográficos, o desenho do estudo, os objetivos do estudo, a população, o contexto, os participantes, o grupo de comparação, a intervenção dos enfermeiros de prática avançada, os resultados alcançados e o nível de evidência do estudo conforme o JBI Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party (JBI, 2013).

A qualidade metodológica dos artigos foi avaliada de forma independente, pelos revisores, sendo que para tal se utilizaram os instrumentos de avaliação desenvolvidos para cada tipo de estudo pelo Joanna Briggs Institute (JBI). Consideraram-se com elevada qualidade os estudos que cumpriam com 70% ou mais dos critérios de avaliação e com moderada qualidade os que cumpriam com mais de 50%, mas menos de 70% destes mesmos critérios. Estudos que não cumprissem com pelos 50% dos critérios de avaliação da JBI não foram sujeitos a análise, de forma a evitar conclusões potencialmente enviesadas com base na síntese de estudos malconduzidos, já que os resultados de qualquer revisão sistemática são apenas tão fiáveis quanto a fonte de dados primária, na qual a revisão se baseia (Bown e Sutton, 2010).

De referir que o nível de evidência de cada estudo, conforme consta na tabela de resultados de revisão sistemática da literatura que integra o artigo a ser publicado, foi atribuído de acordo com o documento JBI Levels of Evidence (JBI, 2013).

Para a síntese da evidência disponível, e dada a heterogeneidade das intervenções e dos resultados dos estudos, não foi efetuada uma meta-análise. Em alternativa foi realizada uma descrição narrativa dos resultados com recurso a tabelas e quadros, sempre que tal simplificasse a descrição e análise dos resultados obtidos.

## **Resultados:**

Foram identificados 904 artigos, dos quais 435 foram excluídos de forma automática pelo RYYAN® por se encontrarem duplicados. Após essa remoção foram identificados 469 artigos, dos quais 457 foram excluídos quando da leitura de título e resumo. Dos 12 artigos selecionados para análise de texto integral, 1 não estava disponível gratuitamente e 3 artigos foram excluídos

por não responderem aos critérios de elegibilidade e não apresentarem qualidade metodológica relevante. Assim, foram incluídos 8 artigos que obedeciam aos critérios de elegibilidade previamente definidos, e que responderam às questões de investigação estabelecidas, sendo que um nono foi incluído após triagem das referências bibliográficas dos artigos incluídos. O processo de seleção encontra-se resumido no diagrama PRISMA na figura 1 (Page et al., 2021).

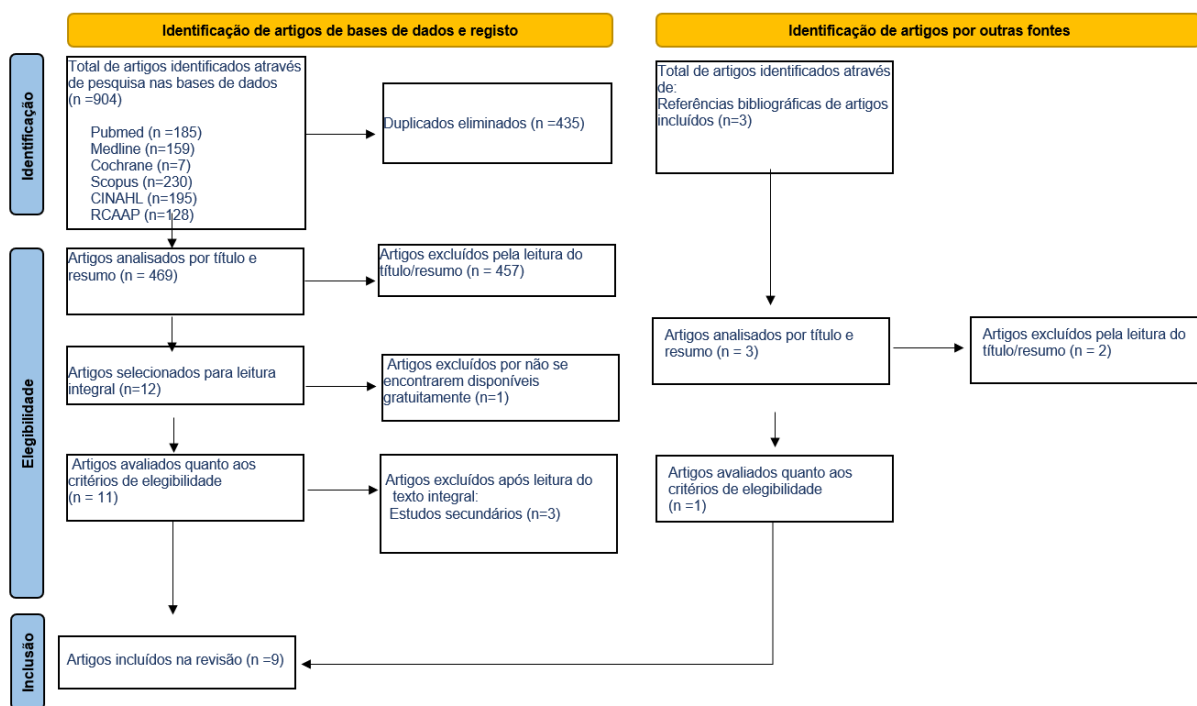


Figura 1 - Diagrama de fluxo dos resultados da pesquisa na literatura (PRISMA 2020)

### Características dos Estudos:

Esta revisão incluiu nove estudos realizados, entre 2017 e 2023, em sete países, Austrália (1), China (1), Japão (2), Noruega (1), Portugal (1), Reino Unido (1) e EUA (2). No que respeita ao contexto, 5 estudos centraram-se nos serviços de urgência, 1 na triagem de um SU, e 2 no Serviço de Urgência de Centros de Trauma, Nível I. Quatro estudos decorreram em contexto de UCI. As dimensões das amostras variaram entre 30 e 45620. As características dos estudos, bem como as intervenções de Prática Avançada de Enfermagem implementadas e os resultados alcançados com as mesmas foram detalhados em tabela e integrados no artigo a ser publicado.

### Qualidade Metodológica:

Ao longo da revisão analisaram-se 4 estudos quasi-experimentais, 4 estudos de coorte e 1 estudo de caso controlo. Os estudos incluídos tinham um risco de viés baixo a médio. Considerou-se que os estudos mediram os seus resultados de forma fiável e válida, utilizando critérios pré-definidos para o efeito, procurando assim minimizar o viés de informação. A presença de

possíveis fatores (variáveis) de confusão foi reconhecida em 3 dos 4 estudos de coorte, mas apenas 2 deles descreveram estratégias para lidar com eles. Dos 4 estudos experimentais, em nenhum ficou claro se os participantes incluídos nos estudos eram semelhantes, e só um dos estudos recorreu a modelos estatísticos que permitiam ajustar para eventuais diferenças. Não obstante, os estudos selecionados parecem ter recorrido a análises estatísticas adequadas, pelo que se considerou que 6 dos 9 estudos incluídos tinham elevada qualidade metodológica, e 3 tinham moderada qualidade. Os pormenores de avaliação da qualidade metodológica também foram resumidos numa tabela que integra o artigo.

Os resultados dos estudos, com as respetivas conclusões estatísticas, por *outcome*, estão resumidos na tabela 3<sup>4</sup> em anexo.

Para a apresentação e discussão dos resultados, optou-se por categorizar os mesmos de acordo com *outcome* avaliado por contexto. De salientar que *outcomes* tais como o tempo de internamento e mortalidade foram avaliados tanto em contexto de UCI como de SU, já o tempo de espera até à consulta e/ou tratamento, a precisão no diagnóstico e/ou tratamento, a satisfação, e a taxa de readmissão não programada foram avaliados em contexto de SU. O impacto da Prática Avançada de Enfermagem na dependência de ventilação mecânica e nos custos foram avaliados em estudos desenvolvidos em UCI.

### **Conclusão:**

O presente estudo propôs-se subsidiar o conhecimento relativo ao contributo da Prática Avançada de Enfermagem na prestação de cuidados ao doente crítico, na qualidade dos cuidados, nos resultados clínicos, na satisfação do doente e nos custos, mediante realização de uma revisão sistemática de eficácia de literatura internacional, dada a escassez de evidência nacional.

Os resultados do mesmo evidenciaram o contributo positivo da Prática Avançada de Enfermagem quando colocada ao serviço do doente crítico.

Muito embora a maior parte dos estudos analisados tenham sido realizados noutros países, onde a Prática Avançada de Enfermagem está oficialmente implementada com contornos diferentes da Prática Avançada de Enfermagem exercida pelo Enfermeiro Especialista em Portugal, pelo que não se podem “importar” ou generalizar resultados, convém, ainda assim, reconhecer a transversalidade das competências destes enfermeiros, não obstante as diferenças conceptuais e de papel, face aos enfermeiros de prática avançada nos demais países. A título de exemplo, veja-

---

<sup>4</sup> Vide apêndice IV – Tabela Resumo dos resultados dos estudos e respetivas conclusões estatísticas por *outcome*

se a prática avançada de enfermagem exercida no Japão, país onde, tal como em Portugal, os enfermeiros especialistas prestam cuidados diretos aos doentes ou trabalham em funções de gestão na área onde estão certificados para exercer, sendo que só se podem dedicar a práticas de enfermagem relacionadas com as suas competências e não têm autoridade para fazer diagnósticos ou prescrever medicamentos. Assim sendo, acredita-se que parte dos resultados alcançados pela Prática Avançada de Enfermagem a nível internacional, na prestação de cuidados ao doente crítico, também se verifiquem em contexto nacional.

Tendo em conta estes desideratos, importa cada vez mais, explorar e documentar o impacto do Enfermeiro Especialista, enquanto enfermeiro de prática avançada, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e nos demais contextos, em Portugal, já que diferenças de conceptualização e regulação na prática não justificam a inércia, visto estarem devidamente acauteladas naquela que é a definição internacionalmente aceite de Prática Avançada de Enfermagem.

Acredita-se que o desenvolvimento do estudo em questão permitiu a aquisição de competências de mestre, conforme preconizadas no Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, nomeadamente no âmbito do desenvolvimento de competências de investigação e de comunicação de conclusões e resultados, na medida em se aproveitaram as múltiplas oportunidades que foram surgindo para divulgar o mesmo.

Assim, o protocolo da presente revisão foi apresentado inicialmente em versão poster no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Católica <sup>5</sup>, a 24 de novembro de 2023, sendo que lhe foi atribuído, como distinção de mérito, menção honrosa<sup>6</sup> pela comissão científica do respetivo evento. Uma vez terminado, os resultados do estudo foram internacionalmente divulgados nas III Jornadas Académicas da Macaronésia<sup>7</sup>, que juntam a comunidade académica das Escolas de Enfermagem da Madeira, Canárias, Cabo Verde e Açores, a 23 de abril de 2024, em forma de Comunicação Oral, na III mesa das Jornadas, subordinada à temática da “Pessoa em Situação Crítica”, a 23 de abril de 2024<sup>8</sup>.

---

<sup>5</sup> Vide apêndice V - Póster intitulado “Prática Avançada ao serviço do doente crítico: um protocolo de revisão de eficácia” vencedor da distinção de mérito “Menção Honrosa”.

<sup>6</sup> Vide anexo I - Certificado de Menção Honrosa atribuído ao Póster “Prática Avançada ao Serviço do Doente Crítico – um protocolo de Revisão de Eficácia”

<sup>7</sup> Vide apêndice VI - Comunicação Livre “Prática Avançada ao serviço do doente crítico: uma revisão de eficácia”, apresentadas nas III Jornadas Académicas de Enfermagem da Macaronésia a 23 abril de 2024.

<sup>8</sup> Vide anexo II – Certificado de apresentação do trabalho “Prática Avançada ao Serviço do Doente Crítico – Uma Revisão de Eficácia” nas III Jornadas Académicas de Enfermagem da Macaronesia.

### 3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE PRÁTICA CLÍNICA

A prática de enfermagem especializada pressupõe a aquisição de competências comuns e específicas que somente podem ser obtidas através de experiências de estágio que “coloquem em diálogo dois espaços formativos na mediação entre teoria e experiência, com efeitos na construção do conhecimento profissional” (Cunha, Macedo & Vieira, 2017, p. 66).

De acordo com Le Boterf (2015), a competência pode ser definida como a capacidade de mobilizar, conciliar e combinar os três domínios do saber: o saber-saber, o saber-fazer e o saber-ser, com o intuito de atuar em situações complexas.

Porque “é no agir em situação que se desenvolvem as competências” (Silva & Silva, 2016, p. 105), as experiências práticas proporcionadas pelos estágios nos *curricula* dos cursos superiores de enfermagem, nomeadamente nos cursos de especialização, são de extrema importância, na medida em que não só complementam a formação teórico-prática em contextos concretos, proporcionando o contacto com a realidade prática, promovendo a aplicabilidade dos conteúdos teóricos apreendidos, como permitem “a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho” (Silva & Silva, 2016, p. 103). É na interação com a prática que, através de um processo de formação de natureza reflexiva, se consolida a praxis especializada de enfermagem, nomeadamente enquanto perito e enfermeiro de prática avançada.

Assim sendo, o presente capítulo propõe-se realizar uma análise crítica e reflexiva do percurso curricular, e evidenciar as competências de enfermeiro especialista e mestre desenvolvidas ao longo dos estágios realizados.

Para tal, e seguindo o friso cronológico dos estágios realizados, apresentar-se-á, em cada subcapítulo, uma breve caracterização do serviço onde decorreu o estágio, descrevendo os objetivos definidos em cada um deles, bem como as atividades desenvolvidas para os atingir, e os resultados alcançados com as mesmas.

Cada subcapítulo, corresponde a um local de estágio, sendo que ao longo do mesmo se abordarão algumas das experiências mais significativas vividas naquele contexto, bem como o contributo das mesmas na aquisição de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o Enfermeiro Especialista “... é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem

especializados” (OE, 2019: 4744). Os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, compreendem a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais dentro daquela que é a sua área de especialidade (OE, 2019: 4744), sendo que existem competências específicas dentro de cada área de especialização de Enfermagem.

No que concerne as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, o regulamento nº 429/2018 define pessoa em situação crítica como sendo “... aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19362). A prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica pressupõe, portanto, a aquisição de competências específicas para:

“a) Cuida(r) da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; b) Dinamiza(r) a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; c) Maximiza(r) 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”.

(Regulamento n. 429/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19359)

Foi tendo a aquisição destas competências em mente, e acautelando as previamente desenvolvidas, no âmbito do exercício prévio de funções em UCI num hospitalar universitário dotado de todo o “*know how*”, condições e parafernália de equipamentos diferenciados, conforme explanado na introdução, que se procurou sair da “zona de conforto”, selecionando para tal campos de estágio que permitissem colmatar fragilidades nos conhecimentos e competências na intervenção à pessoa em situação crítica.

Optou-se assim por desenvolver o estágio no âmbito do Serviço de Urgência, pré hospitalar (SIV) e extra hospitalar (evacuações aéreas), numa região ultraperiférica, nos Açores, onde a indisponibilidade de meios diferenciados, como seja, por exemplo, uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), ou a especialidade de neurocirurgia, obriga ao desenvolvimento de competências no âmbito da prestação de “cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica ... respondendo de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade”, garantindo “a administração de

protocolos terapêuticos complexos” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018), e a “dinamização da resposta em situações de emergência, exceção, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”, assegurando, sempre que se justifique, meios de evacuação e transporte, garantindo a continuidade de cuidados (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Assim sendo, estabeleceu-se como objetivo geral, transversal aos diferentes campos de estágio:

- Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de urgência e emergência, intra e extra-hospitalar.

Outro dos motivos que levou a esta escolha foi o fato de a Região Autónoma dos Açores (RAA) ser pioneira em intervenções de Prática Avançada de Enfermagem, tais como, a implementação do Sistema de Triage Telefónica de Manchester, que garante o atendimento, triagem e referência telefónica, por enfermeiros, de todas as situações de urgência que se verificam na RAA, conforme se explica mais à frente neste relatório, ou a implementação do modelo de Enfermeiro de Família na região<sup>9</sup>. De salientar ainda que a RAA tem dado palco ao “novo padrão de conhecimento designado conhecimento sociopolítico” definido por White (2014, p. 307), na medida em que, desde há muitos anos, tem vindo a nomear Enfermeiros como Diretores Regionais de Saúde na região. Viver e apreender esta realidade pareceu-me, portanto, enriquecedor.

Não obstante os diferentes contextos, os estágios foram todos realizados em serviços de um hospital multidisciplinar de referência para a prestação de cuidados de saúde da RAA, cuja atividade abrange as áreas de diagnóstico, tratamento, prevenção, investigação, ensino, reabilitação e continuidade de cuidados, articulando-se com as demais instituições e serviços do Serviço Regional de Saúde (SRS) e do Serviço Nacional de Saúde (SNS), sempre que tal se justifique.

A instituição em questão presta cuidados à população das ilhas Terceira, Graciosa, S. Jorge, e frequentemente a pessoas das ilhas do Corvo, Flores, Faial e Pico, sempre que estas são referenciadas para consultas de especialidades médicas e/ ou realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica não existentes nas instituições de saúde que os

---

<sup>9</sup> Vide Resolução do Conselho do Governo n.º 169 /2023 de 3 de novembro de 2023 que aprova o regulamento da Atividade do Enfermeiro de Família no Serviço Regional de Saúde, disponível em <https://jo.azores.gov.pt/api/public/jornal/pdfOriginal?numeroJornal=142&ano=2023&serieId=ec6ff6d5-7709-4517-8d3c-b9b92c443c8a&suplemento=0>

servem, isto é, Centro de Saúde com valência de internamento.

Em virtude da Unidade de Evacuações Aéreas (UDEA) da Região Autónoma dos Açores se encontrar sediada nesta instituição, existem ainda doentes que, não pertencendo à área de influência, são evacuados de outras ilhas para a mesma, para posterior transferência para hospitais mais diferenciados da RAA ou do continente, para realização de tratamentos diferenciados.

Finalmente importa referir que a maioria dos enfermeiros que integram a equipa da SIV e da Unidade de Evacuações Aéreas, inclusive o Supervisor Clínico do estágio, são elementos do Serviço de Urgência em acumulação de funções. Tal foi uma mais-valia ao longo do estágio, na medida em que sempre que surgia uma ativação da SIV ou da Unidade de Evacuações Aéreas eu era chamada a integrar a equipa, com o intuito de me proporcionar o maior e mais variado número de experiências possível, o que me permitiu o acompanhamento da Pessoa em Situação Crítica desde a ativação da SIV, até à admissão em SO e alta/transferência ou evacuação para outra unidade hospitalar mais diferenciada, sempre que as agendas pessoal e do supervisor clínico o permitiam.

### **3.1 CUIDADO COM A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

O primeiro estágio realizado decorreu no Serviço de Urgência.

O SU da instituição em questão atende, em média 165 pessoas por dia, e tem como objetivo o acolhimento, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar, pelo que compreende a prestação de cuidados em todas as situações clínicas súbitas, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais, conforme estabelecido pela DGS (2001).

Tratando-se de um serviço multidisciplinar, que se caracteriza pela imprevisibilidade e diversidade da casuística, o SU apresenta uma estrutura e organização relativamente complexas. O SU integra a urgência geral, a urgência pediátrica, a urgência obstétrica, e um serviço de atendimento em emergência extra-hospitalar, que funciona em articulação com o Serviço de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores (SPCBA), mediante disponibilização de uma viatura de emergência pré-hospitalar - viatura de Suporte Imediato de Vida (SIV) -, tripulada por um enfermeiro e um tripulante de ambulância de socorro, e equipada com todo o material necessário para a realização de Suporte Avançado de Vida, em contexto de doença e trauma, servindo esta de meio logístico de continuidade do SU.

Não obstante o SU integrar as valências de pediatria e obstetrícia, estes dois serviços funcionam de forma independente da urgência geral, apesar da triagem dos doentes adultos e pediátricos ser comum.

É também o espaço físico do SU que acolhe a estrutura física (sala) da Unidade de Evacuações Aéreas onde se encontra todo o equipamento e material indispensável à evacuação aérea de doentes, e onde a equipa se reúne sempre e quando é ativada para realizar uma evacuação aérea de doentes entre ilhas, ou das ilhas para o continente.

Ao SU conflui, portanto, toda a casuística urgente e emergente da área de influência do hospital.

Estruturalmente o SU está discriminado em 5 áreas distintas, a triagem, a área médica, a área cirúrgica, sala de observações (SO) e sala de emergência, de forma a facilitar a organização do serviço, sendo que o encaminhamento dos doentes é realizado após a triagem.

O SU presta cuidados de saúde urgentes e diferenciados, de acordo com as necessidades das pessoas, ocorrendo a admissão após a realização do processo de triagem de Manchester que visa priorizar o atendimento, consoante a gravidade e complexidade da sua situação clínica, com base na sintomatologia manifestada quando da admissão no SU, mediante a atribuição de uma pulseira cuja cor reflete o risco clínico da pessoa (Grupo Português de Triagem, 2023).

De acordo com o fluxograma de triagem de Manchester, a avaliação clínica forma-se a partir da queixa apresentada – principal sinal ou sintoma identificado pelo doente ou pelo profissional de saúde que motiva o doente a procurar o SU –, sendo que existe uma lista de 50 fluxogramas, baseados nas queixas de apresentação, que abrangem quase todas as situações que ocorrem nos SU (Grupo Português de Triagem, 2023).

Após a atribuição de prioridade, de acordo com o código de cores da triagem de Manchester: vermelho – emergência, que necessita de atendimento imediato; laranja – muito urgente, necessita de atendimento praticamente imediato, pelo que tempo de espera deve ser inferior a 10 minutos; amarelo – urgente, necessita de atendimento rápido mas pode aguardar até 60 minutos; verde – pouco urgente, pode aguardar até 120 minutos ou ser encaminhado para outros serviços de saúde; azul – não urgente, pode aguardar atendimento até 240 min, ou ser encaminhado para outros serviços de saúde<sup>10</sup> (Grupo Português de Triagem, 2023). A pessoa é encaminhada para a respetiva área de atendimento, de acordo com as queixas referidas, e é atendida conforme a prioridade atribuída.

---

<sup>10</sup> Na instituição existe ainda a cor branca para situações não compatíveis com urgência, como seja, por exemplo, utentes que vêm referenciados por médico à urgência para posterior internamento ou realização de MCDT's, transferência inter-hospitalar, contraprovas de taxa de alcoolemia, entre outras.)

Na área médica, isto é, espaço físico da urgência onde se encontram as pessoas com patologia do foro médico em ambulatório, as pessoas são avaliadas nos gabinetes de consulta médica, sendo posteriormente transferidas para uma área aberta, que comporta 8 pessoas em cadeirões, 2 em maca e cerca de 15 em cadeira, onde são recebidas pela equipa de enfermagem que realiza e adequa a sua monitorização, procedendo a intervenções de enfermagem autónomas (por ex. ensinios e medidas não farmacológicas de controlo da dor e ansiedade) e interdependentes, nomeadamente administração de tratamento farmacológico prescrito.

A área cirúrgica é o espaço onde são avaliados e realizados tratamentos aos doentes do foro cirúrgico, pela cirurgia geral, com apoio de outras especialidades cirúrgicas, como sejam a ortopedia, oftalmologia, urologia, cirurgia vascular, entre outras. Também aqui os doentes são acompanhados e monitorizados por enfermeiros que procedem a várias e diversas intervenções autónomas e interdependentes, agilizando processos como sejam realização de pensos e suturas, internamento, realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, processos de alta para domicílios e instituições.

A sala de observações (SO) destina-se a pessoas cuja situação clínica implica uma maior instabilidade hemodinâmica e que por esse motivo necessitam vigilância e monitorização contínua mais minuciosa, por vezes com recurso a meios mais diferenciados. O internamento em SO pode ocorrer em contexto de trauma, investigação para despiste ou confirmação de diagnóstico, necessidade de administração de protocolos terapêuticos complexos, ou necessidade de realização de técnicas mais invasivas, e que requerem maior privacidade e maior controlo de infeção e/ou leve sedação, como seja, por exemplo, uma punção lombar ou a realização de uma redução de luxação do ombro. No SO existe ainda uma unidade de isolamento onde ficam internadas todas as pessoas que estão a realizar despiste de doenças transmissíveis por via aérea, por gotículas ou contacto como seja, por exemplo, Covid 19, meningite ou *Clostridium*. Por norma, as pessoas permanecem no SO até à sua estabilização clínica e alta, até irem para o bloco operatório, caso tenham indicação cirúrgica ou até serem transferidas para o serviço de internamento adequado à sua situação clínica.

As pessoas consideradas em situação crítica, que necessitam de intervenção multidisciplinar imediata, quer venham por meios próprios, transportadas por bombeiros em ambulância ou encaminhadas pela Linha de Emergência Médica e trazidas pela SIV, são recebidas diretamente na sala de emergência que consiste num espaço (sala de reanimação) que compreende duas unidades de atendimento urgente/emergente, devidamente equipadas com todo o material indispensável para reanimação cardiopulmonar, suporte respiratório e hemodinâmico, assim

como para a prestação de cuidados diferenciados em situações de emergência específicas, como seja, por exemplo, a descompressão de pneumotórax hipertensivo e/ou drenagem de hemotórax, em contexto, por exemplo, de politrauma.

Em termos de recursos humanos, a equipa de enfermagem é composta por 43 enfermeiros, 8 dos quais especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e um enfermeiro chefe, especialista e gestor de carreira. Por turno trabalham, por norma, 10 enfermeiros, 1 na triagem, 2 no SO, 2 na área médica, 2 na área cirúrgica, 1 na SIV e 1 de coordenação, sendo que existe ainda mais 1 enfermeiro como elemento de apoio, que é mobilizado, conforme a necessidade do serviço, entre cada uma destas áreas. Nos turnos da manhã, para além dos elementos referidos, integram ainda a equipa, o enfermeiro chefe e um supervisor de cuidados, que fica de apoio à gestão. Nas noites a equipa fica reduzida aos mínimos, isto é, a 7 elementos. O método de trabalho é o método individual, não obstante a constante entreaajuda podendo, conforme a afluência, existir necessidade de redistribuir postos. Quando da ativação de sala de urgência, que acontece mediante aviso prévio da equipa SIV quando transporta pessoa em situação crítica ou pessoa em Paragem Cardiorrespiratória (PCR), ou quando da ativação do alarme localizado à entrada da sala de triagem, o chefe de equipa, o enfermeiro de apoio e outro da área médica ou cirúrgica, prestam cuidados à vítima, podendo nesta altura existir atividades realizadas à tarefa.

No que concerne à liderança, definida por Silva et al (2014) como “a arte de influenciar pessoas a cumprir uma determinada tarefa e alcançar um objetivo em comum, valendo-se das melhores estratégias, mantendo uma visão de futuro e sendo inovador” (Silva et al, 2014, p. 212), esta é de extrema importância em contexto de urgência e emergência, não só no exercício da arte do cuidar como na gestão de equipas. No caso do Serviço de Urgência, o tipo de liderança mais frequentemente implementada pelos chefes de equipa era a liderança situacional que visa o ajuste a cada situação específica, de acordo com o contexto, a maturidade, conhecimento e capacidade técnica dos diferentes elementos da equipa (Silva et al, 2014), mediante recurso a diferentes estratégias de liderança, tais como, determinar, persuadir, partilhar e delegar, de acordo com a situação que se apresenta (Silva et al, 2014). Tal justifica-se pelo facto de a equipa do SU ser uma equipa bastante jovem, e pelo carácter de imprevisibilidade da casuística do serviço.

Após a primeira semana de integração ao serviço, onde procurei conhecer e estabelecer uma relação com a equipa multiprofissional, familiarizar-me com o espaço, normas, protocolos, *guidelines* e plataforma de registo de enfermagem implementados, bem como conhecer os materiais e equipamentos utilizados e as dinâmicas habituais em cada turno, foquei-me em

adquirir e reforçar competências no âmbito da prestação de cuidados à pessoa/família que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, tendo em conta os domínios da ética e da deontologia, bem como a da prevenção e controlo de infeção em contexto de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de urgência e emergência. Procurei ainda explorar uma área com a qual tive pouco contacto prévio sem ser em contexto de reanimação cardiorrespiratória por circulação extracorporeal, a Síndrome Coronária Aguda.

Assim sendo, tracei como objetivo específico para este campo de estágio:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados especializado à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de urgência e emergência;
- Contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados à pessoa em situação crítica, vítima de violência/agressão e sua família;
- Contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados à pessoa em situação crítica, maximizando a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos;

No que concerne ao primeiro objetivo, procurei após o período de integração no serviço e inclusão na equipa, apropriar-me das principais necessidades de cuidado especializado de enfermagem médico-cirúrgica que a pessoa em situação crítica e sua família tem no SU, nomeadamente no âmbito de situações de emergência, exceção e catástrofe. Para tal, tentei realizar o maior número possível de turnos em SO, apoiando os colegas na sala de emergência sempre que a mesma era ativada, uma vez que acompanhava o supervisor clínico, que era o chefe de equipa, o que foi relativamente fácil, uma vez que o SO é o local onde, por norma, é necessário maior apoio.

Neste âmbito, tive oportunidade de desenvolver competências especializadas em Enfermagem Médico Cirúrgica, e prestar cuidados de enfermagem diferenciados à pessoa em situação crítica e família em contexto de politrauma, Acidente Vascular Cerebral (AVC), cetoacidose diabética, Insuficiência Respiratória Aguda (IRA), Insuficiência Cardíaca Congestiva, choque, queimaduras e Síndrome Coronária Aguda (SCA).

As Síndromes Coronárias Agudas (SCA), nomeadamente o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), estão entre as situações clínicas com maior impacto na saúde em Portugal, não só pela sua prevalência, mas também pelas elevadas taxas de mortalidade e morbilidade que lhe estão associadas (OCDE, 2021). Eles desenvolvem-se quando uma placa aterosclerótica instável, localizada numa artéria coronária, se rompe ou sofre um processo de erosão, o que resulta na

adesão de plaquetas ao local da lesão vascular (Bobadilla, 2016) e, consequentemente, na formação de trombos que podem obstruir parcial ou totalmente a artéria coronária afetada, levando a uma redução abrupta do fluxo sanguíneo que resulta em hipoperfusão miocárdica, com risco crítico de isquemia e/ou necrose miocárdica. Consoante o grau de obstrução da artéria, a SCA pode ser classificada como Angina Instável ou SCA sem Supradesnivelamento do segmento ST (SCAs/SST), se a oclusão trombótica do vaso for parcial, ou SCA com Supradesnivelamento do segmento ST (SCAc/SST) se existir oclusão total do vaso (Bobadilla, 2016). A diferenciação da SCA em Angina Instável, em SCAs/SST e em SCAc/SST, é realizada através do electrocardiograma (ECG) de 12 derivações (Collet et al., 2015).

Embora a dor torácica seja um dos sintomas mais característicos na pessoa com SCA, por norma ela é transitória e está habitualmente associada a esforços, podendo ocorrer em repouso no caso da Angina Instável, não se verificando por norma alterações no ECG (Collet et al., 2015). Na SCAs/SST, a pessoa pode ter ou não dor torácica, e o ECG pode não apresentar elevação do segmento ST ou apresentar elevação transitória, contudo existe elevação nos biomarcadores cardíacos (troponina), podendo a pessoa não ter qualquer tipo de sintoma inicialmente, ou ter isquemia em curso com instabilidade elétrica e/ou hemodinâmica, podendo ocorrer paragem cardíaca. Já na SCAc/SST, existe habitualmente uma oclusão coronária aguda total, a pessoa refere dor torácica aguda e o ECG evidencia elevação persistente do segmento ST, desenvolvendo-se um Enfarte Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do segmento (EAMc/SST) (Collet et al., 2015). Nestes casos existe indicação para tratamento imediato para intervenção de reperfusão, sendo a Intervenção Coronária Primária (ICP) a estratégia de eleição nos doentes com EAMc/SST no período de 12 horas após o início dos sintomas, desde que possa ser realizada rapidamente (i.e., 120 min a partir do diagnóstico) (Agewall et al., 2017). Sempre que não se consiga cumprir com estes tempos deve equacionar-se a fibrinólise, devendo a administração do bólus de fibrinolítico ser injetado no período de 10 min após o diagnóstico de EAMc/SST (Agewall et al., 2017).

Uma vez que o enfermeiro é, por norma, o primeiro profissional de saúde a contactar e avaliar a pessoa com queixa de dor torácica, priorizando, mediante a sua avaliação, a situação da pessoa com suspeita de SCA, e decidindo se são ou não necessários cuidados imediatos, ele influencia de forma vital o período de tempo até à administração da terapêutica de reperfusão (Frisch et al., 2020), pelo que é seguro afirmar que tem um papel crucial nos *outcomes* resultantes da abordagem e encaminhamento da pessoa com SCA (Frisch et al., 2020).

Assim, optei por desenvolver competências especializadas neste âmbito, sendo que para tal

procurei aprofundar conhecimentos de enfermagem especializados na abordagem à pessoa em situação crítica vítima de SCA e sua família. Para tal realizei o curso Via Verde Coronária - Edição 2023, do INEM, online<sup>11</sup>; consultei e analisei a Circular Normativa nº. 2021/20 da Direção Regional de Saúde, que estabelece a Via Verde Coronária na RAA e integra a abordagem Pré-hospitalar, Hospitalar e das Unidades de Saúde de Ilha (USI), face às pessoas vítimas de síndromes coronárias agudas; inteirei-me do protocolo de fibrinólise em contexto de SCA instituído na RAA, bem como as contraindicações ao mesmo; debrucei-me sobre as indicações, ações, doses e contraindicações dos fármacos usados em doente com dor torácica em contexto de SCA; estudei o protocolo de decisão, instituído na RAA, sobre orientação de doentes em contexto de SCA; e inteirei-me do protocolo de evacuação de doentes, instituído na RAA, para realização de coronariografia e angioplastia, partilhando e debatendo com a supervisora clínica raciocínios clínicos, normas e protocolos. Após esta fase de mobilização e apreensão de conhecimentos, adquiri um elevado grau de autonomia, o que me permitiu assumir e gerir de forma autónoma a prestação de cuidados especializados a estas pessoas e suas famílias.

Neste contexto tive oportunidade de prestar cuidados ao Sr. C, um homem de 45 anos, transportado ao SU pela SIV por queixa de dor torácica aguda que irradiava para o ombro, refratária à administração de 3 comprimidos de Nitromint® sublingual, palidez, sudorese e hipertensão, cuja monitorização com o Lifepak® à chegada evidenciava um ECG com elevação do segmento ST, alteração electrocardiográfica sugestiva de isquémia cardíaca.

Quando da chegada do Sr. C. à urgência fiquei responsável pela sua admissão no SO. Procedi em conjunto com a equipa à transferência do Sr., pedindo-lhe que não fizesse qualquer esforço, posicionando-o com cabeceira elevada. Verifiquei na altura, quando procedia à monitorização hemodinâmica que mantinha traçado cardíaco disrítmico, de base sinusal, com evidente supradesnivelamento do segmento ST, tendencialmente taquicárdico, com frequência cardíaca entre 90-110 bpm, hipertenso, TA= 180/100 mmHg, taquipneico, 22 ciclos por minuto, sudorético, queixoso, referia dor opressiva de intensidade 8, de acordo com a Escala de Avaliação Numérica (EAN) da dor da Ordem dos Enfermeiros (2008). Embora se apresentasse consciente e orientado, com um score de 15 pontos na escala de coma de Glasgow, estava extremamente ansioso, pelo que procurei transmitir-lhe alguma calma e segurança, assegurando-lhe que estávamos a fazer todo o possível para o ajudar. Iniciei O2 a 3l/m por óculos nasais, em virtude de o SR. referir dispneia, puncionei-lhe dois acessos venosos periféricos no membro superior esquerdo (18 G) e procedi simultaneamente à colheita de sangue para hemograma,

---

<sup>11</sup> Vide Anexo III - Certificado de Formação Profissional: "Via Verde Coronária INEM – Edição 2023"

PCR, ureia, creatinina, glicémia, ionograma venoso e doseamento de CK e troponina. Dadas as queixas iniciais, foi administrada terapêutica ansiolítica com benzodiazepinas, diazepam 10 mg sublingual, isto porque a ativação simpática é conhecida por agravar a isquemia miocárdica, pelo que o tratamento inicial deve ser direcionado para o controlo sintomático, tanto da dor como da ansiedade (Sebastián et al., 2021) e, visto o Sr. C. manter hipertensão e dor refratária à nitroglicerina sublingual administrada pelos colegas da SIV, foi iniciada perfusão de dinitrato isossorbido 50 mg em 50 SF a 2 ml/h que se titulou até 8 ml/h. Tentou-se assim aliviar a dor de caraterística anginosa através do relaxamento da musculatura lisa e vasodilatação venosa, reduzindo a pré-carga cardíaca através da dilatação das artérias coronárias, aliviando o espasmo e redistribuindo o fluxo sanguíneo. Preteriu-se a morfina, em virtude de esta reduzir a biodisponibilidade oral de outros fármacos importantes no tratamento da SCA (Instituto Nacional de Emergência Médica e Departamento de Formação em Emergência Médica, 2020), o que provou ser eficaz, já que o Sr. referiu melhoria paulatina da dor (EAN passou de 8 para 4). Por esta altura foi realizado ECG de 12 derivações, que foi observado pelo cardiologista do hospital e confirmou o diagnóstico de EAM, sendo que, após orientação do cardiologista e confirmação de ausência de contraindicações absolutas, dei início à preparação e administração de terapêutica fibrinolítica, com Tenecteplase, bolus único ev, de acordo com o peso do doente, tendo procedido a uma monitorização rigorosa do ritmo cardíaco. A equipa de evacuações foi concomitantemente ativada. Embora a SCAC/SST tenha indicação para tratamento de reperfusão imediato por angioplastia primária, preferencialmente até 60 minutos após início do quadro em Unidades Hospitalares com ICP, ou até 90 minutos em Unidades sem ICP (Agewall et al., 2017), se o período de tempo até à chegada à Unidade com ICP for superior a 120 minutos, deve iniciar-se a fibrinólise até 10 minutos desde a sua deteção, transferindo posteriormente, se a pessoa se encontrar hemodinamicamente estável, para uma Unidade Hospitalar com ICP (Agewall et al., 2017). Dado que o hospital mais próximo com ICP disponível obrigava a uma evacuação aérea, pelo que o tempo até ICP dificilmente seria inferior a 120 min, e o Sr. não tinha estabilidade hemodinâmica para ser evacuado, optou-se por dar início ao tratamento com fibrinólise e proceder à evacuação assim que o Sr. estivesse mais estável. Após a estabilização do Sr., e enquanto aguardávamos a evacuação, fui chamar os familiares e apercebi-me das suas preocupações relacionadas não só com a saúde do senhor (transição saúde-doença) (Meleis, 2010), como com as questões de dinâmica familiar (transição situacional) dada a necessidade de internamento e a incerteza quanto ao *outcome*. A presença dos familiares no SO, ainda que transitoriamente, teve um impacto positivo bilateralmente, para a esposa e para o Sr., sendo que tanto a ansiedade como a TA do Sr. C diminuíram após este contacto com a esposa, à medida

que foram encontrando respostas, com a ajuda da equipa multiprofissional, para as questões que tinham e que se prendiam com a necessidade de uma eventual evacuação aérea do Sr. para realização de coronariografia e angioplastia, que se veio a confirmar.

Quando da evacuação aérea do Sr. C. para uma instituição mais diferenciada, tive oportunidade de lhe explicar detalhadamente o procedimento a que seria sujeito, bem como esclarecer dúvidas e incertezas do próprio e da esposa. Uma vez esclarecidas as dúvidas, recorri a medidas não-farmacológicas para o alívio da dor, gestão da ansiedade e do medo, durante o transporte, recorrendo para tal a técnicas de distração e humor (Ordem dos Enfermeiros, 2008) que se focaram, neste caso, nas viagens realizadas previamente pelo casal, entre ilhas. Durante o transporte assegurei a vigilância dos parâmetros hemodinâmicos e da dor, averiguando a ocorrência de alterações/agravamento relativamente à avaliação anterior.

Uma vez que a comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas é indispensável para assegurar a continuidade de cuidados e a segurança das pessoas, sempre que ocorra transferência de responsabilidade do cuidado e de informação entre prestadores/equipas, (Instituto Nacional de Emergência Médica e Departamento de Formação em Emergência Médica, 2020) preocupei-me, à chegada, em transmitir a informação referente ao Sr. C. de forma eficaz, recorrendo para tal à metodologia ISBAR. Assim, I – Identifiquei-me e procedi à identificação do Sr. C.; S- Descrevi o motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; B- Transmiti os antecedentes pessoais, alergias e história médica pregressa do senhor, que consistia em antecedentes de HTA e dislipidémia; A- Forneci informação relativamente à avaliação inicial, comunicando os achados mais relevantes sobre o estado do doente (resultado ECG, troponinas, situação hemodinâmica, terapêutica instituída, estratégias de tratamento), avaliando a eficácia das medidas implementadas; R- Partilhei com a colega recomendações relativas ao controlo da dor e da TA, que se revelou mais eficaz sob perfusão de Dinitrato Isossorbido, e com a presença da esposa. De salientar que esta metodologia de transmissão de informação ainda não se encontra implementada nem no SU, nem no serviço de Cardiologia de intervenção para onde a pessoa foi transferida, pelo que aproveitei esta oportunidade para introduzir o tema e partilhar experiências neste âmbito com os colegas.

Enquanto acompanhava o Sr. até à sala de ICP, pude senti-lo mais tranquilo e mais confiante face ao futuro. Enquanto esperava o voo de regresso, pude permanecer algum tempo com a esposa que me colocou várias questões referentes aos cuidados a ter pós intervenção e após a alta do Sr. C. Aproveitei este momento informal de evidente disponibilidade para a mudança de comportamentos de risco cardiovascular para deixar breves dicas de educação para a saúde,

reforçando a importância da adesão a estilos de vida saudáveis, com foco na alimentação saudável, no exercício físico e na adesão ao tratamento.

Segundo Meleis (2010), os enfermeiros lidam com pessoas que estão a experienciar, a antecipar ou a completar transições, sendo que a percepção e os significados que as mesmas atribuem às transições estão relacionadas com aspetos culturais, o estatuto económico, a preparação e conhecimento, condições comunitárias e sociais, bem como com o sentido que atribuem aos momentos de transição. No caso do Sr. C. e família, foi notória a preocupação não só com a transição saúde-doença, num primeiro impacto, como também com eventuais transições situacionais, relacionadas com a ausência do Sr. C. na sua vida familiar, nomeadamente no seu papel de parentalidade e de provedor para a família. Enquanto enfermeiros cabe-nos desenvolver um conjunto de intervenções de Enfermagem que promovam o desenvolvimento de estratégias de *coping* que facilitem o processo de transição (Meleis, 2012), o que, em retrospectiva, acredito ter conseguido.

Ao longo deste processo tive oportunidade de desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista, nomeadamente no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, na medida em que agi de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, e competências de gestão dos cuidados, visto ter otimizado a resposta da equipa em termos de agilização de processos, nomeadamente quando da implementação do protocolo de fibrinólise a quando da articulação de cuidados entre as equipas multiprofissionais do SU e da Unidade de Evacuações Aéreas.

Desenvolvi ainda competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico -cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica perante a antecipação de focos de instabilidade, colaboração na execução de técnicas de elevada complexidade, gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos, realização de gestão diferenciada da dor e do bem estar da pessoa em situação crítica com falência orgânica, gestão da comunicação interpessoal com a pessoa/família, mediante estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa em situação crítica e sua família, procurando assistir a ambos nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença (Regulamento n.º. 429/2018 de 16 de julho, 2018). Demonstrei ainda estar familiarizada com a Via Verde Coronária, conforme implementada na Região Autónoma dos Açores. Assim sendo acredito ter atingido o primeiro objetivo a que me propus.

Ao longo do estágio foram vários os momentos de partilha e troca de ideias entre mim e os diferentes elementos da equipa. De entre as experiências vividas, algumas houve que suscitaram

surpresa, indignação, preocupação, e por vezes sentimentos de impotência. Entre estas, destaco as situações de prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma em contexto de violência e/ou agressão e tentativa de suicídio. Por diversas vezes a equipa foi confrontada com dúvidas e questões, manifestando desconhecimento relativamente a como proceder no que diz respeito à colheita e preservação de eventuais vestígios, a quem e como referenciar estes casos, o que por vezes, causava sofrimento moral na equipa. Foi neste contexto que, após uma manifestação transversal de interesse pela equipa de enfermagem que integra o SU e a SIV, emergiu o segundo objetivo deste estágio, contribuir para a qualidade e segurança na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica vítima de crime, violência e/ou agressão e sua família.

Os enfermeiros que prestam cuidados em Serviço de Urgência são frequentemente os primeiros profissionais de saúde a terem contacto com pessoas vítimas de violência física, maus-tratos e trauma, na medida em que estas, por norma, procuram os Serviço de Urgência como primeira opção de assistência (Donaldson, 2020; Dumarde et al, 2022). Por este motivo, e tendo em vista a prestação de cuidados holísticos que compreendam a promoção e proteção dos direitos humanos e a resolução de futuras questões jurídico-legais, os enfermeiros que exercem em contexto de Serviço de Urgência devem estar habilitados para prestar cuidados de saúde, mas também para proceder à preservação de vestígios que poderão ser posteriormente alvo de prova pericial em tribunal (Mota, Cunha e Santos, 2021). Para tal devem estar familiarizados com conceitos, normas e procedimentos, como sejam o Princípio de Trocas de Locard - que estabelece que no local do crime ficam, necessariamente, vestígios do criminoso que, por sua vez, transporta consigo, voluntária ou involuntariamente, vestígios do local onde cometeu a ação criminosa, o que viabiliza a associação do criminoso ao crime (Mota, Cunha e Santos, 2021) -, ou a Cadeia de Custódia que garante “criação de um registo permanente de documentação do nome e função de cada pessoa responsável pela preservação da evidência forense em cada etapa de sua colheita, armazenamento e transporte para avaliação” (Cruz, 2017, pp. 38). Não obstante, estudos realizados por Gomes (2016), Ferreira (2018), Mota, Cunha e Santos (2021), e Oliveira (2023) evidenciaram um deficit de conhecimentos sobre enfermagem forense na prestação de cuidados às vítimas, e na preservação das provas forenses, tanto em contexto de SU (Gomes, 2016) como em contexto de pré-hospitalar (Oliveira, 2023), bem como a parca existência de protocolos institucionais para a abordagem de casos forenses (Mota, Cunha e Santos, 2021) o que não só gera ansiedade e insegurança nos profissionais de saúde, como também coloca em risco a melhor atuação perante um cenário de violência (Mota, Cunha e Santos, 2021; Oliveira, 2023).

Dado o aumento de casos de violência e trauma na Região Autónoma dos Açores (PORDATA,

2022), a manifestação de desconhecimento face a conceitos, normas e procedimentos na prestação de cuidados à vítima, a ansiedade associada ao mesmo, manifestada pela equipa (Mota, Cunha e Santos, 2021), a ausência de protocolos de atuação e oferta de formação no âmbito da Enfermagem Forense na região, foi discutido com o supervisor clínico e a chefia do Serviço de Urgência a pertinência da abordagem desta temática. Por se ter considerado ser de relevância, optou-se por realizar uma formação subordinada à temática “Competência forense em enfermagem na prestação de cuidados à vítima: do pré-hospitalar ao Serviço de urgência”, sendo que se elaborou um *flyer*<sup>12</sup>, que se afixou em locais estratégicos do serviço, a convidar todos os enfermeiros do Serviço de Urgência e da SIV a participar da mesma. Procedeu-se ainda à divulgação da formação nas passagens de turno prévias.

A sessão decorreu no dia 05 de setembro entre as 15h e as 17h, sendo que à mesma compareceram 17 elementos da equipa. Nesta sessão foi abordada a conceptualização de Enfermagem forense, bem como os principais sinais de violência, os desafios na preservação de vestígios forenses e respetivos procedimentos<sup>13</sup>. Durante a apresentação da sessão de formação<sup>14</sup> foi ainda apresentada à equipa uma proposta de Kit de recolha/manutenção de vestígios forenses<sup>15</sup>, bem como o dossier “Violência interpessoal – protocolos de intervenção da DGS”, compilado para efeitos de consulta pela equipa, que reúne as normas e fluxogramas de atuação da DGS relativamente à abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde em caso de violência interpessoal. A avaliação dos conteúdos apreendidos pelos colegas ao longo da sessão de formação, foi realizada mediante discussão de casos clínicos, através do preenchimento de grelhas de avaliação e de check-lists de verificação quando da discussão dos casos. Estiveram presentes 17 elementos da equipa de enfermagem, logrando-se de uma interação e um diálogo, no qual se destacou a importância de todos os elementos da equipa multidisciplinar necessitarem de adquirir competências neste âmbito, de forma a agir em conformidade na prestação de cuidados e apoio à vítima e sua família. A avaliação da pertinência, adequação dos conteúdos de formação e do formador realizou-se mediante preenchimento de um breve questionário de avaliação da sessão de formação<sup>16</sup>, sendo que a maioria dos formandos (cerca de 95%), concordou que a mesma tinha sido útil para a aquisição

---

<sup>12</sup> Vide apêndice VII - Flyer de divulgação da sessão de formação “Competência forense em enfermagem na prestação de cuidados à vítima: Do Pré-Hospitalar ao Serviço de Urgência”

<sup>13</sup> Vide apêndice VIII - Plano de Sessão de Formação intitulada “Competência forense em enfermagem na prestação de cuidados à vítima: Do Pré-Hospitalar ao Serviço de Urgência”

<sup>14</sup> Vide apêndice XIX - Sessão de Formação intitulada “Competência forense em enfermagem na prestação de cuidados à vítima: Do Pré-Hospitalar ao Serviço de Urgência”

<sup>15</sup> Vide apêndice X - Lista de Verificação do Kit “Material de Recolha/ Manutenção de Vestígios Forenses”

<sup>16</sup> Vide apêndice XI - Questionário de avaliação da sessão de formação

de conhecimentos a mobilizar no exercício das suas funções, bem como para a melhoria do desempenho e desenvolvimento pessoal<sup>17</sup>. No espaço destinado aos comentários, os formandos salientaram a necessidade de repetir a formação para os demais elementos da equipa multiprofissional, bem como a pertinência da elaboração do kit de material de recolha de vestígios forenses que deveria ser manuseado numa próxima apresentação.

O alcance do segundo objetivo traçado para este estágio, permitiu-me desenvolver competências de especialista no âmbito da garantia de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, promovendo a proteção dos direitos humanos e fomentando na equipa práticas de cuidados seguras e que respeitam a privacidade e dignidade da pessoa, garantindo um ambiente terapêutico e seguro, gerador de segurança e proteção dos indivíduos. Acredito ter tido um papel dinamizador no desenvolvimento da equipa e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, já que procurei mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade, no caso na prestação de cuidados à vítima. Responsabilizei-me ainda por facilitar a aprendizagem em contexto de trabalho, promovendo a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho, suportando a prática clínica em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro). Uma das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica é a dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, nomeadamente prestar cuidados em situações de exceção e assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem, preservando os vestígios de indícios de prática de crime. Creio que esta experiência e o meu contributo para a formação da equipa no âmbito da prestação de cuidados à vítima, proporcionou a aquisição destas competências específicas de especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica.

A Ordem dos Enfermeiros estabelece que o Enfermeiro Especialista em pessoa em situação crítica deve desenvolver competências no âmbito da prevenção e controlo de infeção perante a Pessoa em Situação Crítica, e/ou falência orgânica, atendendo à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho). Assim, e com intuito de desenvolver e consolidar esta competência, tracei como terceiro objetivo contribuir para a qualidade e segurança na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica, maximizando a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos. Para tal, propus-me realizar um breve estágio de 40 horas, na UL-PPCIRA.

---

<sup>17</sup> Vide apêndice XII - Gráficos dos resultados do questionário de avaliação da sessão de formação

Esta experiência fugaz decorreu durante o período de estágio no SU, num interregno de uma semana de férias do supervisor clínico, pelo que se optou por incluir neste subcapítulo esta experiência e o desenvolvimento de competências que a mesma permitiu, quando integrada no contexto do SU.

O UL-PPCIRA integra a Comissão da Qualidade e Segurança do Doente e tem por missão implementar uma abordagem estruturada, multidisciplinar e multiprofissional, de prevenção e controlo de infeção associada a cuidados de saúde, nomeadamente da adquirida durante o internamento hospitalar, e de utilização parcimoniosa de antimicrobianos, promovendo a sua eficácia clínica e limitando a sua toxicidade e a emergência de resistências microbianas (Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro).

Na instituição onde estagiei, a equipa do UL-PPCIRA é composta por um enfermeiro coordenador, um farmacêutico, um microbiologista, três médicos internistas, uma pneumologista, um cirurgião geral, um ortopedista e dois enfermeiros do bloco operatório, sendo que apenas o enfermeiro coordenador se encontra em exercício a tempo integral, pelo que lhe cabe grande parte das funções desempenhadas pelo UL-PPCIRA, desde a vigilância epidemiológica, à articulação com as áreas de prestação de cuidados (através dos elos de formação) e serviços de suporte. O enfermeiro coordenador também divulga, mensalmente, à comunidade hospitalar, através de um boletim epidemiológico, os resultados referentes à vigilância epidemiológica de infeção, sendo ainda responsável por fazer a identificação de necessidades de formação.

Durante este curto período, em que tive possibilidade de acompanhar de perto e colaborar no trabalho de vigilância epidemiológica realizado pela enfermeira coordenadora, tive oportunidade de participar no delineamento do plano de contenção de um surto de *Clostridium Difficile* numa das unidades de tratamento do hospital. Testemunhei ainda a articulação do UL-PPCIRA com o Conselho de Administração, com o laboratório da instituição, o Serviço Especializado de Epidemiologia e Biologia Molecular (SEEBMO), e com o INSA, tendo em vista despistar uma eventual nova estirpe de *Clostridium Difficile*, nomeadamente na comunidade. Estas experiências permitiram obter uma visão da operacionalização da prevenção e controlo de infeção do ponto de vista macro, numa altura em que os desafios institucionais, associados ao controle de infeção, se faziam sentir, e em que o debate de pontos de vista, tendo em vista delinear estratégias e soluções, possibilitou o desenvolvimento de competências essenciais no âmbito da gestão da prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados à pessoa em situação crítica.

Ao longo desta semana, e com o foco no Serviço de Urgência, pude ainda consultar várias normas de procedimentos de Enfermagem institucionais, homologadas pela UL-PPCIRA, tendo constatado a inexistência de uma norma de procedimento de cuidados de Enfermagem à pessoa na realização de punção lombar. Atendendo a que este é um procedimento relativamente comum no Serviço de Urgência, por norma para despiste de suspeita de doenças infecciosas e/ou inflamatórias do Sistema Nervoso Central, optei por proceder à elaboração da mesma, que após revisão pela Enfermeira coordenadora da UL-PPCIRA, ficou a aguardar deferimento do Sr. Enf. Diretor para posterior integração nas normas de procedimentos hospitalares<sup>18</sup>.

Quando do regresso ao Serviço de Urgência tive oportunidade de apresentar a norma à equipa multidisciplinar que se mostrou recetiva à mesma, procedendo à sua utilização na realização de punções lombares no serviço.

Ciente de que no Serviço de Urgência, os cuidados urgentes e emergentes têm, frequentemente, que ser prestados num curto espaço de tempo, sendo que o controlo de infeção nem sempre é a prioridade, nomeadamente em situações adversas e de *lifesaving*, a vasta experiência profissional com pessoa em situação crítica em contexto de UCI resulta na perceção pessoal de que medidas tão simples como sejam a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e correta higienização das mãos, são facilmente integráveis mesmo nestes contextos. Quando iniciei o meu estágio no SU, verifiquei que o cumprimento de medidas de controlo de infeção, nomeadamente a utilização de EPIs, nem sempre eram cumpridas. Tal está devidamente documentado num estudo realizado por Coelho, Soares e Torres (2021). De acordo com os autores, são vários os fatores que podem promover a adesão à utilização de EPIs, entre eles a correção de comportamentos pelos colegas em tempo real. Assim sendo, durante a minha permanência neste serviço procurei, acima de tudo, ser um exemplo no que dizia respeito às medidas de controlo de infeção, nomeadamente às de utilização de EPIs, usando-os adequadamente quando da prestação de cuidados, e alertando de forma construtiva para os riscos pessoais e coletivos da não utilização dos mesmos, tendo assistido paulatinamente a mudanças de comportamento por parte dos elementos mais jovens da equipa. Penso desta forma, ter fomentado medidas de salvaguarda da segurança e qualidade dos cuidados, promovendo a melhoria contínua dos mesmos.

Dado o exposto, acredito ter atingido o objetivo a que me propus quando pensei em realizar esta breve passagem pela UL-PPCIRA, bem como ter desenvolvido competências comuns no âmbito

---

<sup>18</sup> Vide apêndice XIII - Proposta de Norma de Procedimento de Enfermagem – Cuidados de Enfermagem à Pessoa na Realização de Punção Lombar

do desenvolvimento de práticas de qualidade, da garantia de um ambiente seguro e terapêutico, do desempenho de prática clínica baseada em evidência, sendo facilitadora da aprendizagem em contexto de trabalho. Desenvolvi ainda competências de especialista no âmbito do controlo de infeção, tendo colaborado em planos de prevenção e controlo da infeção com a UL-PPCIRA, e procurei liderar o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, tendo para tal elaborado uma norma de procedimento (apêndice XIII).

### **3.2. CUIDADO COM A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO PRÉ-HOSPITALAR**

O segundo estágio realizado decorreu na Viatura de emergência pré-hospitalar de Suporte Imediato de Vida (SIV), integrada no SU e assegurada por elementos deste serviço. Embora a SIV esteja fisicamente localizada no SU, o atendimento e gestão de emergências na RAA dos Açores é assegurado pelo Centro de Operações de Emergência do Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores (SRPCBA) e compreende a prestação de cuidados no local de ocorrência, bem como o transporte das vítimas para a unidade de cuidados mais adequada, o que por vezes implica evacuações aéreas, ficando o centro de operações responsável por todas as comunicações necessárias para o efeito, sejam elas com os bombeiros, com a SIV, a Unidade de Evacuações Aéreas, a Força Aérea ou a Marinha.

É de salientar que, previamente ao início do estágio na SIV, tive oportunidade de realizar um breve estágio de observação na Sala de Atendimento e Gestão de Emergências, que inclui a Linha de Emergência Médica, que funciona nas instalações do SRPCBA, numa das ilhas da Região Autónoma dos Açores, o que me permitiu, para além de vivenciar o funcionamento da linha 112 nos Açores, vislumbrar a forma como a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas são desenhadas na região autónoma, bem como perceber a articulação existente entre SRPCBA, os Cuidados de Saúde Primários e Secundários, na região autónoma, em situações de exceção, uma vez que 6 das 9 ilhas não possuem unidades hospitalares mas sim unidades de cuidados de saúde primários com valência de internamento, e que as condições climáticas e sismológicas, obrigam à existência de planos de evacuação que compreendem a articulação entre o Centro de Informação e de Vigilância Sismovulcânica dos Açores (CIVISA), Direção Regional de Saúde, Proteção Civil e Unidades de Saúde. Este breve contacto permitiu-me ter um vislumbre de como se concebem, são geridas e planeiam as respostas em situações de emergência, exceção e catástrofe, contribuindo para a aquisição da competência referente à dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe que o enfermeiro

especialista em pessoa em situação crítica deve desenvolver.

A ativação da viatura SIV é feita pela central 112, após a aplicação da Triagem Telefónica de Manchester que permite realizar triagem de prioridades, identificando critérios de gravidade, de uma forma objetiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica, baseada em sinais e sintomas identificáveis, com que a pessoa deve ser atendida, estabelecendo o tempo alvo recomendado até ao início da primeira observação (SRPCBA, 2023). Esta triagem é realizada por enfermeiros na Linha de Emergência Médica, isto porque quando a chamada do 112 é redirecionada para esta linha, quem atende são enfermeiros e não técnicos de telecomunicações de emergência como acontece no CODU em Portugal Continental. Assim que a ativação da SIV se inicia, os enfermeiros comunicam ao médico regulador que, por sua vez estabelece, quando necessário, contacto direto com o enfermeiro da SIV e com o chefe de equipa da instituição que irá receber a vítima. Conforme referido, a Triagem Telefónica de Manchester permite a ativação de meios de socorro proporcionais à necessidade clínica identificada, de acordo com as queixas, sinais e sintomas manifestados pelo doente. A Triagem Telefónica de Manchester pode gerar 4 graus de prioridade: a Alfa, de prioridade elevada, que ativa, com saída imediata, a viatura SIV e AMS (ambulâncias de socorro); a Bravo, também de prioridade elevada que ativa de imediato a ambulância; a Charlie, de prioridade intermédia, que ativa a ambulância, devendo a resposta ocorrer no tempo máximo de 40 minutos; a Delta, de prioridade baixa que pode resultar em uma de 4 situações, chamada de acompanhamento no prazo de 60 minutos, envio de ambulância até 120 minuto, transporte alternativo para instituição de saúde ou consulta em Centro de saúde até 24 horas; finalmente a Echo, que pressupõe a ausência de risco de vida para o doente, e que compreende o aconselhamento, tendo em vista o autocuidado, por parte do profissional de saúde responsável por atender a chamada, ou seja o enfermeiro. Embora existam fluxogramas/algoritmos que determinam a prioridade a ser atribuída a cada situação, os enfermeiros têm autonomia clínica para, mediante justificação alterarem a prioridade podendo, se assim entenderem, enviar um meio mais diferenciado daquele que foi determinado pelo algoritmo.

A Triagem Telefónica de Manchester foi instituída na Região Autónoma dos Açores em março de 2012, com o apoio do Grupo Português de Triagem (GPT, 2023), sendo o grupo de trabalho responsável pela sua implementação, maioritariamente, constituído por enfermeiros peritos que detinham conhecimentos aprofundados, expandidos e metacompetências, que viabilizaram o reconhecimento de capacidade de liderança, de supervisão e de gestão da mudança (Queirós, 2015), pelo que se considera ser este um bom exemplo de Prática Avançada de Enfermagem na região, até porque o grupo de trabalho em questão, evidenciou publicamente o contributo desta

intervenção de Enfermagem na equidade, qualidade, satisfação, eficiência e sustentabilidade ao demonstrar que a mesma permitiu poupar mais de 400 mil euros, só no transporte com ambulâncias e com a taxa fixa de admissão nos serviços de urgência (Ribeiro, 2015) logo no primeiro anos pós implementação.

No que concerne a SIV, esta consiste numa viatura de intervenção rápida, equipada com todo o material necessário para o Suporte Avançado de Vida (SAV) na doença e no trauma, sendo tripulada por um enfermeiro e um tripulante de ambulância de socorro. Integram a equipa da SIV, 9 enfermeiros, 3 dos quais especialistas em enfermagem médico-cirúrgica.

Para integrar a SIV os enfermeiros têm de ter formação diferenciada em SAV (American Heart Association), fazer o Curso Avançado de Trauma, certificado pelo SRPCBA, e fazer o curso “Módulos SIV”, curso da SRPCBA que integra situações/ cenários de SAV e trauma que devem ser abordados mediante recurso aos protocolos SIV, cujos protocolos/fluxogramas diferem dos do INEM, sendo francamente mais abrangentes, e conferentes de uma maior autonomia ao enfermeiro. A intervenção médica na SIV surge na pessoa do médico regulador, profissional responsável por regular a prestação de cuidados de emergência de acordo com os protocolos de atuação, e pelo encaminhamento da vítima/doente para a unidade de saúde mais adequada (SRPCBA, 2023).

Na SIV, o enfermeiro é responsável por assumir a liderança de equipa e por realizar procedimentos de elevada complexidade como sejam a avaliação primária e secundária e por dar início, dependendo da situação, a manobras de suporte avançado de vida. Ao longo deste estágio pude verificar que o estilo de liderança mais frequentemente implementado era o da liderança transformacional que se caracteriza pela implementação de abordagens criativas e inovadoras, que visam a resolução de problemas face a condições adversas, partindo das competências, habilidades e desejos dos diferentes membros da equipa (Silva et al, 2014).

A integração na SIV decorreu ao longo da primeira semana de estágio e compreendeu a familiarização com a equipa, dinâmicas do serviço, protocolos, plataforma informática de registos, materiais e equipamentos, pelo que me foquei em desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto extra-hospitalar. De salientar que a verificação das condições da viatura, bem como a verificação do material e equipamento é realizada no início de cada turno pelo enfermeiro, ocorrendo a reposição de matéria imediatamente após o término de cada ocorrência, sendo que compete ao enfermeiro verificar

o equipamento a utilizar e os fármacos para as mais diversas situações (Cordeiro, 2020). As experiências vividas na primeira semana de estágio, permitiram-me identificar áreas de interesse e de necessidade de desenvolvimento de competências. Não obstante a multiplicidade de situações experienciadas neste estágio, as quais através de mediação, discussão e obtenção de feedback do supervisor clínico permitiram a concretização do objetivo geral, procurei, uma vez mais, sair da minha “zona de conforto”, sendo que para tal defini como objetivo específico para este estágio desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente, vítima de queimadura, em contexto de pré-hospitalar. O doente queimado é por definição “... um doente politraumatizado, com necessidade de cuidados multidisciplinares, uma vez que as consequências das queimaduras vão muito além da destruição parcial ou total da espessura da pele ...” (DGS, 2017, p.17), pelo que se justifica a consolidação de conhecimento e desenvolvimento de competências neste âmbito. Para tal propus-me: conhecer o protocolo de atuação à pessoa com queimaduras da SIV; rever e analisar a norma nº 022/2012, com atualização de 13/07/2017, “Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto” e a Circular Normativa n.º 2021/16 de 07/09/2021 da DRS, referente à Via Verde do Tratamento das Queimaduras; operacionalizar o protocolo de atuação de queimaduras da SIV, atentando à vigilância primária do ABCDEF; avaliar a gravidade da queimadura, registando no processo clínico a causa e local, extensão e profundidade; proceder à vigilância secundária da pessoa com queimadura mediante identificação da AMPLE (Norma 022/2012 com atualização a 13/07/2017 da DGS ); adotar medidas de prevenção e controle de infeção das zonas de lesão; e colaborar na referenciação para o centro de tratamento de queimados, imediatamente após cuidados de urgência, sempre que tal se justificasse.

Embora tenha vivenciado apenas 3 experiências com vítimas de queimadura durante o meu estágio na SIV, uma delas pareceu-me particularmente merecedora de reflexão, não pela complexidade do caso, em si, mas pelas questões, éticas e deontológicas suscitadas pela gestão do mesmo. O caso em questão diz respeito a uma ativação da SIV, que ocorreu pelas 11h00, para o estabelecimento prisional, para uma pessoa, do sexo masculino, 21 anos, vítima de queimadura após ter ateado fogo ao colchão da cela. Após a receção da chamada e acionamento do meio de emergência, designada pelo SRPCBA (2023) como fase de preparação, dirigimo-nos ao local, onde procedemos à avaliação do local e segurança, tendo verificado que existiam condições de segurança já que a vítima tinha sido extraída da cela e o fogo sido extinto. Uma vez não identificados riscos de segurança potenciais para a vítima, terceiros ou socorrista, uma vez que o sr. tinha sido evacuado da cela pelos próprios meios com ajuda dos guardas prisionais, determinamos o número de vítimas, que era uma, o Sr. M., e categorizámo-la como sendo vítima

de trauma. Uma vez que o Sr. estava consciente, orientado e colaborante, e a comunicar, excluímos a necessidade de Suporte Básico de Vida e avançamos para a avaliação primária, após exclusão de hemorragias exsanguinantes, de acordo com a abordagem xABCDE (x – hemorragia exsanguinante; A - permeabilização da via aérea com controlo da coluna cervical; B -ventilação e oxigenação; C – circulação; D – disfunção neurológica, E – exposição com controle de temperatura) (DGS, 2017; SRPCBA, 2023), sendo que enquanto eu realizava o exame primário, o supervisor clínico procedia à colheita de informação adicional junto dos guarda prisionais. O Sr. M apresentava boa permeabilização da via aérea, não obstante se verificar rouquidão, edema dos lábios e discreto edema da língua, bem como existência de fuligem a nível da cavidade oral, e frequência respiratória de aproximadamente 25 ciclos por minuto. Sem suspeita ou evidência de lesão cervical, apresentava queimadura de grau I no mento, pelo que protelou a colocação do colar cervical. Quando da monitorização cardiorrespiratória, verifiquei que apresentava saturações periféricas de 95% em ar ambiente sendo que se iniciou oxigénio a 100% humidificado por máscara facial, conforme estipulado pela Circular Normativa n.º 2021/16 de 7 de setembro de 2021 da DRS, tendo as saturações revertido para 98%. À auscultação apresentava murmúrio vesicular nos ápices e nas bases, bilateralmente, com alguns roncosp, sem sibilos, sem estridor. Hemodinamicamente estável, embora tendencialmente hipertenso, TA 156/97 mmHg, taquicárdico, frequência cardíaca de 116 batimentos por minuto, com pulso rítmico e fino. Traçado cardíaco disrítmico, de base sinusal, sem alterações de segmento ST. Encontrava-se extremamente queixoso, tendo autoavaliado a sua dor em nível 8 de acordo com a Escala de Avaliação Numérica (EAN) da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Por esta altura tentou-se, sem sucesso, puncionar um acesso periférico, dado o compromisso do património vascular que o Sr. Apresentava, em virtude de ser um toxicodependente em programa de metadona com consumo prévio de heroína. Sem disfunção neurológica aparente, o Sr. M. estava consciente, orientado, com discurso coerente, pupilas isométricas e isorreactivas, sem miose ou midríase, normoglicémico, e sem déficits motores. Observaram-se queimaduras de 1º grau na região frontal e pavilhões auriculares. Foi removida/ cortada roupa que não se encontrava aderente à pele, e exposto o tórax, que se encontrava equiexpansível e equimóvel, e a região dorsal, sendo que ambas apresentavam queimaduras de 1º e 2º grau superficial e profunda, e os membros superiores e inferiores, que apresentavam queimaduras de 1º grau e 2º grau superficial (Norma 022/2012 com atualização de 13 de Julho de 2017). Foi ainda avaliada a temperatura timpânica que era de 38°C. Enquanto o supervisor clínico se focou em tentar puncionar um acesso periférico para administrar terapêutica analgésica e iniciar fluidoterapia, prossegui com a avaliação secundária, recorrendo

à mnemónica AMPLE conforme preconizado pela norma supracitada da DGS e circular normativa da Direção Regional de Saúde, enquanto procedia à irrigação das lesões com soro fisiológico à temperatura ambiente. Perguntei ao Sr. M. se tinha alergias, qual a medicação habitual que fazia, os seus antecedentes clínicos, a hora da última ingestão alimentar e a causa da queimadura, ao que o senhor me respondeu que não tinha alergias, estava sob programa de metadona, mas não sabia indicar a dose, alegou desconhecer antecedentes pessoais, afirmando ter ingerido o pequeno-almoço às 8h30. Disse ainda que tinha ateado fogo propositadamente ao colchão da cela, que é altamente inflamável, não se tendo pronunciado sobre os motivos porque o fez. O Sr. M. acrescentou que demorou a ser resgatado, visto o calor ter dilatado a porta da cela, o que dificultou a sua abertura. Enquanto me respondia às perguntas pedia consecutivamente que lhe administrássemos morfina para dor. Uma vez terminada a avaliação secundária procedeu-se à transmissão da informação ao médico regulador, de acordo com a metodologia ISBAR supracitada, tendo-se sugerido o início de administração de lactato de ringer 500 ml em perfusão, e a administração de 2 mg de morfina, repetindo a cada 5 minutos até dose máxima de 0,2 mg/kg, conforme preconizado na Circular Normativa n.º 2021/16, o que foi prontamente aceite. Após se ter conseguido um acesso venoso periférico 20 gauges administrou-se morfina 2 mg, que se provou pouco eficaz, dada a resistência a opiáceos, pelo que após contacto com médico regulador fez mais 3 mg (bólus inicial de 5 mg), repetindo 2 mg a cada 5 minutos. Porque o principal objetivo da intervenção do enfermeiro no pré-hospitalar é a estabilização da pessoa e o seu rápido transporte até à unidade hospitalar disponível mais adequada à sua situação, iniciou-se a marcha para o hospital enquanto se prosseguiu com o arrefecimento, controlando a temperatura do Sr. que nunca foi inferior a 37.5°C. Muito embora a deslocação até ao hospital fosse de apenas 15 minutos, a obstrução da via aérea podia ocorrer subitamente após a queimadura, pelo que me preocupei em avaliar a permeabilidade da via aérea e a evolução da rouquidão do Sr. M. ao longo do trajeto, até porque o cálculo do índice de Clark (índice que permite a avaliação de lesão inalatória) era superior a 2 (espaço fechado = 1 ponto, rouquidão = 1 ponto, queimadura facial = 1 ponto a avaliação de lesão inalatória), pelo que se equacionou e debateu a necessidade de uma eventual colocação de dispositivo supraglótico até ao procedimento de intubação endotraqueal, se necessário. Durante o trajeto contactou-se o chefe de equipa de urgência para notificar a eventual necessidade de avaliação pela especialidade de otorrinolaringologia. Aproveitou-se o transporte para proceder ao cálculo da superfície corporal queimada em percentagem circular (Circular Normativa n.º 2021/16 de 07/09/2021 da DRS), que era de aproximadamente 20 %, de acordo com a tabela de Lund e Browder (Norma 022/2012 atualizada a 13 julho 2017), com queimaduras de 2º grau superficiais

e profundas, tendo em vista a orientação da administração de fluidoterapia de acordo com o cálculo da fórmula de Parkland no adulto ( $4 \text{ ml} \times \text{Kg} \times \% \text{ área corporal queimada}$ ), o que no caso do Sr. M. era de 6800 ml/dia, 425 ml/h nas primeiras 8 horas, pelo que se ajustou o ritmo da soroterapia, mantendo-se sempre rigorosa monitorização hemodinâmica. Ao longo do trajeto repetiu-se a dose de 2 mg de morfina mais 2 vezes (fez no total 9 mg), tendo a dor cedido de 8 para 4, de acordo com a autoavaliação do senhor, tendo-se constatado uma diminuição paulatina da tensão arterial e frequência cardíaca, que se associou ao controle da dor. Dado o curto trajeto, e a iminência de observação pela cirurgia, e tendo em conta o risco/benefício pelo incremento de dor, optou-se por manter as queimaduras protegidas com compressa esterilizada embebida em soro fisiológico à temperatura ambiente e protegida com lençol de queimados, em detrimento de película aderente de cloreto de polivinil, já que a demora da aplicação permitia a chegada ao hospital.

Durante o transporte tentei por diversas vezes estabelecer uma comunicação terapêutica com o Sr. M, contudo constatei que este era extremamente reservado e evasivo, sempre que abordado. Procurei na altura, partindo do referencial de Jean Watson que refere que cuidar requer um envolvimento profundo ao nível pessoal, social, moral e espiritual, estabelecer uma relação de cuidado que salvaguardasse a humanidade na relação terapêutica e a dignidade do Sr. M. que, enquanto recluso e vítima de trauma, se encontrava agora numa situação de dupla vulnerabilidade. Assim, procurei, partindo daquelas que são as experiências vividas pelo outro e recorrendo a valores humanístico-altruístas, desviar o foco dos meus cuidados do modelo tecnicista, não obstante a profunda preocupação com um iminente compromisso da via aérea, e centrar-me num processo de cuidado mais altruísta, social e espiritual para assim compreender as respostas humanas intersubjetivas do Sr. à sua condição de saúde-doença (Watson 1995, citado por Malta et al, 2023). Comecei por lhe perguntar se gostaria de ligar a alguém a dar conhecimento do sucedido, sendo que me perguntou se eu poderia contactar com a sua mãe, que residia noutra ilha. Disse-lhe que o faria assim que chegássemos ao hospital, sendo que o sr. agradeceu, contando-me como tinha vindo “parar tão longe de casa”. Relatou a história da sua condenação e a partir deste ponto foi-se tornando progressivamente mais colaborante.

De acordo com o artigo 81º do Código Deontológico o enfermeiro tem o dever de “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” bem como de “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus critérios e valores” (OE, 2015), contudo, pessoas como o Sr. M. são frequentemente sujeitas a juízos de valor e atitudes discriminatórias por parte de diferentes elementos da sociedade, inclusive em instituições de saúde, motivo pelo qual adotam atitudes

de defesa que podem comprometer, no caso concreto da Enfermagem, o estabelecimento de relações terapêuticas. Nestes casos, cabe ao enfermeiro valer-se de referenciais teóricos, como sejam os da Teoria de Cuidado Transpessoal de Watson, para cuidar numa dimensão holística que inclua para além das alterações biológicas/fisiológicas e psicológicas, os valores, as necessidades sociais das pessoas e as suas crenças. O recurso a este referencial provou-se particularmente eficaz nesta situação em concreto.

À chegada ao SU, a equipa multidisciplinar, incluindo o especialista de otorrinolaringologia, já se encontrava na sala de emergência, pelo que me preocupei em transmitir a informação segundo a metodologia ISBAR, tendo em vista a garantia da continuidade, qualidade e segurança dos cuidados a ser prestados. Dada a relação estabelecida com o Sr. M., tive oportunidade de acompanhar a sua permanência no SU, tendo ficado francamente surpreendida com a sua transferência para um serviço de internamento de cirurgia em detrimento de UCI ou Unidade de Queimados, uma vez que mantinha edema da língua e lábios, não obstante a administração de corticosteroides na sala de emergência, discreta rabdomiólise, dor de difícil controlo, dado os antecedentes pessoais, bem como queimaduras em mais de 10% da superfície corporal e queimaduras do tórax, que o tornavam particularmente suscetível a infeções, condições que de acordo com a Circular Normativa n.º 2021/16 da DRS devem resultar em referenciação para centro de tratamento de queimados. Porque otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos (Regulamento OE n.º 140/2019 de 6 de fevereiro) é uma das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, preocupei-me em manifestar as minhas preocupações e expor os meus argumentos junto da equipa multidisciplinar que justificou a decisão com a inexistência de vagas na UCI e com a existência de quartos de internamento com condições diferenciadas para queimados, no serviço para onde o Sr. M. seria transferido, garantindo-me que o mesmo seria transferido para a UCI assim que houvesse vaga, já que corria riscos acrescidos se permanecesse por mais tempo no SU. Na altura expliquei esta situação ao Sr., não obstante ele não se manifestar muito preocupado, em parte pelo desconhecimento da gravidade da sua situação.

Acredito que esta experiência me permitiu consolidar competências previamente adquiridas, no âmbito do desenvolvimento de uma prática profissional ética, legal na área de especialidade, da garantia de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e na promoção de um ambiente terapêutico seguro (Regulamento OE n.º 140/2019 de 6 de fevereiro), bem como na prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, na administração de protocolos terapêuticos complexos, na gestão

diferenciada da dor, na gestão da comunicação interpessoal e estabelecimento de relação terapêutica com a pessoa face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde (Regulamento OE n.º 429/2018 de 16 de julho).

### **3.3. CUIDADO COM A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO DE EVACUAÇÕES AÉREAS**

A Unidade de Evacuações Aéreas foi criada pelo despacho normativo n.º 205/95, em virtude da geografia e extensão do território do arquipélago da Região Autónoma dos Açores que implica, conforme a diferenciação da instituição que presta cuidados nas ilhas, a necessidade de evacuação de doentes, em situação de emergência, para as ilhas com unidades de saúde mais diferenciadas, sempre que a unidade de saúde local, não consegue dar resposta. Após atualizações ao despacho supracitado, vigora atualmente o despacho normativo n.º 6/2014 de 28 de março de 2014, que define não só as áreas de intervenção, como também as funções da equipa e sua coordenação, estabelecendo exceções de atuação. A Unidade de Evacuações Aéreas atua a nível regional e tem como objetivo a deslocação e evacuação aérea de doentes entre as Unidades de Saúde da Região Autónoma dos Açores e destas para o continente quando necessário, com apoio da força Aérea Portuguesa, sendo que por evacuação aérea se entende a “a transferência de doentes, com caráter de emergência ... para fora da área geográfica e da capacidade técnico funcional da respetiva unidade de saúde, acompanhados por uma equipa médica” (Despacho Normativo n.º 6/2014 de 28 de março de 2014, p. 1).

A Unidade de Evacuações Aéreas compreende uma equipa de profissionais, constituída por um médico e um enfermeiro, exceto nos casos de evacuações de grávidas/puérperas, em que à equipa acresce um segundo enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, que se organiza de acordo com duas escalas de evacuação, uma que assegura o transporte inter-ilhas de doentes com idade superior a 1 mês (equipa A), e outra que assegura a evacuação entre ilhas de grávidas e neonatos até 1 mês, e das ilhas para o continente (equipa B) (Despacho Normativo n.º 6/2014 de 28 de março de 2014), pelo que esta equipa inclui 4 enfermeiras parteiras. No total a equipa é constituída por 9 médicos e 15 enfermeiros, 10 dos quais especialistas em enfermagem Médico-Cirúrgica, que se encontram distribuídos, de acordo com duas escalas de prevenção, 24 horas por dia, 7 dias da semana, 365 dias por ano, e que são acionados sempre que necessário, sendo que tal se verifica, em média, uma vez por dia. De salientar que nenhum dos profissionais que integra a equipa, trabalha exclusivamente nesta unidade. No que à enfermagem diz respeito, integram este serviço 7 elementos do SU, 5 da Unidade de Cuidados

Intensivos e 3 da equipa de anestesia, existindo um enfermeiro coordenador da equipa.

De acordo com o relatório de contas de 2022 da instituição que integra a Unidade de Evacuação Aérea, foram realizadas 437 evacuações aéreas no ano de 2022 (HSEIT, 2022), sendo esta a Unidade de Evacuações Aéreas com maior atividade assistencial do país. Este foi, de resto, um dos motivos pelo qual seleccionei esta unidade como campo de estágio para alcançar o objetivo de desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família em contexto de evacuação aérea. Foi, portanto, com profundo entusiasmo que tive a oportunidade de realizar cerca de 20 evacuações de doentes com diferentes e múltiplas patologias associadas, em avião (C 295) e helicóptero militar (EH-101 Merlin).

No que concerne ao transporte da pessoa em situação crítica, embora tivesse uma vasta experiência prévia, nomeadamente no resgate e transporte da pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva e técnica de Oxigenação por Membrana Extracorporal, sentia uma enorme curiosidade e interesse pelo transporte aéreo, nomeadamente no que às condições de segurança e adaptações necessárias para a realização do mesmo, atendendo às alterações fisiológicas provocadas pela altitude, variações de pressão, vibração, forças de aceleração e desaceleração, dizia respeito.

De acordo com Cordeiro (2020), existem três vertentes do transporte de pessoa em situação crítica: a primária que diz respeito ao transporte pré-hospitalar; a secundária que consiste no transporte inter-hospitalar, isto é, entre diferentes unidades de saúde; e a terciária que diz respeito ao transporte intra-hospitalar, ou seja, entre serviços da mesma unidade de saúde. Não obstante estas especificidades, existem princípios de tomada de decisão, planeamento e assistência durante o transporte que são comuns, visando a segurança e a melhoria do prognóstico do doente, dado que o transporte aumenta o risco de instabilidade para a pessoa em situação crítica e coloca tanto a pessoa como a equipa numa posição de vulnerabilidade (Alves, 2021). Para se preparar para o transporte, a equipa deve respeitar as 3 fases que o compreendem: a fase de decisão, que implica equacionar o risco/benefício do transporte, tendo em conta eventuais acidentes e/ou agravamento do estado clínico, sendo o enfermeiro, nomeadamente o especialista, chamado a assumir a sua quota de responsabilidade da decisão, tendo em conta os riscos e a segurança da pessoa em situação crítica, à luz da sua competência, situação clínica do doente e evidência científica recente; a fase de planeamento, ocasião em que se determina o tipo de transporte, o melhor trajeto, o equipamento, material (de monitorização, ventilação, bombas e seringas de infusão, etc.) e terapêutica, efetivo e de reserva, a utilizar no transporte, acautelando possíveis complicações, e em que se contacta o serviço a informar da transferência

e respetivos timings da mesma (Cordeiro, 2020; Pavão, 2021), sendo que compete ao enfermeiro nesta fase verificar todo o material e equipamento, e preparar o doente e a família para o transporte (Cordeiro, 2020); e a fase de efetivação que começa quando se dá início ao transporte, e durante a qual a equipa é responsável pela vigilância hemodinâmica, neurológica, ventilatória, entre outros, da pessoa em situação crítica, garantindo a sua estabilidade, sendo que esta fase só termina no momento da transmissão de informação indispensável à continuidade e qualidade dos cuidados à equipa que recebe a pessoa no local de destino (Cordeiro, 2020; Pavão, 2021).

Muito embora o transporte de doentes acarrete sempre riscos, para a pessoa e para os profissionais, em virtude de variáveis como sejam as condições atmosféricas, as condições do terreno e do tipo de transporte, estes são particularmente elevados para a pessoa em situação crítica, dada a sua instabilidade e a necessidade de meios de monitorização e terapêuticos avançados, pelo que esta se encontra particularmente vulnerável a complicações do foro hemodinâmico, respiratório e neurológico, sendo que durante o transporte podem ainda ocorrer incidentes tais como a exteriorização de dispositivos médicos que estejam a garantir suporte vital (Cordeiro, 2020; Pavão, 2021; Ferreira, 2022).

O transporte aéreo, pela sua singularidade, pressupõe um conjunto de especificidades que se relacionam com as alterações fisiológicas provocadas pela altitude, forças de aceleração e desaceleração e variações da temperatura e pressão atmosférica, sendo que as mesmas devem ser acauteladas pelo enfermeiro no momento da efetivação do transporte. O aumento da altitude, por exemplo, resulta na redução da fração inspirada de O<sub>2</sub>, devido à diminuição da pressão atmosférica, o que pode resultar em hipoxemia, que por sua vez pode originar hiperventilação, aumento do débito cardíaco, taquicardia, arritmias, hipotensão ou alterações do estado de consciência. Tal pode ser evitado com recurso a medidas com sejam o reajuste da pressurização da cabine do avião, voar a altitudes mais baixas, ou aumentar a fração de O<sub>2</sub> inspirado (Ferreira, 2022; OM & SPCI, 2023). Já a diminuição da pressão atmosférica, à medida que aumenta a altitude, aumenta a probabilidade de fenómenos como sejam pneumotórax ou pneumoencéfalo e aumento do edema cerebral em doentes com traumatismo crânio encefálico, pelo que todos os espaços fechados com gás devem ser previamente drenados (pneumotórax), sendo que as demais condições podem ser mitigadas voando a baixa altitude ou aumentando a pressurização da cabine. Neste contexto devem ter-se ainda cuidados especiais com dispositivos que contenham ar (cateteres e drenos devem ser colocados em drenagem passiva e *cuffs* dos tubos endotraqueais devem ser insuflados com soro e pode ser necessário recorrer a bombas de perfusão para garantir ritmo de fluidos endovenosos) (Ferreira, 2022; OM & SPCI, 2023). Relativamente às forças de aceleração e desaceleração, estas podem provocar alterações do débito cardíaco e ter impacto

em caso de patologia cardíaca, bem como causar variações na pressão intracraniana, que podem comprometer a perfusão cerebral e/ou levar a alterações do nível de consciência, podem ainda resultar em edema das extremidades, podendo haver necessidade de, por exemplo, abrir talas de imobilização (Ferreira, 2022; OM & SPCI, 2023). O ruído e as vibrações provocados pelas aeronaves também devem ser equacionados, na medida em que não só prejudicam a comunicação entre a equipa, como também podem despoletar ansiedade, medo e até surtos psicóticos em doentes com alterações do foro psiquiátrico, comprometendo a segurança da pessoa e da tripulação, assim o recurso a protetores auriculares pode ser uma solução (Ferreira, 2023). A diminuição da temperatura e humidade, que se acentuam com a altitude, podem ainda evoluir para hipotermia e/ou desidratação das mucosas, resultando, por exemplo, em espessamento de secreções e obstrução de tubos endotraqueais, pelo que uma monitorização adequada da temperatura e recurso a O2 humidificado ou filtro humidificador pode constituir mais-valia (Ferreira, 2022; OM & SPCI, 2023).

Face ao exposto, acredita-se que a obtenção de conhecimentos relativos à fisiologia de voo e suas implicações são cruciais para a tomada de decisão, a prevenção de complicações e a garantia da segurança quando do transporte de pessoa em situação crítica por meio aéreo, até porque permite a utilização de uma linguagem comum entre a tripulação de voo, nomeadamente os pilotos, e a equipa multiprofissional de saúde, criando sinergias que beneficiam a pessoa em situação crítica. Assim, procurei mobilizar e ter presentes os princípios inerentes à fisiologia de voo acima abordados, sempre que integrei a equipa de evacuações aéreas.

O estágio na Unidade de Evacuações Aéreas foi, para mim, muito além das expectativas. Enquanto acérrima defensora do Serviço Nacional de Saúde e dos valores a ele inerentes, nomeadamente o da universalidade e equidade no acesso a cuidados de saúde, sempre me perguntei se a insularidade não constituiria um entrave ao alcance destes direitos dos cidadãos, consagrados na constituição. Foi com profundo orgulho que verifiquei que, nos Açores, a prática avançada de enfermagem contribui inequivocamente para o alcance deste objetivo, em contexto de insularidade, na medida em que a autonomia e o envolvimento dos enfermeiros na tomada de decisão contribuem para a agilização de processos, a promoção da eficácia, eficiência, qualidade e segurança. Exemplo disso foi a minha integração na equipa, e a utilização das minhas competências, em situações em que a evacuação atempada de mais do que um doente em simultâneo impunha a necessidade de mais de um enfermeiro para a realização de ambos os transportes, já que era necessário que um enfermeiro se deslocasse do aeródromo ao hospital com um doente, enquanto o segundo teria que permanecer na pista, dentro do avião, com o segundo doente, garantindo a sua segurança, e a sua estabilidade hemodinâmica, e suprimindo

eventuais necessidades de cuidados, até que a equipa regressasse ao avião para dar seguimento à segunda evacuação. Esta medida, aceite pela equipa médica após sugestão da equipa de enfermagem, e discutida com a Força Aérea, permitiu sinergias que resultaram em economias de escala, na medida em que se poupou um voo, e na celeridade de um processo que teria sido francamente mais moroso, roubando tempo precioso e vital a uma das pessoas que necessitava de transporte célere. De referir que a liderança implementada na Unidade de Evacuações Aéreas é a situacional (Silva et al., 2014), dada a necessária flexibilidade para liderar em diferentes contextos e situações, de acordo com a maturidade e desenvolvimento dos intervenientes no transporte, que são vários, e que exercem nos mais diferentes e variados campos de atuação.

A comunicação no transporte da pessoa em situação crítica é absolutamente determinante para a segurança e a garantia da qualidade e continuidade dos cuidados, pelo que não só deve ser assegurada entre a equipa de transporte e os profissionais que participam nas diversas fases do mesmo (Cordeiro, 2020), como sempre e no momento da transição de cuidado, preferencialmente recorrendo a ferramentas de padronização e normalização como seja o ISBAR (DGS, 2017). Ao longo da realização dos diferentes estágios, Serviço de Urgência, SIV, Unidade de Evacuações Aéreas, um dos denominadores comuns que encontrei nas equipas que integrei foi a não utilização da ferramenta de comunicação ISBAR quando da transferência de informação entre profissionais de saúde, não obstante o recurso à metodologia ABCDE na sistematização do raciocínio no momento da transferência de informação entre profissionais. Num momento de reflexão com os colegas, estes referiram já ter havido tentativas de implementação do ISBAR como ferramenta de transferência de informação, sendo que as mesmas não tiveram sucesso, em parte porque o instrumento criado para o efeito, “folha de transmissão de informação ISBAR” era extenso e pouco intuitivo. Também o enfermeiro gestor referiu resistência à implementação da metodologia ISBAR, não só a nível destes serviços como a nível institucional, questionando-me acerca de eventuais estratégias a utilizar para viabilizar a implementação do mesmo, uma vez que o utilizo invariavelmente na transição de cuidados, sempre e na transmissão/transferência de informação entre profissionais. Foi neste contexto que me propus elaborar um instrumento orientador para os momentos de transição de cuidados (passagens de turno /transferência de doentes), tendo em vista a simplificação do instrumento existente<sup>19</sup>, evidenciando, nomeadamente através de exemplo, que o ISBAR contribui para a “ (...) rápida tomada de decisões, promove o pensamento crítico, diminui o tempo na transferência de informação e promove a rápida integração dos novos profissionais (...)” (DGS, 2017, p. 6).

---

<sup>19</sup> Vide apêndice XIV - Tabela ISBAR para utilização na Passagem de Turno/Ocorrências/Transferência

Na sequência desta intervenção, foi-me formulado um convite para palestrar nas IV Jornadas de Enfermagem Cirúrgica dos Açores, a 24 de maio, com o tema: "Metodologia ISBAR, à voz da experiência"<sup>20</sup>, tendo em vista a sensibilização não só das equipas do Serviço de Urgência, SIV, e /Unidade de Evacuações Aéreas, como também dos demais enfermeiros que integram a instituição.

Terminado este estágio acredito ter alcançado o objetivo inicialmente definido e ter desenvolvido e consolidado competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica, nomeadamente no âmbito da prestação de cuidados a pessoas a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, promovendo a segurança enquanto colaborava na mobilização e gestão de recursos, assegurando meios de evacuação e transporte em situações de emergência, exceção e catástrofe, conforme preconizado no Regulamento n.º 429/2018 da OE.

Uma vez concluído o capítulo relativo ao desenvolvimento de competências, que se focou na análise crítica e reflexiva das experiências vividas nos diferentes campos de estágio e no seu contributo para a aquisição da proficiência que caracteriza o enfermeiro especialista, importa agora concluir o presente relatório.

---

<sup>20</sup> Vide Anexo IV - Certificado de Palestrante nas IV Jornadas de Enfermagem Cirúrgica dos Açores, a 24 de maio, com o tema: "Metodologia ISBAR, à voz da experiência"

#### **4. CONCLUSÃO**

O presente relatório é o culminar de um percurso formativo, realizado ao longo do 16º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, realizado na Escola de Enfermagem de Lisboa da Universidade Católica.

O mesmo propôs-se evidenciar e refletir de forma crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas e as experiências vividas na prática clínica, nos diferentes contextos de estágio, que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas, relacionais e humanas de mestre e especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família, conforme estabelecido pelos Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 429/2018 e pelo Decreto-lei n.º 65/2018.

O alinhamento dos locais de estágio selecionados, Serviço de Urgência, SIV e Unidade de Evacuações Aéreas, obrigou à consulta frequente e atempada de evidência científica recente, tendo em vista a otimização da prestação de cuidados nos diferentes contextos e o exercício de uma prática baseada na evidência, o que proporcionou a mobilização de conhecimentos, diversificação de experiências e oportunidades que permitiram, através da prática reflexiva à luz das teorias de Enfermagem, desenvolver e consolidar competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista, o que creio ter demonstrado através da partilha das experiências vividas.

A avidez com que procurei adquirir novos conhecimentos, otimizar e integrar os diferentes estágios com o intuito de apreender a realidade do exercício da Enfermagem Especializada junto de populações consideradas vulneráveis, em virtude das condições geográficas da zona onde residem, resultou no contacto com diversas realidades e protocolos de atuação, o que potenciou o desenvolvimento de competências de especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família a vivenciar processos complexos de doença crítica, a dinamização de respostas em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a conceção à ação, e ainda maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil.

De realçar que o modo caloroso como fui acolhida pela equipa multiprofissional, facilitou e possibilitou a integração e colaboração com todos os elementos da mesma, desde o pré-hospitalar, SU até ao transporte do doente crítico, e viabilizou o meu contributo para a tomada

de decisão, permitindo ainda *inputs* no âmbito da formação e da qualidade, que promoveram sinergias, que considero terem resultado em mais-valias para ambas as partes.

Ao longo do documento procurei ainda evidenciar as competências de mestre adquiridas, partilhando para o efeito os resultados da revisão de eficácia realizada, que versou sobre o contributo da prática especializada na prestação de cuidados ao doente crítico, e que pretendeu contribuir para o colmatar de uma lacuna há muito identificada, que é a escassez de evidência relativa ao contributo dos enfermeiros de prática avançada, cujos congéneres em Portugal são os enfermeiros especialistas, nos *outcomes*/resultados em saúde, e que pode, em parte, fragilizar a imagem social e comprometer/limitar a sua prática. Busquei ainda divulgar os resultados da mesma, consolidando competências de comunicação científica.

Posto isto, acredito ter atingido com sucesso os objetivos a que me propus no início do estágio e no início do presente relatório visto ter demonstrado, através da análise crítico reflexiva, a aquisição das competências de enfermeiro especialista e mestre indispensáveis ao exercício da prática especializada em Enfermagem Médico-cirúrgica na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agewall, S., Antunes, M., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., Caforio, A., Crea, F., ... Vranckx, P. (2017). Recomendações de 2017 da ESC para o tratamento do enfarte agudo do miocárdio em doentes com elevação do segmento-ST. *Sociedade Portuguesa de Cardiologia*. [https://spc.pt/profissional-de-saude/wp-content/uploads/1.EAM\\_STEMI-2017.pdf](https://spc.pt/profissional-de-saude/wp-content/uploads/1.EAM_STEMI-2017.pdf)
2. Alves, F. (2021). *Dificuldades percebidas pelos enfermeiros durante o transporte do doente crítico*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Bragança]. <http://hdl.handle.net/10198/23701>
3. Aromataris, E., Munn, Z. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. Australia: JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>
4. Benner, P. (2001). De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Artmed.
5. Bobadilla, R. V. (2016). Acute coronary syndrome: Focus on antiplatelet therapy. *Critical Care Nurse*, 36(1), 15–27. doi: <https://doi.org/10.4037/ccn2016497>
6. Boman, E., Duvaland, E., Gaarde, K., Leary, A., & Fagerström, L. (2020). Implementation of advanced practice nursing for orthopaedic patients in the emergency care context - A study protocol for outcome studies. *Journal of advanced nursing*, 76(4), 1069–1076. <https://doi.org/10.1111/jan.14299>
7. Bown, M. J., & Sutton, A. J. (2010). Quality control in systematic reviews and meta-analyses. *European journal of vascular and endovascular surgery*, 40(5), 669-677. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2010.07.011>
8. Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Browne, G., & Pinelli, J. (2004). Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *Journal of advanced nursing*, 48(5), 519-529.
9. Campbell, J., Dussault, G., Buchan, J., Pozo-Martin, F., Guerra, M. G., Leone, C., Siyam, A., & Cometto, G. (2014). A universal truth: No health without a workforce [Forum Report, Third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil]. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization. [http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWAa\\_universal\\_truth\\_report.pdf?ua=1](http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWAa_universal_truth_report.pdf?ua=1)
10. Canadian Nurses Association. (2019). *Advanced practice nursing: a pan-Canadian framework*. <https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/apn-a-pan-canadian-framework.pdf>
11. Carney, M. (2016). Regulation of advanced nurse practice: its existence and regulatory dimensions from an international perspective. *Journal of Nursing Management*, 24(1), 105-114

12. Casey, M., O'Connor, L., Cashin, A., Smith, R., O'Brien, D., Nicholson, E., O'Leary, D., Fealy, G., McNamara, M., Glasgow, M. E., Stokes, D., & Egan, C. (2017). An overview of the outcomes and impact of specialist and advanced nursing and midwifery practice, on quality of care, cost and access to services: A narrative review. *Nurse education today*, 56, 35–40. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.004>
13. Coelho, A. R. N., Soares, A. D. C., & Torres, A. R. N. (2022). Determinantes da adesão dos enfermeiros aos equipamentos de proteção individual no serviço de urgência: Scoping review. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1).
14. Collet, JT., Mueller, C., Valgimigli, M., Andreotti, F., Bax, J., Borger, M. ... Windecker, S. (2015). *Recomendações de 2015 da ESC para o tratamento das síndromes coronárias agudas em doentes que não apresentam elevação persistente do segmento-ST*. Sociedade Portuguesa de Cardiologia.
15. Colligan M, Collins C, Foley B, Jones P, Miles J, Zeng I. Emergency nurse practitioners: do they provide an effective service in managing minor injuries, compared to emergency medicine registrars? *The New Zealand medical journal*, 124(1344), 74–80.
16. Cordeiro, A. (2020). A promoção da segurança no transporte inter-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica: uma intervenção especializada de Enfermagem [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10400.26/37315>.
17. Costa, M., & Gonçalves, D. C. (2021). O Equilíbrio entre a Arte do Cuidar e a Enfermagem como Ciência: Uma Perspetiva Histórica. *Lusiadas Scientific Journal*, 2(2), 62-64.
18. Cruz, C. (2017). Práticas e conhecimentos dos Enfermeiros de Serviço de Urgência na recolha e manutenção de provas forenses [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]
19. Cunha, C., Macedo, A., Vieira, I. (2017). Perceções dos estudantes de enfermagem sobre os processos formativos em contexto de ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência Série IV - n. ° 12*, 65-74. <https://doi.org/10.12707/RIV16072>
20. Decreto-Lei n. ° 65/2018. Diário da República I Série. 157 (16-08-2018) 4147-4182. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
21. Delamair, M. L., & LaFortune, G. (2010). Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries. *OECD Health Working Papers, No. 54*, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>
22. De Raeve, P., Davidson, P. M., Bergs, J., Patch, M., Jack, S. M., Castro-Ayala, A., ... & Preston, W. (2024). Advanced practice nursing in Europe—Results from a pan-European survey of 35 countries. *Journal of advanced nursing*, 80(1), 377-386.
23. Despacho Normativo n. ° 6/2014 de 28 de março de 2014. Jornal Oficial dos Açores 1.ª série. 39

- (28/03/2014) 2368. <https://jo.azores.gov.pt/api/public/ato/a8aa0354-7769-4f47-a181-1fb56d5ce5c7/pdfOriginal>
24. Despacho Normativo N° 205/1995 de 14 de setembro de 1995. Jornal Oficial dos Açores 1.ª série. 37 (14/09/1995) 645. <https://jo.azores.gov.pt/api/public/ato/9441d55e-33ef-4e2e-bec0-3ecbe4b8f631/pdfOriginal>
  25. DiCenso, A., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., Bourgeault, I., Kilpatrick, K., Donald, F., Kaasalainen, S., Harbman, P., Carter, N., Kioke, S., Abelson, J., McKinlay, R. J., Pasic, D., Wasyluk, B., Vohra, J., & Charbonneau-Smith, R. (2010). Advanced practice nursing in Canada: overview of a decision support synthesis. *Nursing leadership (Toronto, Ont.)*, 23 Spec No 2010, 15–34. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2010.22267>
  26. Direção Geral da Saúde. (2001). Rede de Referência Hospitalar (RRH) de Urgência/Emergência, Portugal, ISBN 972-9425-99. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia\\_Emergencia\\_2001.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf)
  27. Direção Geral de Saúde. (2017). Norma n° 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
  28. Direção Geral de Saúde. (2017). Norma n° 022/2012 de 26/12/2012 atualizada a 13/07/ 2017. Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto. Direção Geral de Saúde. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/08/Abordagem-Hospitalar-das-Queimaduras-em-Idade-Pedi%C3%A1trica-e-no-Adulto.pdf>
  29. Direção Regional de Saúde. (2021). Circular Normativa n° 2021/16 de 07/09/2021. Via verde do tratamento das Queimaduras. Direção Regional de Saúde. [https://portal.azores.gov.pt/documents/37408/2612889/Circular%2Bnormativa+2021\\_16+Via%2BVerde%2Bdo%2BTratamento%2Bdas%2BQueimaduras%2B%28VVTQ%29\\_signed.pdf/d324db66-066b-7b80-3683-867eb9b97184?t=1631094973011](https://portal.azores.gov.pt/documents/37408/2612889/Circular%2Bnormativa+2021_16+Via%2BVerde%2Bdo%2BTratamento%2Bdas%2BQueimaduras%2B%28VVTQ%29_signed.pdf/d324db66-066b-7b80-3683-867eb9b97184?t=1631094973011)
  30. Donaldson, A. E. (2020). New Zealand emergency nurses knowledge about forensic science and its application to practice. *International emergency nursing*, 53, 100854.
  31. Dumarde, L., Bonela, L., Guimarães, S., Carvalho, R., Junior, R. & Delecrode, T. (2022). Enfermagem forense em urgência e emergência: uma nova perspectiva de abordagem. *Global Academic Nursing Journal*, 3(Sup. 3), e296-e296.
  32. Egerod, I., Kaldan, G., Nordentoft, S., Larsen, A., Herling, S. F., Thomsen, T., Endacott, R., & INACTIC-group (2021). Skills, competencies, and policies for advanced practice critical care nursing in Europe: A scoping review. *Nurse education in practice*, 54, 103142. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103142>

33. European Nursing Research Foundation (ENRF). (2022). *Advanced practice nursing (APN)*. ENRF Policy Brief Issue 4: September 2022. <https://www.enrf.eu/wp-content/uploads/2022/10/ENRF-Evidence-Based-Policy-Brief-on-Advanced-Practice-Nursing.pdf>
34. Feetham, J. E., Christian, W., Bengier, J. R., Hoskins, R., Odd, D., & Lyttle, M. D. (2015). Paediatric ED reattendance rates: Comparing nurse practitioners and other clinicians. *Emergency Medicine Journal*, 32(5), 379–382.
35. Ferreira, C. (2018). *Conhecimento dos Enfermeiros sobre Práticas Forenses* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu). Repositório científico do Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/5061>
36. Ferreira, P. (2022). *Competências especializadas no cuidar do doente crítico: Do transporte terrestre às evacuações aéreas* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny). <http://hdl.handle.net/10400.26/43711>
37. Frisch, S. O., Brown, J., Faramand, Z., Stemler, J., Sejdić, E., Martin-Gill, C., Callaway, C., Sereika, S. M., & Al-Zaiti, S. S. (2020). Exploring the complex interactions of baseline patient factors to improve nursing triage of acute coronary syndrome. *Research in nursing & health*, 43(4), 356–364. <https://doi.org/10.1002/nur.22045>
38. Fronteira, Inês, Jesus, Élvio Henriques, & Dussault, Gilles. (2020). Nursing in Portugal in the National Health Service at 40. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25 (1), 273-282. <https://www.scielo.br/j/csc/a/f8GCMBRFPtzytz5htNnSgvH/?format=pdf&lang=en>
39. Fundação Francisco Manuel dos Santos (2023). Crimes registados pelas polícias por mil habitantes em Portugal. PORDATA – *Justiça e Segurança. Crimes por município*. <https://www.pordata.pt/municipios/crimes+registados+pelas+policias+por+mil+habitantes-995>
40. Fukuda, T., Sakurai, H., & Kashiwagi, M. (2020). Impact of having a certified nurse specialist in critical care nursing as head nurse on ICU patient outcomes. *PloS One*, 15(2), e0228458. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228458>
41. Gomes, C.I.D.A. (2016). *Preservação dos vestígios forenses: conhecimentos e práticas dos Enfermeiros do Serviço de Urgência e/ou Emergência*. (Dissertação de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/81407>
42. Grupo Português de Triagem (2023). *Sistema de Triagem de Manchester*. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
43. Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2013). *Advanced practice nursing: An integrative approach* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Health Sciences. Saunders.
44. Hardway, J., Lucente, F. C., Crawford, A. T., Jarrouj, A., & Samanta, D. (2023). Impact of the 24/7

- nurse practitioner model on emergency department stay at a level 1 trauma center: A retrospective study. *Journal of Clinical Nursing*, 32(3-4), 517-522. <https://doi.org/10.1111/jocn.16277>
45. Henriques, C., Santos, P., & Frade, J. (2021). Enfermagem avançada–Conceptualização através de grupos focais. *New Trends in Qualitative Research*, 8, 138-144.
  46. Hibbert, D., Aboshaiqah, A. E., Sienko, K. A., Forestell, D., Harb, A. W., Yousuf, S. A., Kelley, P. W., Brennan, P. F., Serrant, L., & Leary, A. (2017). Advancing Nursing Practice: The Emergence of the Role of Advanced Practice Nurse in Saudi Arabia. *Annals of Saudi medicine*, 37(1), 72–78. <https://doi.org/10.5144/0256-4947.2017.72>
  47. Instituto Nacional de Emergência Médica e Departamento de Formação em Emergência Médica. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida* (1.a).
  48. International Council of Nurses (ICN). (2020). *Guidelines on advanced practice nursing*. Geneva, Switzerland. ISBN: 978-92-95099-71-5.
  49. International Council of Nurses- ICN. (2018). *Nurse Practitioner / Advanced Practice Nursing Network: Definition and characteristics of the role: International AANP*. Retrieved from <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles>
  50. International Council of Nurses. (2020). *Guidelines on advanced practice nursing*. Geneva: ICN. [https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN\\_APN%20Report\\_EN\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf)
  51. Jamieson, L., & Williams, L. M. (2002). Confusion prevails in defining 'advanced' nursing practice. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 9(4), 29–33. [https://doi.org/10.1016/s1322-7696\(08\)60431-x](https://doi.org/10.1016/s1322-7696(08)60431-x)
  52. Joanna Briggs Institute (JBI). (2013). *JBI Levels of Evidence*. [https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence\\_2014\\_0.pdf](https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf)
  53. Jennings, N., Gardner, G., O'Reilly, G., & Mitra, B. (2015). Evaluating emergency nurse practitioner service effectiveness on achieving timely analgesia: a pragmatic randomized controlled trial. *Academic Emergency Medicine*, 22(6), 676-684.
  54. King, R., Tod, A., & Sanders, T. (2017). Development and regulation of advanced nurse practitioners in the UK and internationally. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 32(14), 43–50. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10858>
  55. Kleinpell, R., Scanlon, A., Hibbert, D., DeKeyser Ganz, F., East, L., Fraser, D., Kam Yuet Wong, F., & Beauchesne, M. (2014). Addressing Issues Impacting Advanced Nursing Practice Worldwide. *Online journal of issues in nursing*, 19 (2), 5.
  56. Kreeftenberg, H. G., Pouwels, S., Bindels, A. J. G. H., de Bie, A., & van der Voort, P. H. J. (2019). Impact of the Advanced Practice Provider in Adult Critical Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Critical care medicine*, 47(5), 722–730.

<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003667>

57. Kroezen, M., Dussault, G., Craveiro, I., Dieleman, M., Jansen, C., Buchan, J., Barriball, L., Rafferty, A. M., Bremner, J., & Sermeus, W. (2015). Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research. *Health Policy, 119*(12), 1517–1528.
58. Le Boterf, G. (2015). A competência profissional dos enfermeiros. Um estudo em hospitais portugueses. *Revista Infad de Psicología*. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331>
59. Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. *Ordem dos Enfermeiros*.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem\\_inescte\\_cabril2018.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescte_cabril2018.pdf)
60. Malta, H. F., Fernandes, I. M., Santos, E., Baptista, R., Pereira, M. A., & Parente, P. (2023). A Comunicação de Más Notícias perspetivada segundo Meleis e Watson: uma Revisão Narrativa. *Servir, 2*(04), e28390.
61. Maier, C., L. Aiken & Busse R. (2017). Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. *OECD Health Working Papers, No. 98*. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/a8756593-en>.
62. Meleis, A. I. (2010). Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. In S. P. Company (Ed.), *Foundations of Art Therapy Supervision: Creating Common Ground for Supervisees and Supervisors*.
63. Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins.
64. Morita, K., Matsui, H., Yamana, H., Fushimi, K., Imamura, T., & Yasunaga, H. (2017). Association between advanced practice nursing and 30-day mortality in mechanically ventilated critically ill patients: A retrospective cohort study. *Journal of critical care, 41*, 209–215.  
<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.05.025>
65. Mota, E. M., Cunha, M., & Santos, E. (2021). Cuidados de enfermagem forense: uma análise dos conhecimentos e práticas de enfermeiros portugueses. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health, (9e)*, 149-160.
66. Moxham, L., & McMahon-Parkes, K. (2020). An evaluation of the impact of advanced nurse practitioner triage and clinical intervention for medically expected patients referred to an acute National Health Service hospital. *Journal of clinical nursing, 29*(19-20), 3679–3686.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.15392>

67. Munn, Z., Barker, T., Moola, S., Tufanaru, C., Stern, C., McArthur, A., Stephenson, M., & Aromataris, E. (2020). Methodological quality of case series studies: An introduction to the JBI critical appraisal tool. *JBIC Evidence Synthesis*, 18(10), 2127-2133.  
<https://doi.org/10.11124/JBISIR-D-19-00099>
68. Nash, K., Zachariah, B., Nitschmann, J., & Psencik, B. (2007). Evaluation of the fast track unit of a university emergency department. *Journal of emergency nursing*, 33(1), 14–90.  
<https://doi.org/10.1016/j.jen.2006.08.003>
69. Newhouse, R. P., Stanik-Hutt, J., White, K. M., Johantgen, M., Bass, E. B., Zangaro, G., Wilson, R. F., Fountain, L., Steinwachs, D. M., Heindel, L., & Weiner, J. P. (2011). Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. *Nursing economic*, 29(5), 230–251.
70. Nuñez, D., Gouveia, J., Sousa, J. P. A., Paiva, J. A., Bento, L., Moreira, P., & Araújo, R. (2020). Atualização da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência Medicina Intensiva. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/RNERH\\_Medicina-Intensiva\\_v2020.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/RNERH_Medicina-Intensiva_v2020.pdf)
71. O'Mahony, S., Johnson, T. J., Amer, S., McHugh, M. E., McHenry, J., Fosler, L., & Kvetan, V. (2017). Integration of palliative care advanced practice nurses into intensive care unit teams. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 34(4), 330-334.
72. OCDE, Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. (2021). *Portugal: Perfil de Saúde do País 2021*. In: Estado da Saúde na UE: OCDE. Bruxelas: OESPS.
73. Olímpio, J. D. A., Araújo, J. N. D. M., Pitombeira, D. O., Enders, B. C., Sonenberg, A., & Vitor, A. F. (2018). Prática Avançada de Enfermagem: uma análise conceitual. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31, 674-680.
74. Oliveira, C. (2023). O conhecimento dos Enfermeiros do extra-hospitalar sobre preservação de provas forenses. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa]. Repositório Comum <http://hdl.handle.net/10400.26/48444>
75. Ordem dos Enfermeiros. (2008). DOR. Guia orientador de boa prática. (Ordem dos).  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
76. Ordem dos Enfermeiros (2022) – *Estatística de Enfermeiros*.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
77. Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico* (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro).  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
78. Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, *Diário da República*

- n.º 26/2019, 2ª série – 06 de fevereiro de 2019. *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*, 4744 – 4750.  
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
79. Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023). Transporte de doentes críticos adultos: recomendações 2023. [https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI\\_OM-III-2023.pdf](https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI_OM-III-2023.pdf)
  80. Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *International Journal of Surgery*, 88, 105906.
  81. Pavão, S. (2021). Transporte do Doente Crítico. In N. Coimbra (Coord.). *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 98-106). Lidel
  82. Portugal. Ministério da Saúde. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2022, 8 de setembro). *Despacho n.º 10901/2022. Diário da República*, Série II, 174, 93-99.
  83. Pulcini, J. 2009. Advanced practice nursing: Moving beyond the basics. In A. Barker, (Ed.), *Advanced Practice Nursing: Essential Knowledge for the Profession* (pg. 23-30). [http://samples.jbpub.com/9781449665067/Chapter\\_2.pdf](http://samples.jbpub.com/9781449665067/Chapter_2.pdf)
  84. Queirós, P. (2015). The knowledge of expert nurses and the practical-reflective rationality. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 33(1), 83–91. <https://doi.org/10.17533/udea.ice.v33n1a10>
  85. Queirós, P. (2017). Editorial: Enfermagem de Prática Avançada. Ir ao cerne da questão. *Revista Investigação em Enfermagem*, 18(2), 7-9.
  86. Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, *Diário da República*, 2.a série – N.º. 135 – 16 de julho de 2018 19359 (2018). <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
  87. Ribeiro, F. (2015, November 1). Just News. *Triagem Telefónica de Manchester nos Açores permite uma melhor gestão de recursos*. <https://justnews.pt/noticias-pdf/noticias-pdf/?url=triagem-telefonica-de-manchester-nos-aco-res-permite-uma-melhor-gestao-de-recursos>
  88. Ribeiro, O., Martins, M. M., Tronchin, D., & Silva, J. (2018). Professional nursing practice grounded in the theoretical framework of the discipline: Reality or utopia. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(19), 39-48.
  89. Roche, T. E., Gardner, G., & Jack, L. (2017). The effectiveness of emergency nurse practitioner service in the management of patients presenting to rural hospitals with chest pain: a multisite prospective longitudinal nested cohort study. *BMC health services research*, 17(1), 445. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2395-9>

90. Sa, W., Shuihong, C., Jingfen, J., Mao, Z., Zhiting, G., Danping, Y., Chang, H., & Yuwei, W. (2023). The effect of trauma advanced practice nurse programme at a Level I regional trauma centre in mainland China. *Nursing open*, 10(9), 6559–6565. <https://doi.org/10.1002/nop2.1911>
91. Salvage, J. (2018). Uma nova história da enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(17), 3-12.
92. Santos, J. (2023). Enfermagem avançada: recordar o passado, apreciar o presente e perspetivar o futuro. *Pensar Enfermagem*, 27(1), 84-91.
93. Santos, P. M. C. D. (2020). Programa de reeducação funcional respiratória no doente crítico submetido a ventilação não invasiva [Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo].
94. Schober, M., Lehwaldt, D., Rogers, M., Steinke, M., Turale, S., Pulcini, J., Roussel, J., & Stewart, D. (2020). Guidelines on advanced practice nursing. *International Council of Nurses*. [https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN\\_APN%20Report\\_EN\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf)
95. Sebastián, C. G., Sequeiros, M. A., Ruiz, J. M. M., & Gómez, J. L. Z. (2021). Emergency department treatment protocol for the patient with ST-segmentelevation acute coronary syndrome. *Medicine (Spain)*, 13(38), 2203–2206. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.med.2021.07.006>.
96. Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores. (2023). *Serviço SIV Açores*. <https://www.prociv.azores.gov.pt/emergencia-medica/servico-siv/>
97. Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores. (2023). *Linha de Saúde Açores*. <https://www.prociv.azores.gov.pt/emergencia-medica/linha-de-saude/>
98. Silva, D. M. da, & Silva, E. M. V. B. (2016). Ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, (30), 103–119. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8437>
99. Silva, D. S., Bernardes, A., Gabriel, C. S., Rocha, F. L. R., & Caldana, G. (2014). A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. *Revista eletrónica de Enfermagem*, 16(1), 211-9.
100. Sousa, N., de Abreu, L., Araújo, E., Torres, R., de Freitas, M., & Guedes, M. (2019). Nursing and science: a reflection about its consolidation. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 13(3):839-843.
101. Torrens, C., Campbell, P., Hoskins, G., Strachan, H., Wells, M., Cunningham, M., Bottone, H., Polson, R., & Maxwell, M. (2020). Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review. *International journal of nursing studies*, 104, 103443. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103443>
102. Tufanaru, C., Munn, Z., Aromataris, E., Campbell, J., & Hopp, L. (2020). Systematic reviews

- of effectiveness. In Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Eds.), *JBIManual for Evidence Synthesis*. JBI; 2024.
103. Watson, J. (2002). *ENFERMAGEM*. Ciência Humana e cuidar. Uma Teoria de Enfermagem.
104. Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boulder, Colorado: University Press of Colorado
105. Watson, J. (2012). *Human caring science: A theory of nursing*. (2nd ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning
106. White, J. (2014). Through a socio-political lens: The relationship of practice, education, research, and policy to social justice. In *Philosophies and Practices of Emancipatory Nursing* (pp. 298-308). Routledge.
107. WHO Regional Office for Europe. (2010a). *Portugal health system performance assessment*.
108. Woo, B. F. Y., Lee, J. X. Y., & Tam, W. W. S. (2017). The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Human resources for health*, 15(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0237-9>

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I - Protocolo de Revisão Sistemática de Literatura**

## **PROTOCOLO DE REVISÃO**

### **1. Título:**

“Prática Avançada ao Serviço do Doente Crítico – um Protocolo de Revisão de Eficácia”

### **2. Questão de Revisão:**

Qual é o contributo do enfermeiro de prática avançada na prestação de cuidados ao doente crítico?

### **3. Objetivos:**

Sintetizar a melhor evidência disponível sobre qual o impacto da Prática Avançada de Enfermagem na qualidade dos cuidados, nos resultados clínicos, na satisfação do doente e nos custos, na prestação de cuidados ao doente crítico adulto em contexto de urgência/emergência e em Unidades de Cuidados Intensivos.

### **4. Introdução:**

Nos últimos anos temos vindo a assistir a um aumento significativo no número de Enfermeiros Especialistas em Portugal (Lopes, Gomes & Almada-Lobo, 2018), nomeadamente na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2022). Contudo, a evidência relativa ao contributo dos Enfermeiros Especialistas nos outcomes/resultados em saúde em Portugal é parca, pelo que é difícil determinar o contributo que estes enfermeiros têm em termo de ganhos em saúde e acessibilidade a cuidados. Dada a escassez de evidencia nacional procurar-se-á, através da realização de uma revisão sistemática de eficácia da literatura internacional, explorar o potencial impacto do papel do Enfermeiro Especialista na prestação de cuidados ao doente crítico.

### **5. Critérios de Inclusão e Exclusão:**

Por se tratar de uma revisão de estudos de evidência de eficácia, a questão de revisão e os critérios de inclusão de estudos seguirão a mnemónica PICO de acordo com as recomendações da JBI: “P” – doente em situação crítica (>18 anos) internada em contexto de urgência/emergência e/ou UCI; “I” – qualquer intervenção realizada pelos Enfermeiros de Prática Avançada (nurse practioners, clinical nurse specialists, nurse specialist) em contexto de prestação de cuidados; “C” - intervenção versus a não intervenção do Enfermeiros de Prática Avançada; “O” – eficácia da intervenção realizada pelos Enfermeiros de Prática Avançada nos resultados clínicos, qualidade dos cuidados prestados, satisfação dos doentes e impacto nos custos.

Serão considerados estudos experimentais, quase experimentais, com grupo controlo, estudos pré e pós intervenção, redigidos em língua portuguesa, inglesa e castelhana, publicados entre

janeiro de 2017 e setembro de 2023, tendo em vista a obtenção de evidência recente, e cujo texto integral se encontre disponível gratuitamente.

Serão excluídos estudos secundários e estudos cujos *outcomes* não sejam atribuídos a intervenções realizadas exclusivamente por Enfermeiros de Prática Avançada já que se pretendia averiguar o contributo da Prática Avançada de Enfermagem per si.

#### *Critérios de Elegibilidade*

| <b>Critérios de Elegibilidade</b> | <b>Critérios de Inclusão</b>                                                                                                                                                                                                                     | <b>Critérios de Exclusão</b>                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>População</b>                  | Pessoas adultas (idade igual ou superior a 18 anos), em situação crítica, isto é, atendidas, admitidas ou internadas em contexto de Pré-Hospitalar, Serviço de Urgência ou Unidade de Cuidados Intensivos                                        | Crianças (idade igual ou inferior a 18 anos);<br><br>Que não tenham sido atendidas, admitidas ou internadas em contexto de SU, UCI e/ou Pré-Hospitalar                                                                                           |
| <b>Intervenção</b>                | Qualquer intervenção realizada por enfermeiros de prática avançada ( <i>nurse practioners, clinical nurse specialists, nurse specialist</i> ) em contexto de prestação de cuidados ao doente crítico (Pré-hospitalar, Serviço de Urgência, UCI). | Estudos em que não seja possível atribuir os resultados exclusivamente às intervenções realizadas pelos enfermeiros de prática avançada.<br><br>Estudos que analisaram os serviços prestados por <i>advance practioners</i> que não enfermeiros. |
| <b>Comparador</b>                 | Intervenção dos enfermeiros de prática avançada versus não intervenção dos enfermeiros de prática avançada                                                                                                                                       | Intervenção não atribuível aos enfermeiros de prática avançada                                                                                                                                                                                   |
| <b>Outcomes</b>                   | Eficácia de intervenções atribuíveis aos enfermeiros de prática avançada nos resultados clínicos (taxa de mortalidade, taxas                                                                                                                     | Eficácia de intervenções não atribuíveis aos                                                                                                                                                                                                     |

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                         |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|                 | de infecção, tempo de internamento, tempo de permanência dos doentes na urgência ou nos cuidados intensivos, tempo para consulta ou tratamento, satisfação dos doentes, impacto nos custos dos cuidados)                                                                                | enfermeiros de prática avançada         |
| Tipos de Estudo | Estudos Experimentais, Quási-experimentais, com grupo controlo, estudos pré e pós intervenção, cujos artigos estivessem disponíveis gratuitamente em texto completo, com friso temporal entre janeiro de 2017 e setembro de 2023. redigidos em língua portuguesa, inglesa e castelhana. | Estudos Secundários, Estudos de opinião |

## 6. Estratégia de Pesquisa

A presente revisão propõe-se apresentar, avaliar e sintetizar resultados de pesquisas previamente realizadas sobre a temática em estudo. Assim sendo, seguirá as etapas propostas pela JBI para as revisões sistemáticas de eficácia.

Assim sendo deu-se início à mesma, realizando uma pesquisa preliminar em bases de dados científicas, que teve como intuito aferir o “estado da arte” relativamente ao impacto da intervenção dos enfermeiros de prática avançada na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Desta forma procedeu-se à identificação das palavras-chave a ser utilizadas em bancos de dados. Seguidamente, analisaram-se as palavras selecionadas em títulos, resumos e termos de índice de artigos.

Uma vez identificadas as palavras-chave, foi efetuada uma busca exaustiva e sistemática em seis bases de dados eletrónicas (CINAHL Complete EBSCO; Medline Complete EBSCO, Pubmed, Scopus, Cochrane e RCAAP via B-ON), com os seguintes termos, combinados com operadores booleanos (AND, OR): “Advanced Practice Nurs\*” OR “Advanced Practice Registered Nurs\*” OR “Advanced Nursing Practice” OR “Specialist nurs\*”; “Critical Care” OR “critical patient\*” OR “critically ill patient\*” OR “Critical Ill\*” OR ICU OR “intensive care” OR “acute care” OR “emergency department\*” OR “emergency room\*” OR “Emergency Service\*”; outcome\* OR benefit\* OR effect\* OR impact\* OR effectiveness. Estas buscas iniciais serão posteriormente individualizadas para cada base de dados de acordo com os termos indexados utilizados por cada uma.

## **7. Seleção de estudos**

A seleção dos estudos será operacionalizada com recurso à plataforma Ryyan®, e realizada de forma independente, em modalidade “*double blinded*” (duplamente cega), por dois revisores, após leitura dos títulos e resumos dos artigos, tendo por base os critérios de inclusão e exclusão definidos, sendo que os desacordos que surgirem durante a seleção serão resolvidos com 2 outros revisores independentes.

O processo de seleção de estudos será apresentado de acordo com um diagrama de fluxo elaborado com base no PRISMA Flow Diagram 2020 (Page et al., 2021).

## **8. Avaliação da qualidade metodológica**

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos, que se propõe determinar se um estudo minimizou a possibilidade de vieses no seu desenho, condução ou análise será realizada de forma independente e duplamente cega, sendo que para tal se utilizarão os instrumentos de avaliação Critical Appraisal Tools da JBI (Aromataris & Munn, 2020) desenvolvidos para cada tipo de estudo. A inclusão do estudo na revisão, dependerá da sua qualidade metodológica, sendo que só serão sujeitos a extração e síntese de dados os artigos acordados em discussão com o grupo de investigação.

## **9. Extração de dados**

A extração dos dados dos artigos incluídos na revisão sistemática será realizada com recurso a um instrumento tabular, elaborado para o efeito com base nas ferramentas de extração de dados padronizada da JBI. Cada revisor registará, após a leitura integral dos artigos selecionados, o título do artigo, dados bibliográficos, os objetivos do estudo, o contexto, o tipo de estudo, os participantes, o comparador, a intervenção e os resultados alcançados com a intervenção.

## **10. Síntese dos dados**

Os resultados serão apresentados de forma narrativa, recorrendo a quadros e tabelas sempre que tal simplificar a análise dos resultados obtidos, tendo em conta os objetivos da revisão.

## **11. Referências Bibliográficas**

Aromataris, E., Munn, Z. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Australia: JBI.  
<https://synthesismanual.jbi.global>

Ordem dos Enfermeiros (2022) – Estatística de Enfermeiros.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%AAdstica-de-enfermeiros/>

Lopes, M., Gomes, S., & Almada-Lobo, B. (2018) *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. INESC-TEC. Disponível em

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem\\_inescotecabril2018.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescotecabril2018.pdf)

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., MayoWilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

**APÊNDICE II** - Estratégias de Pesquisa das Palavras-Chave utilizadas em cada base de dados consultadas.

## Pesquisa Inicial de Conceitos e Identificação de Palavras-chave

**Tabela 1-** Estratégias de Pesquisa das Palavras-Chave utilizadas em cada base de dados consultadas

|            | Livres                                                                                                                                                                                                    | MeSH                                                                                                          | CINAHL                                                                                                                                         |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Conceito 1 | “Advanced Practice Nurs*”<br>OR “Advanced Practice Registered Nurs*” OR<br>“Advanced Nursing Practice” OR “Specialist nurs*”                                                                              | “Advanced Practice Nursing”                                                                                   | “Advanced Practice Registered Nursing”                                                                                                         |
| Conceito 2 | “Critical Care” OR “critical patient*” OR “critically ill patient*” OR “Critical Ill*” OR ICU OR “intensive care” OR “acute care” OR “emergency department*” OR “emergency room*” OR “Emergency Service*” | “Critical Care” OR “Critical Illness” OR “intensive care units” OR “Emergency Service, Hospital”              | “Critical Care” OR “Critical care nursing” OR “Critically Ill Patients” OR “critical illness” OR “acute care” OR “Emergency Service”           |
| Conceito 3 | outcome* OR benefit* OR effect* OR impact* OR effectiveness                                                                                                                                               | “Cost-Benefit Analysis” OR “Health Impact Assessment” OR “Cost-Effectiveness Analysis” OR “Treatment Outcome” | “Outcomes (Health Care)” OR “Cost Benefit Analysis” OR “Health Impact Assessment” OR “Cost Effectiveness Analysis” OR “Clinical Effectiveness” |

## Estratégias de Pesquisa utilizada nas Bases de Dados

### CINAHL Complete EBSCO

| Pesquisa | Expressão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Resultados |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| S1       | TI ( “Advanced Practice Nurs*” OR “Advanced Practice Registered Nurs*” OR “Advanced Nursing Practice” OR “Specialist nurs*” ) OR AB ( “Advanced Practice Nurs*” OR “Advanced Practice Registered Nurs*” OR “Advanced Nursing Practice” OR “Specialist nurs*” ) OR MH “Advanced Practice Registered Nursing”                                                                                                                                                                                                                                                                         | 17 865     |
| S2       | TI ( “Critical Care” OR “critical patient*” OR “critically ill patient*” OR “Critical Ill*” OR ICU OR “intensive care” OR “acute care” OR “emergency department*” OR “emergency room*” OR “Emergency Service*” ) OR AB ( “Critical Care” OR “critical patient*” OR “critically ill patient*” OR “Critical Ill*” OR ICU OR “intensive care” OR “acute care” OR “emergency department*” OR “emergency room*” OR “Emergency Service*” ) OR MH ( “Critical Care” OR “Critical care nursing” OR “Critically Ill Patients” OR “critical illness” OR “acute care” OR “Emergency Service” ) | 274 921    |
| S3       | TI (outcome* OR benefit* OR effect* OR impact* OR effectiveness ) OR AB ( outcome* OR benefit* OR effect* OR impact* OR effectiveness ) OR MH ( “Outcomes (Health Care)” OR “Cost Benefit Analysis” OR “Health Impact Assessment” OR “Cost Effectiveness Analysis” OR “Clinical Effectiveness” )                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2 381 279  |
| S4       | S1 AND S2 AND S3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 626        |
|          | Restringir por Language: - spanish, english, portuguese<br>Restringir por SubjectAge: - all adult                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 195        |

### Medline Complete EBSCO

| Pesquisa | Expressão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Resultados    |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| S1       | TI ( “Advanced Practice Nurs*” OR “Advanced Practice Registered Nurs*” OR “Advanced Nursing Practice” OR “Specialist nurs*” ) OR AB ( “Advanced Practice Nurs*” OR “Advanced Practice Registered Nurs*” OR “Advanced Nursing Practice” OR “Specialist nurs*” ) OR MH “Advanced Practice Nursing”                                                                                                                                                                                                                                                | 7 727         |
| S2       | TI ( “Critical Care” OR “critical patient*” OR “critically ill patient*” OR “Critical Ill*” OR ICU OR “intensive care” OR “acute care” OR “emergency department*” OR “emergency room*” OR “Emergency Service*” ) OR AB ( “Critical Care” OR “critical patient*” OR “critically ill patient*” OR “Critical Ill*” OR ICU OR “intensive care” OR “acute care” OR “emergency department*” OR “emergency room*” OR “Emergency Service*” ) OR MH ( “Critical Care” OR “Critical Illness” OR “intensive care units” OR “Emergency Service, Hospital” ) | 502 302       |
| S3       | TI (outcome* OR benefit* OR effect* OR impact* OR effectiveness) OR AB (outcome* OR benefit* OR effect* OR impact* OR effectiveness) OR MH ( “Cost-Benefit Analysis” OR “Health Impact Assessment” OR “Cost-Effectiveness Analysis” OR “Treatment Outcome” )                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 11 485<br>975 |
| S4       | S1 AND S2 AND S3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 435           |
|          | Restringir por Language: - spanish, english, portuguese<br>Restringir por SubjectAge: - all adult                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 159           |

## PubMed

| Pesquisa | Expressão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Resultados    |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| S1       | ("Advanced Practice Nurs*"[Title/Abstract] OR "Advanced Practice Registered Nurs*"[Title/Abstract] OR "Advanced Nursing Practice"[Title/Abstract] OR "Specialist nurs*"[Title/Abstract]) OR ("Advanced Practice Nursing"[MeSH Terms])                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 8 001         |
| S2       | ((("Critical Care"[Title/Abstract] OR "critical patient*"[Title/Abstract] OR "critically ill patient*"[Title/Abstract] OR "Critical Ill*"[Title/Abstract] OR ICU[Title/Abstract] OR "intensive care"[Title/Abstract] OR "acute care"[Title/Abstract] OR "emergency department*"[Title/Abstract] OR "emergency room*"[Title/Abstract] OR "Emergency Service*"[Title/Abstract]) OR ("Critical Care"[MeSH Terms])) OR ("Critical Illness"[MeSH Terms])) OR ("intensive care units"[MeSH Terms])) OR ("Emergency Service, Hospital"[MeSH Terms]))                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 533 205       |
| S3       | (((((outcome*[Title/Abstract] OR benefit*[Title/Abstract] OR effect*[Title/Abstract] OR impact*[Title/Abstract] OR effectiveness[Title/Abstract]) OR ("Cost-Benefit Analysis"[MeSH Terms])) OR ("Health Impact Assessment"[MeSH Terms])) OR ("Cost-Effectiveness Analysis"[MeSH Terms])) OR ("Treatment Outcome"[MeSH Terms]))                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 11 686<br>909 |
| S4       | ((("Advanced Practice Nurs*"[Title/Abstract] OR "Advanced Practice Registered Nurs*"[Title/Abstract] OR "Advanced Nursing Practice"[Title/Abstract] OR "Specialist nurs*"[Title/Abstract]) OR ("Advanced Practice Nursing"[MeSH Terms])) AND (((("Critical Care"[Title/Abstract] OR "critical patient*"[Title/Abstract] OR "critically ill patient*"[Title/Abstract] OR "Critical Ill*"[Title/Abstract] OR ICU[Title/Abstract] OR "intensive care"[Title/Abstract] OR "acute care"[Title/Abstract] OR "emergency department*"[Title/Abstract] OR "emergency room*"[Title/Abstract] OR "Emergency Service*"[Title/Abstract]) OR ("Critical Care"[MeSH Terms])) OR ("Critical Illness"[MeSH Terms])) OR ("intensive care units"[MeSH Terms])) OR ("Emergency Service, Hospital"[MeSH Terms])) AND ((((((outcome*[Title/Abstract] OR benefit*[Title/Abstract] OR effect*[Title/Abstract] OR impact*[Title/Abstract] OR effectiveness[Title/Abstract]) OR ("Cost-Benefit Analysis"[MeSH Terms])) OR ("Health Impact Assessment"[MeSH Terms])) OR ("Cost-Effectiveness Analysis"[MeSH Terms])) OR ("Treatment Outcome"[MeSH Terms])) | 499           |
|          | Filters: English, Portuguese, Spanish, Adult: 19+ years                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 185           |

## Scopus

| Pesquisa | Expressão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Resultados |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| S1       | ( TITLE-ABS-KEY ( "Advanced Practice Nurs*" OR "Advanced Practice Registered Nurs*" OR "Advanced Nursing Practice" OR "Specialist nurs*" ) AND TITLE-ABS-KEY ( "Critical Care" OR "critical patient*" OR "critically ill patient*" OR "Critical Ill*" OR icu OR "intensive care" OR "acute care" OR "emergency department*" OR "emergency room*" OR "Emergency Service*" ) AND TITLE-ABS-KEY ( outcome* OR benefit* OR effect* OR impact* OR effectiveness ) )                                                                                                                                                                                                                     | 637        |
| S2       | ( TITLE-ABS-KEY ( "Advanced Practice Nurs*" OR "Advanced Practice Registered Nurs*" OR "Advanced Nursing Practice" OR "Specialist nurs*" ) AND TITLE-ABS-KEY ( "Critical Care" OR "critical patient*" OR "critically ill patient*" OR "Critical Ill*" OR icu OR "intensive care" OR "acute care" OR "emergency department*" OR "emergency room*" OR "Emergency Service*" ) AND TITLE-ABS-KEY ( outcome* OR benefit* OR effect* OR impact* OR effectiveness ) ) AND ( LIMIT-TO ( EXACTKEYWORD , "Aged, 80 And Over" ) OR LIMIT-TO ( EXACTKEYWORD , "Aged" ) OR LIMIT-TO ( EXACTKEYWORD , "Adult" ) ) AND ( LIMIT-TO ( LANGUAGE , "English" ) OR LIMIT-TO ( LANGUAGE , "Spanish" ) ) | 230        |

## Cochrane

| Pesquisa | Expressão                                                                                                                                                                                                            | Resultados |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| #1       | (“Advanced Practice Nurs*” OR “Advanced Practice Registered Nurs*” OR “Advanced Nursing Practice” OR “Specialist nurs*”):ti,ab,kw                                                                                    | 29         |
| #2       | MeSH descriptor: [Advanced Practice Nursing] explode all trees                                                                                                                                                       | 38         |
| #3       | #1 OR #2                                                                                                                                                                                                             | 65         |
| #4       | (“Critical Care” OR “critical patient*” OR “critically ill patient*” OR “Critical Ill*” OR ICU OR “intensive care” OR “acute care” OR “emergency department*” OR “emergency room*” OR “Emergency Service*”):ti,ab,kw | 56 210     |
| #5       | MeSH descriptor: [Critical Care] explode all trees                                                                                                                                                                   | 2 681      |
| #6       | MeSH descriptor: [Critical Illness] explode all trees                                                                                                                                                                | 3 281      |
| #7       | MeSH descriptor: [Intensive Care Units] explode all trees                                                                                                                                                            | 5 303      |
| #8       | MeSH descriptor: [Emergency Service, Hospital] explode all trees                                                                                                                                                     | 3 348      |
| #9       | #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8                                                                                                                                                                                           | 57 571     |
| #10      | (outcome* OR benefit* OR effect* OR impact* OR effectiveness):ti,ab,kw                                                                                                                                               | 1 519 982  |
| #11      | MeSH descriptor: [Cost-Benefit Analysis] explode all trees                                                                                                                                                           | 9 846      |
| #12      | MeSH descriptor: [Health Impact Assessment] explode all trees                                                                                                                                                        | 38         |
| #13      | MeSH descriptor: [Cost-Effectiveness Analysis] explode all trees                                                                                                                                                     | 25         |
| #14      | MeSH descriptor: [Treatment Outcome] explode all trees                                                                                                                                                               | 181 861    |
| #15      | #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14                                                                                                                                                                                      | 1 521 475  |
| #16      | #3 AND #9 AND #15                                                                                                                                                                                                    | 7          |

### RCAAP via B-ON

| Pesquisa | Expressão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Resultados    |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| S1       | TI (“Advanced Practice Nurs*” OR “Advanced Practice Registered Nurs*” OR “Advanced Nursing Practice” OR “Specialist nurs*”) OR AB (“Advanced Practice Nurs*” OR “Advanced Practice Registered Nurs*” OR “Advanced Nursing Practice” OR “Specialist nurs*”) OR SU (“Advanced Practice Nurs*” OR “Advanced Practice Registered Nurs*” OR “Advanced Nursing Practice” OR “Specialist nurs*”)                                                                                                                                                                                                                                                                | 35 278        |
| S2       | TI ( “Critical Care” OR “critical patient*” OR “critically ill patient*” OR “Critical Ill*” OR ICU OR “intensive care” OR “acute care” OR “emergency department*” OR “emergency room*” OR “Emergency Service*” ) OR AB ( “Critical Care” OR “critical patient*” OR “critically ill patient*” OR “Critical Ill*” OR ICU OR “intensive care” OR “acute care” OR “emergency department*” OR “emergency room*” OR “Emergency Service*” ) OR SU ( “Critical Care” OR “critical patient*” OR “critically ill patient*” OR “Critical Ill*” OR ICU OR “intensive care” OR “acute care” OR “emergency department*” OR “emergency room*” OR “Emergency Service*” ) | 2 318 677     |
| S3       | TI (outcome* OR benefit* OR effect* OR impact* OR effectiveness) OR AB (outcome* OR benefit* OR effect* OR impact* OR effectiveness) OR SU (outcome* OR benefit* OR effect* OR impact* OR effectiveness)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 72 447<br>870 |
| S4       | S1 AND S2 AND S3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1 459         |
|          | Restringir por Fornecedor de Conteúdo: RCAAP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 128           |

**APÊNDICE III** - Critérios de Elegibilidade dos Estudos a serem integrados na Revisão da Literatura

**Tabela 2 - Critérios de Elegibilidade dos Estudos a serem integrados na Revisão da Literatura**

| <b>Critérios de Elegibilidade</b> | <b>Critérios de Inclusão</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Critérios de Exclusão</b>                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>População</b>                  | Pessoas adultas (idade igual ou superior a 18 anos), em situação crítica, isto é, atendidas, admitidas ou internadas em contexto de pré-hospitalar, Serviço de Urgência ou Unidade de Cuidados Intensivos                                                                                                                            | Crianças (idade inferior a 18 anos);<br><br>Que não tenham sido atendidas, admitidas ou internadas em contexto de Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos e/ou pré-hospitalar                                                        |
| <b>Intervenção</b>                | Qualquer intervenção realizada por enfermeiros de prática avançada ( <i>nurse practioners, clinical nurse specialists, nurse specialist</i> ) em contexto de prestação de cuidados ao doente crítico (pré-hospitalar, Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos).                                                          | Estudos em que não seja possível atribuir os resultados exclusivamente às intervenções realizadas pelos enfermeiros de prática avançada.<br><br>Estudos que analisaram os serviços prestados por <i>advance practioners</i> que não enfermeiros. |
| <b>Comparador</b>                 | Intervenção dos enfermeiros de prática avançada versus não intervenção dos enfermeiros de prática avançada                                                                                                                                                                                                                           | Intervenção não atribuível aos enfermeiros de prática avançada                                                                                                                                                                                   |
| <b>Outcomes</b>                   | Eficácia de intervenções atribuíveis aos enfermeiros de prática avançada nos resultados clínicos (taxa de mortalidade, taxas de infeção, tempo de internamento, tempo de permanência dos doentes na urgência ou nos cuidados intensivos, tempo para consulta ou tratamento, satisfação dos doentes, impacto nos custos dos cuidados) | Eficácia de intervenções não atribuíveis aos enfermeiros de prática avançada                                                                                                                                                                     |
| <b>Tipos de Estudo</b>            | Estudos Experimentais, Quási-experimentais, com grupo controlo, estudos pré e pós intervenção, cujos artigos estivessem disponíveis gratuitamente em texto completo, com friso temporal entre janeiro de 2017 e setembro de 2023, redigidos em língua portuguesa, inglesa e castelhana.                                              | Estudos Secundários, Estudos de opinião                                                                                                                                                                                                          |

**APÊNDICE IV** - Resumo dos resultados dos estudos com as respectivas conclusões estatísticas por *outcome*

**Table 3** - Resumo dos resultados dos estudos com as respectivas conclusões estatísticas por outcome

| Study                                     | Setting              | Length of stay | Waiting Time         |                   | Mortality | Patient Satisfaction | Diagnosis/ Treatment Accuracy | Unplanned readmission within 7 days | Cost | Ventilator Dependence |                      |                     |
|-------------------------------------------|----------------------|----------------|----------------------|-------------------|-----------|----------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------|-----------------------|----------------------|---------------------|
|                                           |                      |                | Time to Consultation | Time to Treatment |           |                      |                               |                                     |      | Nr. Patients          | Nr. ventilation Days | Gasimetric outcomes |
| <b>Boman et al. (2020)</b>                | Emergency Department |                |                      |                   |           |                      | ↑                             |                                     |      |                       |                      |                     |
| <b>SA et al. (2023)</b>                   | Trauma Center        | ↓              | ↓                    | ↓                 | ↓         |                      | ↑                             |                                     |      |                       |                      |                     |
| <b>Hardway et al. (2022)</b>              | ED of Trauma center  | ↓              |                      | ↔                 |           |                      |                               |                                     |      |                       |                      |                     |
| <b>Moxham e McMahon-Parkes (2020)</b>     | Triage Unit          | ↓              | ↓                    | ↓                 |           |                      |                               |                                     |      |                       |                      |                     |
| <b>Fukuda, Sakurai e Kashiwagi (2020)</b> | ICU                  | ↓              |                      |                   | ↓         |                      |                               |                                     |      | ↓                     | ↓                    |                     |
| <b>Morita et al. (2017)</b>               | ICU                  |                |                      |                   | ↓         |                      |                               |                                     |      |                       |                      |                     |
| <b>Santos et al. (2020)</b>               | ICU                  |                |                      |                   |           |                      |                               |                                     |      |                       |                      | ↑                   |
| <b>O'Mahony et al. (2017)</b>             | ICU                  | ↓              |                      |                   |           |                      |                               |                                     | ↓    |                       |                      |                     |
| <b>Roche et al. (2017)</b>                | ED                   | ↔              | ↔                    | ↔                 |           | ↔                    | ↑                             | ↓                                   |      |                       |                      |                     |

↑significant increase; ↔ no significant difference; ↓significant decrease

**APÊNDICE V** - Póster intitulado “Prática Avançada ao serviço do doente crítico: um protocolo de revisão de eficácia”, apresentado no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, vencedor da distinção de mérito “Menção Honrosa”



### Prática Avançada ao Serviço do Doente Crítico – um Protocolo de Revisão de Eficácia

#### INTRODUÇÃO

Nos últimos anos tem havido um aumento significativo no número de Enfermeiros Especialistas em Portugal nomeadamente no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2022). Contudo, a evidência relativa ao contributo dos Enfermeiros Especialistas nos *outcomes*/resultados em saúde em Portugal é ainda parca (Lopes et al., 2018), o que dificulta a aferição do seu contributo no que concerne os ganhos em saúde e a acessibilidade a cuidados. Dada a escassez de evidência nacional, procurou-se, através da realização de uma revisão sistemática de eficácia da literatura internacional, explorar o potencial impacto do papel do Enfermeiro Especialista na prestação de cuidados ao doente crítico.

**Questão de revisão: Qual é o contributo do enfermeiro de prática avançada na prestação de cuidados ao doente crítico?**

#### OBJETIVOS

Sintetizar a melhor evidência disponível sobre o impacto da Prática Avançada de Enfermagem na prestação de cuidados ao doente crítico adulto em contexto de urgência/emergência e Unidades de Cuidados Intensivos.

#### MATERIAIS E MÉTODOS

Revisão sistemática de literatura de evidência de eficácia, segundo as recomendações do Joanna Briggs Institute (2020)

“P” – doente em situação crítica (>18 anos) internado em contexto de Urgência/Emergência e/ou UCI;

“I” – qualquer intervenção realizada pelos Enfermeiros de Prática Avançada (*nurse practioners, clinical nurse specialists, nurse specialist*) em contexto de prestação de cuidados;

“C” - intervenção *versus* a não intervenção dos Enfermeiros de Prática Avançada;

“O” – eficácia da intervenção realizada pelos Enfermeiros de Prática Avançada nos resultados clínicos, qualidade dos cuidados prestados, satisfação dos doentes e impacto nos custos.

**Desenho:** estudos experimentais, quase experimentais, com grupo controlo, estudos pré e pós intervenção.

Pesquisa limitada a artigos gratuitos em texto completo, com friso temporal entre janeiro de 2017 e setembro de 2023.

#### RESULTADOS

Operacionalização da **seleção dos estudos** com recurso à plataforma Rryan®, em modalidade “*double blinded*” por dois revisores. Desacordos resolvidos por dois revisores independentes. **Estudos selecionados apresentados conforme PRISMA Flow Diagram 2020.** (Page et al., 2021).

**Extração dos dados** dos artigos com recurso à ferramenta de extração de dados padronizados da JBI. A avaliação da qualidade metodológica dos estudos será realizada utilizando os instrumentos de avaliação Critical Appraisal Tools (Aromataris & Munn, 2020) desenvolvidos para cada tipo de estudo. A síntese dos dados será apresentada de forma narrativa, recorrendo a quadros e tabelas.

#### CONCLUSÃO

O presente protocolo sistematiza os procedimentos inerentes à realização de uma revisão sistemática de literatura de evidência de eficácia do impacto das intervenções dos enfermeiros de prática avançada nos resultados em saúde do doente crítico.

#### PALAVRAS CHAVE

Prática Avançada de Enfermagem;  
Enfermeiro Especialista, Doente Crítico, *Outcomes* em Saúde.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



**Autoria(s):** Ana Rodrigues\*, Patrícia Nunes\*, Rita Marques\*\*, Isabel Rabais\*\*

\* Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica- na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

\*\* Professora na Universidade Católica Portuguesa; Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde

**APÊNDICE VI** - Comunicação Livre “Prática Avançada ao serviço do doente crítico: uma revisão de eficácia”, apresentadas nas III Jornadas Académicas de Enfermagem da Macaronésia a 23 abril de 2024

**JEM** JORNADAS ACADÉMICAS DE ENFERMAGEM DA MACARONESIA

**ESS** ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE UNIVERSIDADE DOS AÇORES

**CATOLICA** ESCOLA DE ENFERMAGEM LISBOA

**R 87 - Prática Avançada ao serviço do doente crítico: uma revisão de eficácia**

Patrícia Nunes<sup>1</sup>, Ana Rodrigues<sup>1</sup>, Rita Marques<sup>2</sup>, Isabel Rabiais<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Mestrandas do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica  
<sup>2</sup> Professora na Universidade Católica Portuguesa

**JEM** JORNADAS ACADÉMICAS DE ENFERMAGEM DA MACARONESIA

**INTRODUÇÃO/INTRODUCCIÓN**

Neste contexto vários stakeholders têm proposto a revisão do âmbito de ação e a valorização da profissão de Enfermagem, mediante implementação de uma Prática Avançada de Enfermagem, defendendo que esta pode promover a acessibilidade aos serviços, a sustentabilidade, a eficiência e a qualidade.

**JEM** JORNADAS ACADÉMICAS DE ENFERMAGEM DA MACARONESIA

**INTRODUÇÃO/INTRODUCCIÓN**

A composição da força de trabalho no sector da saúde em Portugal tem sido descrita como uma combinação ineficiente de recursos, com consequências em termos de eficiência, sustentabilidade, produtividade e acessibilidade a determinados serviços de saúde (OMS, 2010; ERS, 2011; Buchan et al., 2013, Simões et al., 2017).



**JEM** JORNADAS ACADÉMICAS DE ENFERMAGEM DA MACARONESIA

**INTRODUÇÃO/INTRODUCCIÓN**

**Características da Prática Avançada (ICN, 2020):**

- Conhecimentos especializado;
- Tomada de decisão complexa
- Proficiência clínica para prática mais alargada
- Moldadas pelo contexto/ regulação do país onde o Enf. exerce
- Nível de mestrado recomendado para exercício
- Engloba:
  - ✓ Prestação Cuidados
  - ✓ Liderança
  - ✓ Contributo para melhoria da qualidade
  - ✓ Desenvolvimento Pessoal e da Profissão/ Investigação

**Características Enfermeiro Especialista (Regulamento 47/2019):**

- Competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados;
- Educação de clientes e pares;
- Orientação/ Aconselhamento (consultadoria)
- Liderança
- Investigação que melhora continuamente a prática de Enfermagem
- Curso pós Licenciatura / Mestrado 18 a 24 meses

**JEM** JORNADAS ACADÉMICAS DE ENFERMAGEM DA MACARONESIA

**INTRODUÇÃO/INTRODUCCIÓN**

Nos últimos anos temos vindo a assistir a um aumento significativo no número de Enfermeiros Especialistas em Portugal nomeadamente no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE, Anuários Estatísticos da Ordem dos Enfermeiros, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022).

**Evolução no nº de Enfermeiros Especialistas (2017-2022)**

| Ano  | Nº de Enfermeiros Especialistas |
|------|---------------------------------|
| 2017 | 18 917                          |
| 2018 | 18 881                          |
| 2019 | 18 905                          |
| 2020 | 19 005                          |
| 2021 | 19 105                          |
| 2022 | 19 205                          |

**JEM** JORNADAS ACADÉMICAS DE ENFERMAGEM DA MACARONESIA

**INTRODUÇÃO/INTRODUCCIÓN**

Escassez de evidência nacional

↓

**Revisão Sistemática de Eficácia da Literatura**

↓

Explorar o potencial impacto do papel do Enfermeiro Especialista, enquanto Enfermeiro de Prática Avançada na prestação de cuidados ao doente crítico.

**Questão de revisão: Qual é o contributo do enfermeiro de prática avançada na prestação de cuidados ao doente crítico?**

**JEM** JORNADAS ACADÉMICAS DE ENFERMAGEM DA MACARONESIA

**INTRODUÇÃO/INTRODUCCIÓN**

A evidência relativa ao contributo dos Enfermeiros Especialistas nos *outcomes*/resultados em saúde em Portugal é parca

↓

Dificulta a aferição do seu contributo no que concerne os ganhos em saúde e a acessibilidade a cuidados.

**JEM** JORNADAS ACADÉMICAS DE ENFERMAGEM DA MACARONESIA

**OBJETIVOS**

Sintetizar a melhor evidência disponível sobre o impacto da Prática Avançada de Enfermagem na prestação de cuidados ao doente crítico adulto em contexto de urgência/emergência e UCI.

- ✓ Na qualidade dos cuidados
- ✓ Nos resultados clínicos
- ✓ Na satisfação do doente
- ✓ Nos custos



METODOLOGIA

Desenho: Revisão Sistemática de Eficácia da Literatura

Base de Dados: CINAHL Complete via EBSCO; Medline Complete via EBSCO, Pubmed, Scopus, Cochrane e RCAAAP via B-ON

Crítérios Elegibilidade: De acordo com PICO\*

Extração e Análise: 2 Revisores

Discrepâncias: Recurso a 3º e 4º revisores

Qualidade Metodológica Estudos: Protocolo JBI\*\*

JEM

JORNADAS ACADÉMICAS DE ENFERMAGEM DA MACARONESIA

\* JBI, 2020.

\*\* Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews, JBI, 2020

METODOLOGIA

Crítérios Elegibilidade: De acordo com PICO\*

| Crítérios de Elegibilidade | Crítérios de Inclusão                                                                                                                                                                                                                                                    | Crítérios de Exclusão                                                                                         |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| População                  | Pessoas adultas (idade igual ou superior a 18 anos) em situação crítica, em UCI, unidades, unidades de cuidados intensivos em contexto de Pré-Hospitalar, Serviço de Urgência ou Unidade de Cuidados Intensivos                                                          | Crianças (idade igual ou inferior a 18 anos), admitidas ou atendidas em contexto de UCI, UCI e Pré-Hospitalar |
| Intervenção                | Qualquer intervenção realizada por EPA (nurses, practitioners, clinical nurse specialists, nurse specialists) em contexto de prestação de cuidados de doentes críticos (Pré-Hospitalar, Serviço de Urgência, UCI)                                                        | Estudos em que não seja possível analisar os resultados exclusivamente de intervenções realizadas pelos EPA.  |
| Comparador                 | Intervenção de EPA versus não intervenção de EPA                                                                                                                                                                                                                         | Intervenção não realizada por EPA em assistência de intervenção de EPA.                                       |
| Outcomes                   | Eficácia de intervenções atribuídas aos EPA nos resultados clínicos (taxa de mortalidade, taxa de infecção, duração de internamento, resultado de tratamento), qualidade dos cuidados prestados, satisfação dos doentes e segurança da intervenção de EPA nos contextos. | Eficácia de intervenções não atribuídas aos EPA.                                                              |
| Tipos de Estudos           | Estudos Experimentais: Quase-experimentais, Estudos clínicos randomizados, protocolos randomizados, com grupo controle, estudos pré e pós intervenção                                                                                                                    | Estudos Secundários, Estudos de opinião                                                                       |

RESULTADOS

Identificação de artigos de bases de dados e registros

Identificação de artigos por outros fontes

Diagrama de fluxo dos resultados da pesquisa na literatura (PRISMA 2020)

JEM

JORNADAS ACADÉMICAS DE ENFERMAGEM DA MACARONESIA

RESULTADOS

Tab. 1. Resultados de Resultados de Estudos

| Estudo | País  | Local de Estudo | Intervenção        | Comparador         | Intervenção        | Outcomes           |
|--------|-------|-----------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 1      | China | ICU             | Intervenção de EPA | Intervenção de EPA | Intervenção de EPA | Intervenção de EPA |
| 2      | China | ICU             | Intervenção de EPA | Intervenção de EPA | Intervenção de EPA | Intervenção de EPA |
| 3      | China | ICU             | Intervenção de EPA | Intervenção de EPA | Intervenção de EPA | Intervenção de EPA |

RESULTADOS

Tab. 1. Resultados de Resultados de Estudos

| Estudo | País  | Local de Estudo | Intervenção        | Comparador         | Intervenção        | Outcomes           |
|--------|-------|-----------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 1      | China | ICU             | Intervenção de EPA | Intervenção de EPA | Intervenção de EPA | Intervenção de EPA |
| 2      | China | ICU             | Intervenção de EPA | Intervenção de EPA | Intervenção de EPA | Intervenção de EPA |
| 3      | China | ICU             | Intervenção de EPA | Intervenção de EPA | Intervenção de EPA | Intervenção de EPA |

DISCUSSÃO

Tab. 1. Resultados de Resultados de Estudos

| Estudo | País  | Local de Estudo | Intervenção        | Comparador         | Intervenção        | Outcomes           |
|--------|-------|-----------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 1      | China | ICU             | Intervenção de EPA | Intervenção de EPA | Intervenção de EPA | Intervenção de EPA |
| 2      | China | ICU             | Intervenção de EPA | Intervenção de EPA | Intervenção de EPA | Intervenção de EPA |
| 3      | China | ICU             | Intervenção de EPA | Intervenção de EPA | Intervenção de EPA | Intervenção de EPA |

| Referência                                                                                                                                                                                                                 | Intervenção                                                                                                                   | Resultados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Implementation of EPA for minor orthopedic injuries in the emergency care context: A non-inferiority study. (Boman et al., 2020). Norway                                                                                | Implementação de um modelo de PNE no atendimento a lesões ortopédicas em menor num SU no Sudeste da Noruega                   | Maior precisão diagnóstica e de tratamento no modelo de prestação de cuidados de PNE(98.8% e 94.6%) comparativamente ao modelo convencional (95.8% and 88.1%).                                                                                                                                                                                        |
| 2. The effect of trauma advanced practice nurse program at a Level 1 regional trauma center in mainland China. (Sa et al., 2023) China                                                                                     | Integração de Enfermeiros de Prática Avançada no SU de um centro regional de trauma nível 1 na China.                         | Diminuição no tempo médio de permanência no SU em 21%, após a integração do EPA. Aumento das taxas de sobrevivência (p=0.033; OR ratio = 1.816 [1.041, 3.167]).                                                                                                                                                                                       |
| Impact of the 24/7 nurse practitioner model on emergency department stay at a level 1 trauma center: A retrospective study (Hardway et al., 2022). USA                                                                     | Implementação de um modelo de prestação de cuidados que integrava um EPA em trauma 24 horas por dia/7 dias por semana num SU. | Diminuição significativa no tempo de internamento no SU (772.25 ± 831.91 vs. 471.44 ± 336.65, p = <.001), para os doentes atendidos por EPA em trauma;                                                                                                                                                                                                |
| 3. An evaluation of the impact of advanced nurse practitioner triage and clinical intervention for medically expected patients referred to an acute National Health Service hospital. (Moxham & MacMahon-Parkes, 2020). UK | Implementação de um modelo de triagem de doentes em um SU num hospital do NHS.                                                | O tempo médio de espera para a triagem no modelo PNE foi significativamente mais curto (p = 0,002) comparativamente ao do modelo convencional. Diferença estatisticamente significativa p=0.05 entre o nº de utentes que tiveram internamento hospitalar inferior a 48 horas no grupo pré intervenção 40%, (n = 26) e pós-intervenção, 50%, (n = 53). |

Limitações

✓ Desde logo, as limitações inerentes às limitações dos estudos primários e que influenciaram os resultados dos mesmos bem como as conclusões daí retiradas.

✓ Baixo número de estudos analisados;

✓ Heterogeneidade dos estudos incluídos na revisão;

✓ Não foi realizada uma metanálise para comparar a eficácia das diferentes intervenções;

✓ Grande variabilidade nos papéis desempenhados pelos Enfermeiros de Prática Avançada nos diferentes países onde foram conduzidos os estudos condiciona a generalização dos resultados

96

## CONCLUSÕES



O estudo evidenciou o **contributo positivo da Prática Avançada de Enfermagem, quando colocada ao serviço do doente crítico, na qualidade, nos resultados clínicos, na satisfação e nos custos.**

Estudos analisados foram maioritariamente realizados noutros países, onde a Prática Avançada de Enfermagem está implementada com contornos diferentes da exercida pelo Enfermeiro Especialista português, pelo que **não se podem "importar"/generalizar os resultados.**

Contudo, não obstante as diferenças conceptuais e de papel, **as competências dos Enfermeiros Especialistas são transversais às dos Enfermeiros de Prática Avançada** nos demais países.

## CONCLUSÕES



Acredita-se que os **resultados positivos alcançados pela Prática Avançada de Enfermagem no âmbito da prestação de cuidados ao doente crítico a nível internacional, se verifiquem também em contexto nacional.**

Importa, portanto, cada vez mais, **explorar e documentar o impacto do papel do Enfermeiro Especialista, enquanto Enfermeiro de Prática Avançada, na prestação de cuidados ao doente crítico** em Portugal, já que diferenças de conceptualização e regulação na prática não justificam a inércia, visto estarem devidamente acauteladas naquela que é a definição internacionalmente aceite de Prática Avançada de Enfermagem.

## REFERÊNCIAS



- Aromataris, E., Munn, Z. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. Australia: JBI. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global/>
- Buchan, J., Temido, M., Fronteira, I., Lapão, L., & Dussault, G. (2013). Nurses in advanced roles: a review of acceptability in Portugal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(SPE), 38-46.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2011). Análise da sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde. [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/36/Relatorio\\_Sustentabilidade\\_do\\_SNS.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/36/Relatorio_Sustentabilidade_do_SNS.pdf)
- Lopes et al. (2018) - Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. *Ordem dos Enfermeiros*. Consultado outubro 2023. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/3908/estudocuidadosespecializadosenfermagem\\_nasctecabzi2018.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/3908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_nasctecabzi2018.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2022) - Estatística de Enfermeiros. Consultado outubro 2023. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%AAdica-de-enfermeiros/>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International journal of surgery*, 88, 105906.
- Simões, J. D. A., Augusto, G. F., Fronteira, I., Hernández-Quevedo, C., & World Health Organization. (2017). Portugal: Health system review.



**APÊNDICE VII** – Flyer de divulgação da sessão de formação “Competência forense em enfermagem na prestação de cuidados à vítima: Do Pré-Hospitalar ao Serviço de Urgência”

## FORMAÇÃO

COMPETÊNCIA FORENSE EM ENFERMAGEM NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À  
VÍTIMA: DO PRÉ HOSPITALAR AO SERVIÇO DE URGÊNCIA

**Data:** 5 de Setembro de 2023

**Hora:** 15 h

**Local:** Sala de Formação

**Destinatários:** Enfermeiros do SU e SIV

**Formador:** Patrícia Fonseca Nunes Estudante de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

**Orientação Clínica:** Enfermeira Especialista M.P.

**Orientação Pedagógica:** Prof. Dra. Isabel Rabiais

**APÊNDICE VIII – Plano de Sessão de Formação intitulada “Competência forense em enfermagem na prestação de cuidados à vítima: Do Pré-Hospitalar ao Serviço de Urgência”**

**Plano de Sessão** - “Competência forense em enfermagem na prestação de cuidados à vítima: Do Pré-Hospitalar ao Serviço de urgência”

**Objetivo geral:** Sensibilizar a equipa do SU e SIV da instituição para a otimização da prestação de cuidados de enfermagem às vítimas de violência/agressão, no que respeita à recolha e preservação de vestígios forenses

**Objetivos específicos:**

- Capacitar a equipa de enfermagem do SU com conhecimentos relativamente à recolha e preservação de vestígios forenses;
- Sugerir uma abordagem padronizada e estruturada da recolha e preservação de vestígios forenses;
- Propor um kit de recolha e preservação de vestígios forenses criado com base na literatura consultada;
- Apresentar o dossier “VIOLÊNCIA INTERPESSOAL PROTOCOLOS DE INTERVENÇÃO DA DGS” que reúne as normas e fluxogramas de atuação da DGS relativamente à abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde em caso de violência interpessoal.

**Formador:** Patrícia Nunes

**Método:** Expositivo/ Interativo com discussão de casos

**Recurso:** Computador da Sala de Formação + cartões com casos clínicos e

**Duração:** 60 minutos de exposição/interação e 30 minutos para discussão de casos clínicos e feedback da sessão.

**Conteúdo:**

- Contextualização da problemática
- Objetivos
- Enfermagem forense - Breve Conceptualização
- Desafios na preservação de vestígios forenses:
- Recolha e Preservação de Vestígios – como proceder no Pré-Hospitalar e /Serviço de Urgência
- Apresentação de Proposta de Kit de recolha/manutenção de vestígios forenses

- Caso Clínicos
- Avaliação dos conteúdos de formação e do formador

Esta formação foi realizada após uma manifestação transversal de interesse pela equipa de enfermagem que integra tanto o Serviço de Urgência como a SIV, e que realçaram a pertinência do tema, dada a ausência de oferta de formação neste âmbito na região.

É de relevar a adesão da equipa, sendo que na sessão estiveram presentes elementos da equipa de enfermagem e assistentes operacionais, logrando-se uma interação e um diálogo entre equipas no qual se destacou a importância de todos necessitarem de reconhecer os sinais e formas de agir perante os mesmos, garantindo apoio à pessoa e sua família, bem como aos profissionais que estão a prestar cuidados à mesma. Foi avaliada a pertinência da sessão, dos conteúdos de formação e do formador mediante preenchimento de um breve questionário de avaliação da sessão de formação. A equipa foi unânime no que se referiu à sua pertinência e contributo para a melhoria da sua prática, tendo sido aferido como conseguido:

- A satisfação das expectativas face à sessão
- O cumprimento dos objetivos propostos
- A utilidade para a qualidade da prática profissional
- A adequação do material informativo proporcionado
- A clareza e domínio do apresentado, tendo a transmissão de informação sido feita de forma clara e objetiva.
- Manifestado interesse na realização de um conjunto de sessões em que se pudessem debater mais casos clínicos e experiências profissionais vividas em contexto SU e SIV.

**APÊNDICE IX** – Sessão de Formação intitulada “Competência forense em enfermagem na prestação de cuidados à vítima: Do Pré-Hospitalar ao Serviço de Urgência”

## COMPETÊNCIA FORENSE EM ENFERMAGEM NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À VÍTIMA: DO PRÉ HOSPITALAR AO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Patrícia Fonseca Nunes

Estudante de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Orientação Pedagógica: Prof. Dra. Isabel Rábaias  
Orientação Clínica: Enfermeira Especialista: M.P.

5 de Setembro de 2023

### SUMÁRIO

- Contextualização da problemática
- Objetivos
- Enfermagem forense - Breve Conceptualização
- Desafios na preservação de vestígios forenses:
- Recolha e Preservação de Vestígios – como proceder no PH/SU
- Proposta de Kit de recolha/manutenção de vestígios forenses
- Caso Clínico
- Avaliação dos conteúdos de formação e do formador

### SUMÁRIO

#### Objetivo Geral:

Otimizar a prestação de cuidados da equipa de enfermagem do SU do HSEIT às vítimas de violência/agressão, no que respeita à recolha e preservação de vestígios forenses

#### Objetivo Específico:

Capacitar a equipa de enfermagem do SU com conhecimentos relativamente à recolha e preservação de vestígios forenses.

Sugerir uma abordagem padronizada e estruturada da recolha e preservação de vestígios forenses

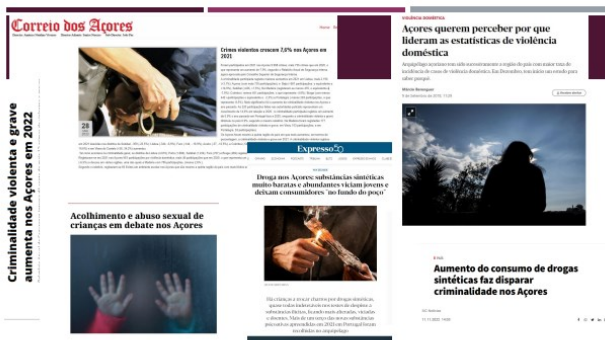
Propor um kit de recolha e preservação de vestígios forenses criado com base na literatura consultada

## COMPETÊNCIA FORENSE EM ENFERMAGEM NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À VÍTIMA: DO PRÉ HOSPITALAR AO SERVIÇO DE URGÊNCIA

- A violência é ... uma questão que interfere com os direitos humanos, sendo considerada pela Organização Mundial de Saúde como um problema de saúde pública à escala global (DGS, 2020).
- A problemática da violência tem vindo a escalar, atingindo uma proporção idêntica à epidemia, sendo que as suas consequências na saúde são nefastas e de grandes dimensões.
- Ser um perito forense competente não é uma opção ... é uma obrigação.



Lynch, 1995



## COMPETÊNCIA FORENSE EM ENFERMAGEM NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À VÍTIMA: DO PRÉ HOSPITALAR AO SERVIÇO DE URGÊNCIA

- Os enfermeiros de serviços de urgências ou de uma equipa de emergência médica são muitas vezes os primeiros a interagir com:
  - uma situação de crime,
  - com as suas vítimas e
  - inclusivamente com os seus autores
- Devem estar convenientemente preparados para lidar com tal situação, socorrendo devidamente mas tendo também especial cuidado em não adulterar ou perder possíveis vestígios quer no espólio, quer no próprio corpo das pessoas assistidas (vítimas ou autores de crimes), recolhendo-os e preservando-os corretamente.
- Um enfermeiro que exerce em SU/SIV deve estar apto também para reconhecer e alertar sobre possíveis situações de crime.

APCF, 2023

## COMPETÊNCIA FORENSE EM ENFERMAGEM NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À VÍTIMA: DO PRÉ HOSPITALAR AO SERVIÇO DE URGÊNCIA

- Os enfermeiros de serviços de urgências ou de uma equipa de emergência médica são muitas vezes os primeiros a interagir com:
  - uma situação de crime,
  - com as suas vítimas e
  - inclusivamente com os seus autores
- Devem estar devidamente preparados para lidar com tal situação, socorrendo devidamente mas tendo também especial cuidado em não adulterar ou perder possíveis vestígios quer no espólio, quer no próprio corpo das pessoas assistidas (vítimas ou autores de crimes), recolhendo-os e preservando-os devidamente.
- Um enfermeiro que exerce em SU/SIV deve estar apto também para reconhecer e alertar sobre possíveis situações de crime.

APCF, 2023

## COMPETÊNCIA FORENSE EM ENFERMAGEM NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À VÍTIMA: DO PRÉ HOSPITALAR AO SERVIÇO DE URGÊNCIA

- A Enfermagem Forense:
  - Surgiu 1974 – 1ª Enf. Forense (Canadá), Colaboração na investigação da morte;
  - 1974, 1977, 1979 – 1º programa SANE (Sexual Assault Nurse Examiner) nos EUA;
  - 1986 – Virginia Lynch, cria a disciplina de enfermagem forense, na universidade do Texas;
  - 1989 – Lynch, introduz a enfermagem forense como disciplina científica;
  - 1992 – Fundada a International Association of Forensic Nurse (IAFN).
  - A American Academy of Forensic Sciences reconhece a enfermagem forense como ciência forense.
  - 1995 – American Nurses Association, reconhece a enfermagem forense como especialidade;
  - 1997 – Publicadas as competências da enfermagem forense pela IAFN;
  - Hoje – IAFN tem membros em 22 países, sendo a entidade reguladora de toda a enfermagem forense no mundo.



Coeelho, 2023

[illegible]

(International Association of Forensic Nurses, 2023)

- ... o mesmo acontece com as equipas de emergência médica.



1. Os princípios legais - recolha e confiabilidade de vestígios, cadeia de custódia
2. O estabelecimento da lesão e sua causa.

EDMON LOCARD (1877-1966) CRIMINALISTA FRANÇÈS

## COMO DEVO PROCEDER?





## I. RECOLHA E PRESERVAÇÃO DOS VESTÍGIOS COMO PROCEDER? NO PRÉ HOSPITALAR

### Antes de chegar à vítima (pré hospitalar)

- Registrar (ainda que visualmente):
  - Portas: abertas ou fechadas? De que lado estava a chave?
  - Janelas – abertas ou fechadas? Estavam trancadas
  - Luzes – ligadas ou desligadas
  - Cortinas ou estores – abertos/fechados
  - Cheiros – cigarro, pólvora, fumo, gás, perfume, etc.
  - Sons, últimas palavras
  - Localização da vítima



## I. RECOLHA E PRESERVAÇÃO DOS VESTÍGIOS COMO PROCEDER? NO PRÉ HOSPITALAR

### Durante o exame da vítima (PH)

- Isolar o local;
- Posição em que a vítima foi encontrada
- Itens que além da roupa estão na vítima
- Tocar e mover o estritamente necessário;
- Ter atenção à presença de fluidos, evitando pisar os mesmos;
- Evitar o contacto directo com as amostras biológicas e vítima,
- Usar EPIs descartáveis (descartar separadamente);



## I. RECOLHA E PRESERVAÇÃO DOS VESTÍGIOS COMO PROCEDER? NO PRÉ HOSPITALAR

### Durante o exame da vítima (PH)

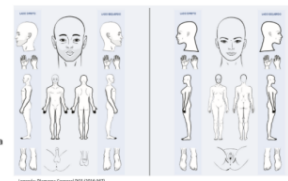
- Não beber, comer ou fumar;
- Não utilizar W.C. do local de crime;
- Trabalhar em condições de assepsia
- Usar material descartável e eliminar em contentores para resíduos biológicos;
- Estar só o pessoal de socorro necessário;
- Utilizar "corredor de passagem" (Uma única entrada e saída);

## I. RECOLHA E PRESERVAÇÃO DOS VESTÍGIOS COMO PROCEDER? NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Aspectos a ter em conta na chegada da vítima ao Serviço de Urgência:

### Exame Físico

- Garantir a presença de dois profissionais de saúde;
- Verificar todo o material e equipamento necessário;
- Garantir a privacidade da vítima;
- Recolher vestígios e amostras;
- Realizar foto documentação;
- Proceder ao registo detalhado das evidências.
- O Exame físico deve ser realizado de forma sequencial, da cabeça aos pés.



## I. RECOLHA E PRESERVAÇÃO DOS VESTÍGIOS COMO PROCEDER? NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

### Preservação da roupa



Cada peça, incluindo os sapatos, deverá ser cuidadosamente guardada em sacos de papel limpos individuais, evitando a contaminação cruzada. (DGS, 2014)

Colocar no chão um papel descartável/lençol branco e, por cima deste, outro papel descartável ou lençol (1º - prevenir a contaminação; 2º - recolher vestígios.)

Não sacudir as peças de roupa.

Piças molhadas ou húmidas devem ser colocadas a secar antes de serem embaladas. Identificar as peças colocadas cada uma em saco individual.

Caso seja necessário cortar a roupa, preservar os cortes/rasgos provocados por agressão, na roupa da vítima.

(DGS, 2014)

## I. RECOLHA E PRESERVAÇÃO DOS VESTÍGIOS COMO PROCEDER NO SU ?

### Zaragatoas da superfície corporal

Deverão ser realizadas antes de qualquer contato com a superfície corporal da vítima;

A 1ª zaragatoa a ser feita deverá ser sempre humedecida com água estéril, a segunda (caso seja feita) deverá ser seca (identificar qual a humedecida e qual a seca);

No caso de mordeduras, a recolha deve ser feita na área da impressão do arco dentário, por dentro, no meio e no perímetro por fora.

Em caso de luta ou se for observado material estranho ou manchas nas mãos ou espaços subungueais, deverá realizar-se uma zaragatoa subungueal em cada mão (passar na região subungueal de cada dedo). Se houver quebra de unha durante a agressão, esta deve ser cortada e acondicionada.

Em caso de cadáver, proteger as mãos com sacos de papel.

(DGS, 2014)

## I. RECOLHA E PRESERVAÇÃO DOS VESTÍGIOS COMO PROCEDER NO SU ?

### Preservação de vestígios biológicos para estudos de ADN



(Tempo médio aceitável entre contacto sexual e exame físico)

- < 6 a 8 horas na cavidade oral
- < 24 horas na região anorectal
- < 72 horas na cavidade vaginal
- < Até às 120h (5 dias) e até aos 14 dias, dependendo das circunstâncias do caso concreto (ex. no caso de vítima acamada em virtude de idade ou doença)

(DGS, 2013; 2015)

Nota: As Zaragatoas realizadas, assim como os absorventes de higiene pessoal recolhidos só devem ser armazenados, depois de secos.

(DGS, 2015)

Se possível, informar a vítima de comportamentos a evitar até realização do exame físico:

- > Tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo mãos e boca
- > Lavar os dentes
- > Linger ou cortar as unhas das mãos
- > Pentear-se
- > Mudar de roupa ou lavar a roupa que usava no momento da agressão
- > Urinar ou defecar, sendo que, caso seja imperioso, o deverá fazer para um contentor limpo, com tampa
- > Comer, beber, mascar ou fumar
- > Alterar circunstâncias na zona de ocorrência do crime, incluindo esvaziar baldes do lixo ou pisar autoclismo

(DGS, 2015; 2016)

### Recolha de vestígios no cabelo /pelos púbicos

Após devida permissão, cortar madeixa de cabelo/pelo púbico que se encontre emaranhado, empastado ou manchado (suspeta de presença de fluidos) para envelope de papel.

Pentear suavemente o cabelo/pelos púbicos com pente descartável, com movimentos descendentes para envelope de papel.

(DGS, 2016)

### Recolha de outro material estranho (terra, vidro, bala, cabelos)

Secar cada amostra colhida (sem lavar), acondicionar as amostras colhidas em embalagens próprias, rubricar e colocar juntamente com o formulário da Cadeia de Custódia.

(DGS, 2016)

## I. RECOLHA E PRESERVAÇÃO DOS VESTÍGIOS COMO PROCEDER NO SU ?

### Aspetos a ter em consideração na recolha de vestígios forenses em vítimas de...

#### ... arma de fogo

- Preservar elementos expelidos pelo cano da arma de fogo (partículas de pólvora incombustível, invólucro, projétil).
- Preservar a roupa da vítima sem sacudi-la para preservar os vestígios nela contidos.
- Evitar contaminar ou lavar áreas com "falsagem".
- Evitar cortar ou rasgar peças de roupa pelos orifícios aparentemente deixados pelo projétil.
- Documentar o tipo de arma de fogo (se possível fotografar em escala numérica).
- Evitar retirar balas do corpo com pinças de metal e colocá-las em taças de metal.

(Gomes, 2016)

#### ... arma branca

- Se a fesa ainda estiver emalada no corpo, proteger o cabo com saco de papel e fixar a fesa de modo a não sair.
- Numa lesão incisa, documentar a presença de "caudas" e cortes epiteliais superficiais numa extremidade da lesão.
- Preservar intacta a roupa da vítima (sempre que possível) de modo a ser possível determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão.

(Gomes, 2016)



## I. RECOLHA E PRESERVAÇÃO DOS VESTÍGIOS COMO PROCEDER NO SU ?

### Durante o exame da vítima

#### Vítima arma fogo / branca

- Se possível as **balas devem ser deixadas no local**, se não remover com uma pinça plástica ou luva colocá-las num envelope;
- **Descrever características dos ferimentos** (tamanho, localização, presença ou ausência de abrasão e de fuligem);
- Durante agressão por arma branca o agressor pode ficar ferido – atenção à recolha de vestígios de sangue;
- Foto documentar lesões;
- Atenção verificação do óbito nas situações de **homicídio seguido de suicídio**;



## I. RECOLHA E PRESERVAÇÃO DOS VESTÍGIOS COMO PROCEDER NO SU ?

### Durante o exame da vítima

#### Vítima arma fogo / branca

- Expor ferida / roupa;
- Não limpar a ferida ou as mãos (vestígios de pólvora);
- Não puncionar o dorso da mão;
- Proteger as mãos em saco de papel (resíduos de disparo, pelos, cabelos, material subungueal, manchas de sangue, etc...);
- Acondicionar as roupas preferencialmente em saco de papel.



## I. RECOLHA E PRESERVAÇÃO DOS VESTÍGIOS COMO PROCEDER NO SU ?

### Aspetos a ter em consideração na recolha de vestígios forenses em vítimas de...

#### ... asfixia:

- Deve-se tirar uma fotografia ou desenhar as características e documentar o lado onde o nó se encontra.
- Nunca desfazer o nó do laço ou cortá-lo através do nó.
- Se o examinado estiver morto, não se deve retirar o nó. Se estiver vivo e a necessidade de remover o nó for premente, deve realizar-se o corte cerca de 15 cm do nó.

(Gomes, 2016)

#### ... agressão:

- Todos os padrões de lesão devem ser identificados e descritos minuciosamente.

(Gomes, 2016)



- Em traumas (abrasões, lacerações, contusões, fraturas) a ferida pode apresentar restos do objeto que provocou a lesão – pode ser necessário guardar as compressas e ligaduras aplicadas pois podem conter vestígios;

## I. RECOLHA E PRESERVAÇÃO DOS VESTÍGIOS COMO PROCEDER NO SU ?

### Aspetos a ter em consideração na recolha de vestígios forenses em vítimas de...

#### ... acidentes de viação:

- Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como abrasões, lacerações e contusões.

(Gomes, 2016)

#### ... intoxicação:

- Preservar os vestígios eméticos.
- Com o auxílio de uma caneta, circundar o local da punção venosa por onde foi administrado o fármaco, para posterior diferenciação, com a punção onde foi administrada a substância tóxica ou drogas de abuso.
- Antes de administrar qualquer fármaco, realizar sempre que possível, colheita de sangue para análise.
- Recolher garrafas, blisters, caixas de comprimidos ou seringas, preservando impressões digitais.

(Gomes, 2016)



## I. RECOLHA E PRESERVAÇÃO DOS VESTÍGIOS COMO PROCEDER NO PRÉ HOSPITALAR?

### Registos a realizar no PH

- Condição em que a vítima se encontra;
- Características do local em redor;
- Tratamento realizado



## I. RECOLHA E PRESERVAÇÃO DOS VESTÍGIOS COMO PROCEDER NO SU ?

### Suspeita de intoxicação (envenenamento / overdose)

- Recolher a **substância suspeita** – usar luvas e colocar o material em envelopes de papel;
- Em caso de envenenamento ou overdose por **injeção**, colocar um **círculo (marcador permanente) nos locais de punção terapêutica**;
- **Preservar seringas com restos, p ex. vômito** (aspirar em recipiente esterilizado e guardar);
- Frascos, lamelas de comprimidos, devem **acompanhar** a vítima (ou corpo em caso de morte);



## I. RECOLHA E PRESERVAÇÃO DOS VESTÍGIOS COMO PROCEDER NO SU ?

### Registos a realizar SU (sala de emergência/ trauma)

- Características da pele e respetivas lesões;
- Descrição das características de roupa e calçado (rasgado/cortado/mal abotoado, botões ausentes);
- **Descrever e registar todos os orifícios não anatómicos, feitos durante SAV** (drenos/cateteres)
- Em caso de **MORTE**, nenhum material, resultante das medidas de terapêutica invasiva, deve ser retirado;



## I. RECOLHA E PRESERVAÇÃO DOS VESTÍGIOS COMO PROCEDER?

Registos a realizar SU (NÃO ESCREVER/ ESCREVER)

| NÃO ESCREVER              | ESCREVER                                                                                   |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| - Anormal;                | - Refere,                                                                                  |
| - Alegada;                | - Informa,                                                                                 |
| - Transtorno;             | - Narra,                                                                                   |
| - Estupro;                | - Que fique claro, que se está a registar o relato da vítima e não as impressões pessoais. |
| - Recusa;                 |                                                                                            |
| - Cooperante;             |                                                                                            |
| - Não foram usadas armas; |                                                                                            |
| - Sem evidências.         |                                                                                            |

## I. RECOLHA E PRESERVAÇÃO DOS VESTÍGIOS COMO PROCEDER?

- Recolha de vestígios forenses
- Identificação de vestígios forenses
- Registos realizados
- Documentação preenchida
- Acondicionamento correto

E agora?... Qual o seguimento a dar...?



## I. RECOLHA E PRESERVAÇÃO DOS VESTÍGIOS COMO PROCEDER?

### Fotodocumentação



#### Requisitos Básicos

|                                  |                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>EXATIDÃO</b>                  | Espeitar a realidade sem preocupação estética, mesmo que a realidade seja chocante.                                                                                      |
| <b>NETEZA</b>                    | Garantir a clareza dos detalhes da fotografia, mantendo a câmara o mais estável possível.                                                                                |
| <b>FOCAGEM CORRETA</b>           | Posicionar a área a fotografar no centro do visor, que normalmente é aquele que corresponde ao ponto de focagem para o qual a câmara se encontra parametrizada.          |
| <b>EXPOSIÇÃO ADEQUADA</b>        | Realizar em termos de luz e contraste a área a fotografar relativamente ao fundo, garantindo que não fica nem muito escura (subexposta) nem muito clara (sobre-exposta). |
| <b>UTILIZAÇÃO DE LUZ NATURAL</b> | Sempre que possível.                                                                                                                                                     |
| <b>USO DE TESTEMUNHO MÉTRICO</b> | Usar objetos – régulas, moedas ou outro objeto do qual inequivocamente se conheça o tamanho – como escalas de tamanho de lesões.                                         |
| <b>IDENTIFICAÇÃO</b>             | Identificar as fotos apenas com o n.º do episódio/caso, sem outra identificação.                                                                                         |

(JN, 2016: 172-173)

## I. RECOLHA E PRESERVAÇÃO DOS VESTÍGIOS COMO PROCEDER?

### Apoio Emocional e encaminhamento

Encaminhamento para profissionais e entidades competentes.

- Apoio Psicológico;
- Situar a situação a Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA);
- Situar no Núcleo de Apoio Hospitalar de Crianças e Jovens em Risco (NHACIR);
- Contatar Forças de Segurança (GNR/PSP);
- Contatar linha de emergência social 144;

#### NHACIR HSEIT

Dra. Luísa Silveira  
Enf. Luísa Ventura  
Enf. Maria Helena Sequeira  
Dra. Marisa Queiroga  
Dra. Paula Gonçalves

#### Núcleo Hospitalar de Violência Doméstica

Dra. Marisa Clara Sobrinho Guedes Queiroga

|                                                                                                                            |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                            |                            |
| <b>LISTA DE CONTACTOS</b><br>Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco<br>Equipes de Prevenção da Violência em Adultos |                            |
| Governo dos Açores                                                                                                         |                            |
| SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE DOS AÇORES                                                                                    |                            |
| Cidades de Saúde Primárias                                                                                                 |                            |
| <b>Unidade de Saúde</b>                                                                                                    | <b>Equipa</b>              |
| Unidade de Saúde da Ilha da Terceira                                                                                       | NACIR de Angra do Heroísmo |
| Unidade de Saúde da Ilha da Santa Maria                                                                                    | NACIR de Ponta da Formosa  |
| Unidade de Saúde da Ilha da Santa Maria                                                                                    | NACIR de Santa Maria       |
| Unidade de Saúde da Ilha da Graciosa                                                                                       | NACIR de Graciosa          |
| Unidade de Saúde da Ilha do São Miguel                                                                                     | NACIR de São Miguel        |
| Unidade de Saúde da Ilha do São Jorge                                                                                      | NACIR de São Jorge         |
| Unidade de Saúde da Ilha do Pico                                                                                           | NACIR do Pico              |
| Unidade de Saúde da Ilha do Faial                                                                                          | NACIR do Faial             |
| Unidade de Saúde da Ilha das Flores                                                                                        | NACIR das Flores           |
| Unidade de Saúde da Ilha do Corvo                                                                                          | NACIR do Corvo             |
| SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE DOS AÇORES                                                                                    |                            |
| Cidades de Saúde Hospitalares                                                                                              |                            |
| <b>Unidade de Saúde</b>                                                                                                    | <b>Equipa</b>              |
| Hospital da Terceira, EPS                                                                                                  | NHACIR de Ponta            |
| Hospital do Espírito Santo de Ponta Delgada, EPS                                                                           | NHACIR de Ponta Delgada    |
| Hospital Santo Espírito da Ilha Terceira, EPS                                                                              | NHACIR de Terceira         |



Anexo 2 - Fluxograma de Atuação em Situações de Violência Aguda e/ou de Agressão Sexual

## COMPETÊNCIA FORENSE EM ENFERMAGEM NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À VÍTIMA: DO PRÉ HOSPITALAR AO SERVIÇO DE URGÊNCIA

### VIOLÊNCIA INTERPESSOAL PROTOCOLOS DE INTERVENÇÃO DA DGS

<https://uccb.pt/wp-content/uploads/2019/06/Formu%C3%A1rio-de-registo-c%C3%A1davo-de-viol%C3%Aancia.pdf>



TAKE HOME MESSAGES/ A RETER

- ## BIBLIOGRAFIA

## BIBLIOGRAFIA

- [illegible]

**APÊNDICE X** – Lista de Verificação do Kit “Material de Recolha/ Manutenção de Vestígios Forenses”

Lista de Verificação do Kit “Material de Recolha/ Manutenção de Vestígios Forenses”

| <b>CÓDIGO/<br/>REFERÊNCIA</b> | <b>MATERIAL</b>                                            | <b>QUANT.</b> | <b>PRAZO DE<br/>VALIDADE</b> | <b>DATA DA<br/>VERIFICAÇÃO</b> | <b>ASSINATURA</b> |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------|
|                               | Água destilada – 10ml                                      | 2             |                              |                                |                   |
|                               | Avental descartável                                        | 1             |                              |                                |                   |
|                               | Caneta de acetato                                          | 1             |                              |                                |                   |
|                               | Cartão de identificação de cadáver                         | 1             |                              |                                |                   |
|                               | Compressa estéril 7.5x7.5cm                                | 2             |                              |                                |                   |
|                               | Compressa estéril 10x10cm                                  | 2             |                              |                                |                   |
|                               | Compressa estéril 20x15cm                                  | 2             |                              |                                |                   |
|                               | Elástico                                                   | 4             |                              |                                |                   |
|                               | Envelope sem janela com fita de silicone C4<br>(229x324mm) | 1             |                              |                                |                   |
|                               | Envelope sem janela com fita de silicone C5<br>(162x229mm) | 1             |                              |                                |                   |
|                               | Envelope sem janela com fita de silicone DL<br>(110x220mm) | 1             |                              |                                |                   |
|                               | Etiqueta de papel branca                                   | 4             |                              |                                |                   |
|                               | Frasco de colheita asséptica 120ml                         | 4             |                              |                                |                   |
|                               | Luvas esterilizadas 6.5; 7 ;7.5; 8.                        | 4             |                              |                                |                   |
|                               | Lamina de bisturi esterilizada                             | 1             |                              |                                |                   |

|  |                                 |   |  |  |  |
|--|---------------------------------|---|--|--|--|
|  | Lençol branco                   | 1 |  |  |  |
|  | Mascara de proteção individual  | 2 |  |  |  |
|  | Máquina fotográfica digital     | 1 |  |  |  |
|  | Papel A4 branco                 | 2 |  |  |  |
|  | Pinça esterilizada              | 1 |  |  |  |
|  | Pente tamanho médio (15 cm)     | 1 |  |  |  |
|  | Régua de papel descartável      | 1 |  |  |  |
|  | Sacos de papel                  | 6 |  |  |  |
|  | Saco para transporte de cadáver | 1 |  |  |  |
|  | Tesoura esterilizada            | 1 |  |  |  |
|  | Touca descartável               | 1 |  |  |  |
|  | Zaragatoa seca estéril          | 3 |  |  |  |

## **APÊNDICE XI – Questionário de avaliação da sessão de formação**

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

### “COMPETÊNCIA FORENSE EM ENFERMAGEM NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À VÍTIMA: DO PRÉ-HOSPITALAR AO SERVIÇO DE URGÊNCIA”

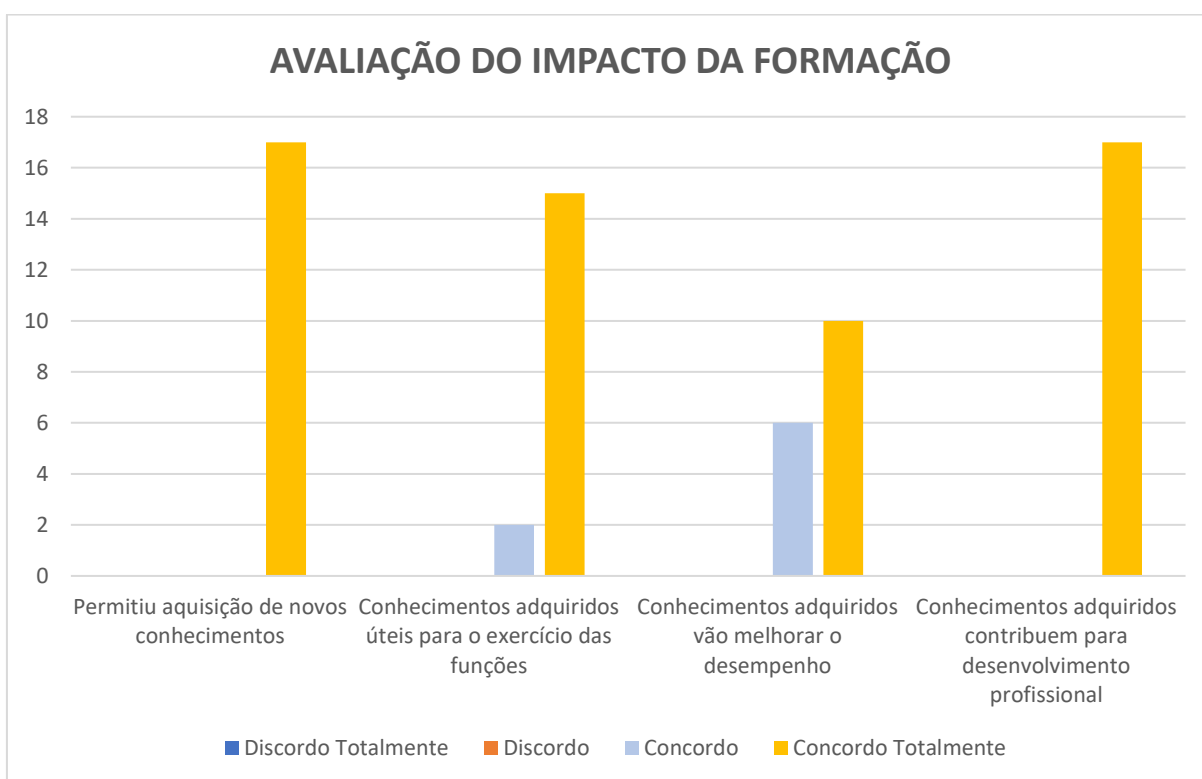
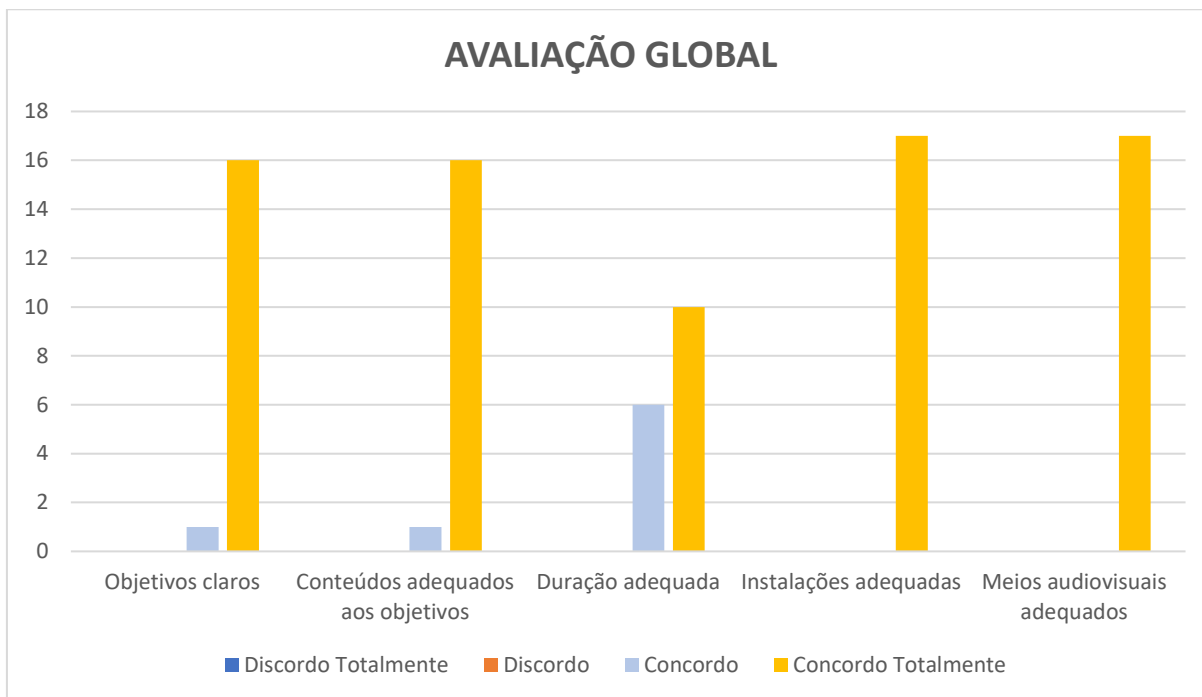
**Muito obrigada pela sua participação** nesta sessão de formação! Com o intuito de avaliar a pertinência e contributo da mesma para a melhoria da sua prática, pedimos-lhe que preencha, por favor, a tabela seguinte manifestando com uma cruz (X) a sua opinião relativamente à sessão de formação, atendendo à seguinte escala: 1. Discordo totalmente; 2. Discordo; 3. Concordo; 4. Concordo totalmente. **Muito obrigada!**

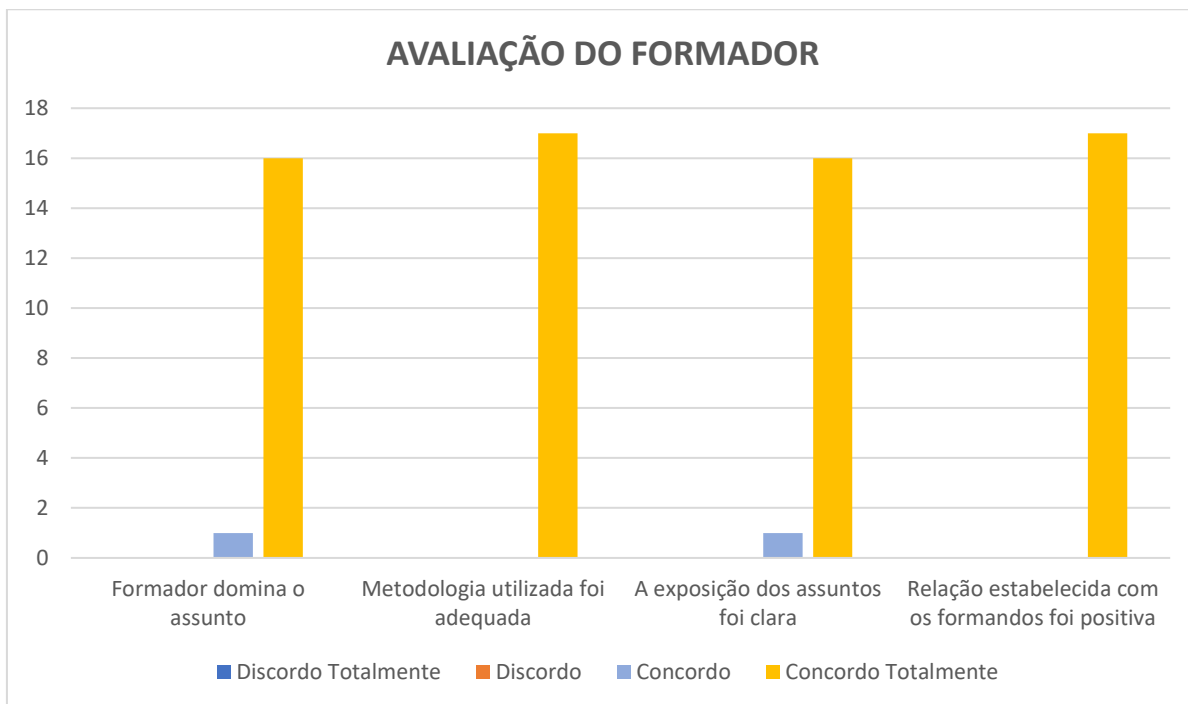
| Avaliação Global                                                               | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| Os objetivos da formação foram claros                                          |   |   |   |   |
| Os conteúdos foram adequados aos objetivos                                     |   |   |   |   |
| A duração da formação foi adequada                                             |   |   |   |   |
| As instalações foram adequadas                                                 |   |   |   |   |
| Os meios audiovisuais foram adequados                                          |   |   |   |   |
| <b>Avaliação do Impacto da Formação</b>                                        |   |   |   |   |
| Esta formação permitiu adquirir novos conhecimentos                            |   |   |   |   |
| Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções      |   |   |   |   |
| Os conhecimentos adquiridos vão melhorar o meu desempenho                      |   |   |   |   |
| Os conhecimentos adquiridos contribuem para o meu desenvolvimento profissional |   |   |   |   |
| <b>Avaliação do Formador</b>                                                   |   |   |   |   |
| O formador revelou dominar o assunto                                           |   |   |   |   |
| A metodologia utilizada foi adequada                                           |   |   |   |   |
| A exposição dos assuntos foi clara                                             |   |   |   |   |
| A relação estabelecida com os formandos foi positiva                           |   |   |   |   |

Comentários/Sugestões:

|                                          |
|------------------------------------------|
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |
|------------------------------------------|

**APÊNDICE XII** - Gráficos dos resultados do questionário de avaliação da sessão de formação





## COMENTÁRIOS

- Considero importante que se repita esta formação aos outros elementos da equipa
- Debater mais casos clínicos.
- Formação, cada vez mais, pertinente.
- Seria interessante reunir o material do kit e manuseá-lo numa próxima apresentação.
- Lista com Kit Material de Recolha Vestígios Forenses muito útil.
- Mais tempo de formação para debater casos clínicos.

**APÊNDICE XIII** - Proposta de Norma de Procedimento de Enfermagem – Cuidados de Enfermagem à Pessoa na Realização de uma Punção Lombar

|                                                                                                                             |                           |                         |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| <b>Proposta de Norma de Procedimento de Enfermagem – Cuidados de Enfermagem à Pessoa na Realização de uma Punção Lombar</b> |                           |                         | <b>Aprovado em:</b><br>____ / ____ |
| <b>Elaborado</b><br><i>Por:</i> Patrícia Nunes<br><i>Em:</i> julho 2023                                                     | <b>Revisto por:</b> M. A. | <b>Próxima Revisão:</b> | <b>Enf. Diretor</b><br>_____       |

## 1. DEFINIÇÃO

Conjunto de ações de enfermagem que visam a colaboração na realização da técnica de Punção Lombar (PL), a identificação correta do produto biológico colhido (Líquido Cefalorraquidiano - LCR) e o seu correto acondicionamento, a certificação do transporte para o laboratório nos tempos recomendados e a adequada vigilância da pessoa após o procedimento.

## 2. OBJETIVOS

- Uniformizar os procedimentos de enfermagem na preparação do material, posicionamento da pessoa, colheita e envio do produto biológico para o laboratório e vigilância da pessoa após a realização do exame;
- Promover a gestão de recursos humanos e materiais;
- Prevenir e controlar a infeção;
- Garantir a segurança, diminuindo riscos e erros.

## 3. ÂMBITO

Norma a ser aplicada pelos enfermeiros quando da realização da técnica de PL a todas as pessoas que, no decurso do seu internamento no SU, necessitem de realizar uma PL.

## 4. RESPONSABILIDADE

A responsabilidade da execução da técnica de PL é do médico.

A responsabilidade de preparar o material necessário, colaborar no adequado posicionamento da pessoa, garantir o envio do material biológico colhido (LCR) para o laboratório e a vigilância da pessoa após a realização da técnica é do Enfermeiro.

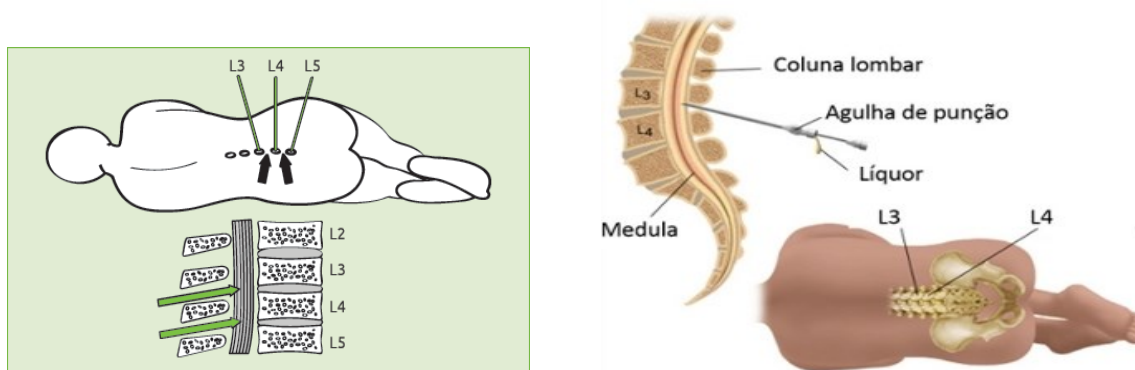
## 5. PRINCÍPIOS

A PL é um procedimento invasivo utilizado no diagnóstico da inflamação e infeção do sistema nervoso (ex.: meningite, encefalite), das neoplasias do sistema nervoso central e de outras doenças neurológicas, tais como a esclerose múltipla e a síndrome de *Guillain-Barré*.

A principal finalidade da PL é a colheita de uma amostra de LCR, um líquido circulante que banha o sistema nervoso e que envolve as raízes nervosas. O LCR pode ser utilizado para análise citológica, bioquímica e bacteriológica. Em situações menos frequentes, a PL também pode ser usada no

tratamento da hipertensão intracraniana e para a administração de terapêutica anestésica, de alguns antibióticos, agentes antineoplásicos, contrastes radiopacos (ex.: mielografia) e agentes radioativos (ex.: cisternografia cintigráfica).

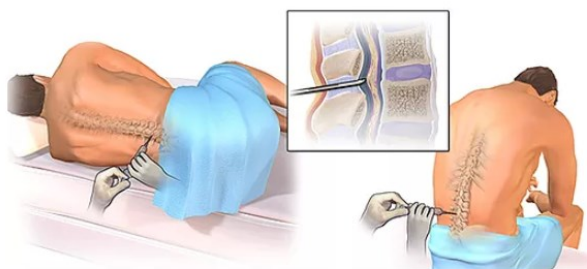
A PL é uma técnica asséptica e consiste na introdução de uma agulha de calibre 18 a 22G no espaço subaracnoideu, em L3-L4 ou L4-L5, abaixo da extremidade da medula espinal que se situa habitualmente em L1-L2 (cf. Figura abaixo).



**Figura 1** – Identificação do local para realização de PL

(Fonte: <https://regenerati.com.br/servicos/tap-test-hidrocefalia-de-pressao-normal/>)

A pessoa submetida a PL deve ser posicionada preferencialmente em decúbito lateral, em posição genupeitoral, com flexão do pescoço e joelhos. Em alternativa, a PL também pode ser realizada na posição de sentado com flexão anterior do tronco.



**Figura 2** – Posicionamentos para realização de PL

(Fonte: <https://brasilianeuroclinica.com.br/puncao-lombar/>)

As complicações associadas à realização de PL incluem dor lombar, hematoma e infecção do local de punção, infecção epidural ou subdural, radiculalgia e cefaleias (relacionadas com o volume de LCR extraído).

Um dos riscos potencialmente fatais associados à realização de PL é a herniação do tronco cerebral, associada a hipertensão intracraniana.

## 6. CONTRA-INDICAÇÕES

A realização da PL está contraindicada em doentes com:

- Pressão Intracraniana (PIC) elevada;
- Coagulopatias;
- Infecção da coluna dorso lombar.

Deve ser cautelosamente ponderada em doentes com bloqueio medular completo.

## 7. REQUISITOS

- O enfermeiro deve reunir todo o material necessário para a realização do procedimento;
- O enfermeiro deve explicar à pessoa consciente a necessidade do procedimento, com vista à obtenção do seu consentimento e da sua colaboração no decurso do mesmo.

## 8. MATERIAL

- ✓ Equipamento de Proteção Individual (EPI): bata ou avental e luvas;
- ✓ 1 Par de luvas esterilizadas;
- ✓ 1 Bata esterilizada;
- ✓ 1 Máscara;
- ✓ 1 Touca.

### Material da mesa de apoio

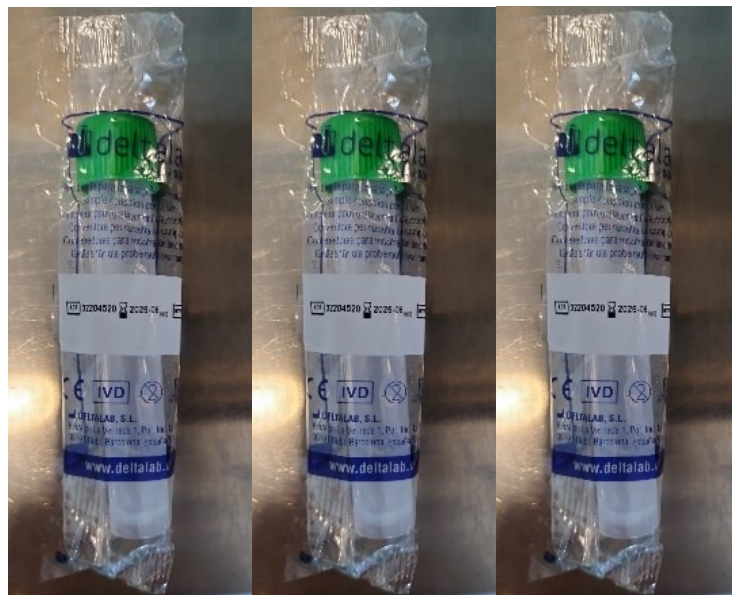
- ✓ 1 Campo esterilizado sem buraco;
- ✓ 1 Campo esterilizado com buraco;
- ✓ 2 Agulhas de punção lombar (tamanho adequado ao doente: 18, 20 ou 22G)
- ✓ Compressas esterilizadas;
- ✓ Solução antisséptica – sol. Iodada alcoólica ou em alternativa solução iodada aquosa (**não usar clorexidina**);
- ✓ 1 Penso cirúrgico pequeno;
- ✓ Contentor de corto perfurantes.

### Material para anestesia local:

- ✓ Seringa de 5mL;
- ✓ Lidocaína 2%, sem adrenalina;
- ✓ Agulha de diluição;
- ✓ Agulha subcutânea.

### Material para colheita de LCR

- ✓ 3 Tubos para colheita de líquido, devidamente identificados e numerados (1-3).



**Figura 3** – Tubos de colheita de LCR disponíveis no SU

## 9. DESCRIÇÃO

| AÇÕES                                                                                         | JUSTIFICAÇÃO                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Colaboração durante a realização da PL</b>                                                 |                                                                                                                                                                |
| 1. Confirmar a identificação da pessoa;                                                       | - Evitar o erro.                                                                                                                                               |
| 2. Explicar o procedimento à pessoa (se consciente) e clarificar a forma como pode colaborar; | - Obter o consentimento informado;<br>- Diminuir o medo e a ansiedade;<br>- Estimular a participação no procedimento;<br>- Promover o sucesso do procedimento. |
| 3. Reunir todo o material necessário para junto da pessoa;                                    | - Gerir o tempo e evitar falhas.                                                                                                                               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>4.</b> Preparar o material numa mesa de apoio, previamente higienizada, utilizando técnica assética:</p> <p><b>4.1</b> O campo esterilizado deve ser exposto numa mesa de apoio ou em carro destinado para o procedimento pelo enfermeiro.</p> <p><b>4.2</b> Todos os dispositivos e material estéril a colocar no campo devem ser entregues em mão (pedir a colaboração do médico ou de um colega).</p> | <p>-Prevenir e controlar a infeção;</p> <p>- Evitar desperdício de material por contaminação accidental;</p> <p>- Evitar falhas.</p> |
| <p><b>5.</b> Proceder à higiene das mãos</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>- Prevenir e controlar a infeção.</p>                                                                                             |
| <p><b>6.</b> Colocar o EPI e proceder à higiene das mãos imediatamente antes de posicionar o utente.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>-Prevenir e controlar a infeção.</p>                                                                                              |
| <p><b>7.</b> Posicionar o doente em decúbito lateral numa das extremidades laterais da cama, com ligeira flexão do pescoço e com flexão dos joelhos, encostando-os ao tórax.</p> <p><b>Nota:</b> Caso a situação clínica da pessoa não permita este posicionamento, aferir com o médico o posicionamento alternativo mais adequado.</p>                                                                        | <p>- Permitir uma abertura máxima dos espaços intervertebrais, facilitando o acesso ao espaço subaracnoideu.</p>                     |
| <p><b>8.</b> Proceder à lavagem cirúrgica das mãos e à colocação das EPI's (luvas, máscara, touca e bata) com técnica assética;</p>                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>- Prevenir e controlar a infeção, em particular pelo risco de meningite.</p>                                                      |
| <p><b>9.</b> Colaborar com o médico no decurso do procedimento;</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>- Gerir o tempo;</p> <p>- Identificar riscos e falhas.</p>                                                                        |
| <p><b>10.</b> Ajudar o doente a manter a posição de flexão descrita no ponto 4 e evitar movimentos bruscos.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>- Prevenir complicações.</p>                                                                                                      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>11.</b> Promover a vigilância do padrão hemodinâmico e respiratório do doente durante o procedimento e atuar em conformidade.</p>                                                                                                                                                                                                                                       | <p>- Identificar e prevenir complicações associadas ao procedimento.</p>                                                                                                           |
| <p><b>12.</b> Colaborar na colheita de líquido para os 3 tubos previamente identificados (nome da pessoa e HSE) e numerados, evitando tocar com os mesmos na agulha de punção.</p> <p><b>O terceiro tubo deve ser enviado para exame bacteriológico.</b></p> <p><b>Nota:</b> <i>Os tubos devem ser imediatamente enviados ao laboratório e <b>nunca</b> refrigerados.</i></p> | <p>- Prevenir e controlar infeção;</p> <p>- Garantir a qualidade do LCR colhido.</p>                                                                                               |
| <p><b>13.</b> Colaborar com o médico na realização do penso do local de punção.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>- Prevenir e controlar a infeção.</p>                                                                                                                                           |
| <p><b>14.</b> Comunicar à pessoa (se consciente) o término do procedimento e agradecer sua colaboração.</p> <p>posicionar ou ajudar a pessoa a posicionar-se em decúbito dorsal. Informar a pessoa que deve manter a posição de decúbito dorsal com cabeça baixa durante cerca de <b>12h</b>.</p>                                                                             | <p>- Diminuir a ansiedade;</p> <p>- Prevenir a cefaleia (complicação comum após a realização de PL).</p>                                                                           |
| <p><b>15.</b> Remover todo o material utilizado, procedendo à separação dos resíduos hospitalares de acordo com o grupo em que estes se inserem.</p>                                                                                                                                                                                                                          | <p>- Evitar riscos;</p> <p>- Prevenir e controlar a infeção;</p> <p>- Gerir adequadamente os resíduos hospitalares.</p>                                                            |
| <p><b>16.</b> Remover as EPI's e higienizar as mãos.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>- Prevenir e controlar a infeção.</p>                                                                                                                                           |
| <p><b>17.</b> Realizar o registo das intervenções de enfermagem realizadas nos suportes de registo em uso.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>- Validar o procedimento, a reação do doente durante o procedimento e as alterações eventualmente verificadas.</p> <p>- Garantir a continuidade dos cuidados de enfermagem.</p> |

## 10. ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

EPI's – Equipamentos de Proteção Individual

GCL-PPCIRA - Grupo de Coordenação Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

LCR – Líquido Cefalorraquidiano

PL – Punção Lombar

## 11. BIBLIOGRAFIA

Nottingham University Hospitals. 2011. Lumbar Puncture Guidelines. 2011.

Piazzetta, G. R., & Pereira, H. C. P. (2021). Punção lombar. *VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde*, 33(1), 111-123.

Schaffler, A. & Menche, N. (2004). *Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem*. Loures : Lusociência, 2004. pp. 18-20. ISBN 972-8383-78-9.

Tunkel, A. R., Hasbun, R., Bhimraj, A., Byers, K., Kaplan, S. L., Scheld, W. M., ... & Zunt, J. R. (2017). 2017 Infectious Diseases Society of America's clinical practice guidelines for healthcare-associated ventriculitis and meningitis. *Clinical Infectious Diseases*, 64(6), e34-e65.

Unidade de Cuidados Intensivos - Hospital do Barlavento Algarvio. 2002. Manual de rotinas, procedimentos e normas de orientação terapêutica. 2002.

Urden, L., Stacy, K. & Lough, M. 2006. *Enfermagem de Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção*. Loures : Lusodidacta, 2006. p. 753. ISBN 978-989-8075-08-6.

**APÊNDICE XIV – Tabela ISBAR para utilização na Passagem de Turno/Ocorrências/Transferência**

[illegible]

[illegible]



## **ANEXOS**

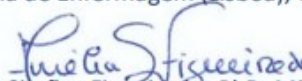
**ANEXO I** – Certificado de Menção Honrosa do Póster “Prática Avançada ao Serviço do Doente Crítico – um protocolo de Revisão de Eficácia” apresentado no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem.

## **CERTIFICADO**

Certifica-se que, **Ana Rodrigues e Patrícia Nunes**, apresentaram o Póster n.º 18 com o tema **“Prática Avançada ao Serviço do Doente Crítico – um Protocolo de Revisão de Eficácia”**, em coautoria com Isabel Rabiais e Rita Marques, premiado com Menção Honrosa - área de Enfermagem Médico-cirúrgica, à pessoa em situação crítica no **VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, realizado no **dia 24 de novembro de 2023**, Auditório 2, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 24 de novembro de 2023.

A Diretora  
Escola de Enfermagem (Lisboa), UCP

  
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN  
Professora Associada



ANEXO II – Certificado de apresentação do trabalho de investigação “Prática Avançada de Enfermagem ao Serviço do Doente Crítico – Uma Revisão de Eficácia” nas III Jornadas Académicas de Enfermagem da Macaronesia.



JORNADAS ACADÉMICAS DE  
ENFERMERÍA DE LA MACARONESIA  
ENFERMAGEM DA MACÁRONESIA

# Certificado

**Doutor Luís Miguel Salvador Machado Gomes, como Presidente do Comité Científico**  
**Mestre Helena Margarida Oliveira da Silva, como Presidente do Comité Organizador**  
**Das III Jornadas Académicas de Enfermagem da Macaronésia**

**Fazem constar que o trabalho:**

**Prática Avançada ao Serviço do Doente Crítico - Uma Revisão de Eficácia**

**Da autoria de Ana Rodrigues, Patrícia Nunes, Isabel Rabiais e Rita Marques foi apresentado no Painel “Contextos de Saúde e Ambiente” nas III Jornadas Académicas de Enfermagem da Macaronésia, que decorreram na Escola Superior de Saúde da Universidade dos Açores durante os dias 22, 23 e 24 de abril de 2024, em modalidade presencial e virtual.**

**E, para que conste, assinam o presente certificado em Ponta Delgada, a 24 de abril de 2024.**

Assinado por: **Luís Miguel Salvador Machado Gomes**  
Num. de Identificação: 07787463  
Data: 2024.05.30 22:03:49+00'00'

Assinado por: **Helena Margarida Oliveira da Silva**  
Num. de Identificação: 10061570  
Data: 2024.05.23 10:38:08+00'00'

**O Presidente do Comité Científico**

  
**A Presidente do Comité Organizador**

**ANEXO III – Certificado de Formação Profissional: "Via Verde Coronária INEM – Edição 2023"**



Departamento de Formação em Emergência Médica

### Certificado de Formação Profissional

De acordo com o Decreto-Lei n.º 396/2007 de 31 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 14/2017 de 26 de Janeiro.

## Via Verde Coronária - Edição 2023

Certifica-se que

**Patrícia Nunes**

concluiu com aproveitamento o curso de Formação Via Verde Coronária.

em 19 de setembro de 2023 com a duração de 1 hora.

O Departamento de Formação  
em Emergência Médica

(Teresa Pinto)

Certificado n.º agM8qb7SLI  
Válido até

Mod. INEM 454.1



**ANEXO IV** – Certificado de Palestrante nas IV Jornadas de Enfermagem Cirúrgica dos Açores, a 24 de maio, com o tema: "Metodologia ISBAR, à voz da experiência"



## CERTIFICADO DE PRELETORA

**Patrícia Nunes**

participou nas *IV Jornadas de Enfermagem Cirúrgica dos Açores*, no dia  
**24 de maio de 2024**, em Angra do Heroísmo, ilha do Terceira, no  
**Centro Cultural e de Congresso de Angra do Heroísmo**, enquanto  
preletor na Mesa 2 - **Segurança do Doente**, com a palestra:

**Metodologia ISBAR a voz da experiência**



A Presidente da Associação de Enfermagem  
Cirúrgica dos Açores

*Lídia Dias*

LIDIA MARIA RIBEIRO DIAS