



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

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

Ana Sarah Santos Ribeiro

**PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS
ESPECIALISTAS EM MÉDICO-
CIRÚRGICA SOBRE OS FATORES
INFLUENCIADORES DA SUA
INTERVENÇÃO EM PEDIATRIA NO
CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

**PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM
MÉDICO-CIRÚRGICA SOBRE OS FATORES
INFLUENCIADORES DA SUA INTERVENÇÃO EM
PEDIATRIA NO CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR**

Relatório Final de Estágio

Ana Sarah Santos Ribeiro

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, sob orientação da Professora Doutora Fernanda Maria Príncipe Bastos Ferreira.

Oliveira de Azeméis | 2025

"A grandeza do ser humano está na sua decisão de ser mais forte que a sua condição."

Albert Camus

AGRADECIMENTOS

Expresso a minha gratidão à Professora Doutora Fernanda Maria Príncipe Bastos Ferreira pela sua orientação, disponibilidade, sugestões e visão crítica, que foram basilares para o meu crescimento pessoal e profissional, durante este percurso.

Aos meus tutores de estágio, tanto no serviço de urgência, como no serviço de extra-hospitalar, por me terem recebido tão bem, pela partilha de experiências e oportunidades de aprendizagem.

Aos enfermeiros que participaram no *focus group*, pela disponibilidade e a vontade de quererem sempre ser melhor, são uma inspiração para os momentos mais difíceis.

A todas as minhas colegas de trabalho, MedPower, do serviço de pediatria médica, que fizeram com que o meu medo do incerto fosse atenuado e mesmo em momentos de alta pressão que temos vivenciado, nunca deixaram de me demonstrar incentivo, apoio e compreensão pelos constantes pedidos de troca de turnos.

Um agradecimento às minhas companheiras de curso, Cátia e Daniela, que nos apoiamos mutuamente nesta jornada.

Aos meus amigos de casa Sara e Dani, por me incentivarem a não desistir e ajudarem-me todos os dias.

Às minhas amigas pessoais, pela amizade de sempre, incentivo, especialmente à minha amiga Bia que tantas vezes compartilhou comigo o seu espaço de teletrabalho.

Aos meus pais, e aos meus irmãos que estiveram sempre comigo e não deixaram que desmoralizasse. Às minhas sobrinhas que apesar de serem uma distração são as mais lindas da tia.

Ao meu namorado e melhor amigo Bruno, por me incentivar sempre a ser melhor e a não desistir, por me ajudar a pensar, e por estar sempre aqui para mim, apesar da distância.

Obrigada a todos!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CODU – Centro de Orientação de Doentes. Urgentes

COS – Comandante de Operações de Socorro

DGS – Direção-Geral de Saúde

EAM – Enfarte Agudo Miocárdio

ECG – Eletrocardiograma

EEEMCPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EEH – Emergência Exta- Hospitalar

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESSNorteCVP – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

FR – Frequência Respiratória

IACS – Infecções Associadas dos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

NRS – *Numeric Rating Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBCI – Precauções Básicas de Controlo da Infecção

PCO – Posto de Comando Operacional

PCR – Paragem Córdio-Respiratória

PEE – Plano de Emergência Externa

PMA – Posto Médico Avançado

PNSD – Plano Nacional para a Saúde dos Doentes

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

PSC – Pessoa em Situação. Crítica

RAM – Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SCA – Síndrome Coronária Aguda

SE – Sala de Emergência

SHEM – Serviço de Helicópteros de Emergência Médica

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIOPS – Sistema Integrado de Operações de Socorro

SIV – Ambulância Suporte Imediato de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

START – *Simple Triage and Rapid Treatment*

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TAP – Triângulo de Avaliação Pediátrico

TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

TIH – Transporte Inter-Hospitalar

TO – Teatro de Operações

TRTS – *Triage Revised Trauma Score*

ULS – Unidade Local de Saúde

UL-PPCIRA – Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VV – Via Verde

VVC – Via Verde Coronária

VVT – Via Verde Trauma

RESUMO

A realização do estágio de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) II, que decorreu no contexto de Emergência Extra-Hospitalar (EEH) e no Serviço de Urgência Polivalente (SUP) de uma Unidade Local de Saúde (ULS) no centro de Portugal, proporcionou uma visão abrangente do trajeto da PSC, desde o cuidado extra-hospitalar até a sua admissão hospitalar. Este estágio teve como objetivo explorar as competências desenvolvidas como enfermeira especialista, através da sua aplicação prática em contextos críticos e competências como mestre em enfermagem, através da reflexão crítica. Os cuidados de enfermagem à PSC são entendidos como intervenções altamente qualificadas, realizadas de forma sistemática, com o intuito de prevenir complicações, limitar incapacidades e otimizar a recuperação total da pessoa. No contexto extra-hospitalar, o cuidado abrange todas as fases do ciclo de vida da pessoa. Quando direcionado a crianças, as intervenções tornam-se ainda mais exigentes, requerendo maior preparação prática e emocional, recursos específicos e estratégias eficazes de comunicação com a criança e a família, com vista à garantia de cuidados de excelência e à promoção do bem-estar global. Este trabalho teve como objetivo identificar as perceções dos enfermeiros especialistas em Médico-Cirúrgica sobre os fatores que influenciam a sua intervenção em pediatria no contexto extra-hospitalar, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias e aquisição de novos conhecimentos que fomentem melhorias na prática clínica. Inserido nos princípios da prática avançada de enfermagem e na integração de cuidados hospitalares e extra-hospitalares, o estudo permitiu compreender os desafios e fatores facilitadores vivenciados pelos enfermeiros neste contexto. Metodologicamente, foi realizado um estudo de natureza qualitativa, de tipo exploratório e descritivo, baseado na análise de conteúdo proveniente de discussões com enfermeiros especialistas, realizado em junho de 2024. As principais conclusões destacam a relevância de competências técnico-científicas, liderança em situações de emergência, gestão de recursos e comunicação eficaz com a equipa, doentes e familiares. Identificou-se também a necessidade de formação contínua e de protocolos que reforcem a segurança do doente e a eficiência das intervenções. Este trabalho contribui para o fortalecimento do papel dos enfermeiros especialistas, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC, especialmente em contextos pediátricos.

Palavras-chave: Pediatria; Enfermeiro Especialista; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Serviços de Emergência Médica

ABSTRACT

The Nursing Internship in Critical Care II completion, conducted in the contexts of Prehospital Emergency Care (PHEC) and the Emergency Department (ED) at a local health unit in central Portugal, provided a comprehensive understanding of the Critically Ill Person (CIP) care pathway, from pre-hospital intervention to in-hospital admission. This internship aimed to explore the competencies developed as a specialist nurse through the practical application in critical care settings and the competencies of nursing in master's degree through critical reflections. Nursing care for CIP is characterized as highly specialized, with systematic interventions designed to prevent complications, limit disabilities, and optimize the individual's full recovery. In the PHEC context, care covers all stages of the human life cycle. When focused on pediatric patients, interventions become even more demanding, requiring greater practical and emotional preparation, specific resources, and effective communication strategies with the child and their family to ensure excellence in care and promote overall well-being. This study aimed to identify the perceptions of medical-surgical specialist nurses regarding the factors influencing their interventions in pediatric prehospital emergency care settings. It contributed to the development of strategies and acquisition of new knowledge aimed at fostering improvements in clinical practice. Grounded in the principles of advanced nursing practice and the alliance of in-hospital and prehospital care, the study provided insights into the challenges and facilitating factors experienced by nurses in these settings. Methodologically, the research employed a qualitative, exploratory, and descriptive approach, utilizing content analysis derived from discussions with specialist nurses conducted in June 2024. Key findings highlighted the importance of technical-scientific competencies, leadership in emergency situations, resource management, and effective communication with teams, patients, and their families. The need for continuous education and the establishment of protocols to enhance patient safety and intervention efficiency was also identified. This study contributes to strengthening the role of specialist nurses, promoting the improvement of care quality delivered to CIP, particularly in pediatric contexts.

Keywords: Pediatrics; Nurse Specialists; Medical-Surgical Nursing; Emergency Medical Services

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Fatores dificultadores.....	77
Tabela 2: Fatores facilitadores.....	87
Tabela 3: Transporte para o meio hospitalar	95
Tabela 4: Experiência e Formação.....	98

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	17
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	19
1. Enquadramento dos contextos de estágio.....	21
1.1. Estágio em contexto de extra-hospitalar.....	22
1.2. Estágio em contexto de urgência.....	25
2. Competências comuns do enfermeiro especialista.....	29
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica	41
4. Considerações finais	55
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO.....	57
1. Resumo.....	59
2. Abstract.....	61
3. Fundamentação/enquadramento teórico	63
4. Finalidade e objetivos	69
5. Metodologia.....	71
5.1. Desenho do estudo	71
5.2. Considerações éticas	73
6. Resultados e Discussão	75
7. Conclusão	101
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
ANEXOS.....	119
ANEXO I: FORMAÇÃO EM SERVIÇO ELABORADA NA SUB ESTÁGIO EM EXTRA-HOSPITALAR	121
ANEXO II: WEBINAR INEM – APRESENTAÇÃO VIA POWERPOINT	132
ANEXO III: <i>FOCUS GROUP</i> – GUIA ORIENTADOR.....	135

ANEXO IV: APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA	137
ANEXO V: CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO	139

INTRODUÇÃO

O presente relatório final, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, pela Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP), surge como reflexo do percurso de estágio realizado em dois contextos distintos, mas complementares: a EEH e o SUP. Esta experiência proporcionou um olhar abrangente sobre o trajeto da PSC, desde o primeiro contacto no contexto extra-hospitalar até à sua integração no meio hospitalar.

A prática de enfermagem à PSC é caracterizada pela complexidade e pela exigência de competências técnico-científicas avançadas, que visam a estabilização, prevenção de complicações, recuperação funcional e, acima de tudo, a preservação da vida. No entanto, a intervenção no contexto extra-hospitalar, particularmente no cuidado pediátrico, apresenta desafios adicionais. A necessidade de uma abordagem sensível, uma comunicação eficaz e recursos adaptados às especificidades da criança e da sua família torna este cuidado ainda mais exigente. Estas vivências, associadas à experiência profissional prévia no internamento de medicina pediátrica, suscitaram o interesse por explorar os fatores que influenciam a prática do enfermeiro de extra-hospitalar em contextos pediátricos.

Partindo da questão de investigação: *“Quais as percepções dos enfermeiros especialistas em Médico-Cirúrgica sobre os fatores que influenciam a sua intervenção em pediatria no contexto extra-hospitalar?”*, este trabalho procura compreender os fatores que dificultam e facilitam a prática do enfermeiro neste cenário. A relevância deste estudo é sustentada por uma revisão da literatura que evidencia a escassez de investigações nesta área, particularmente em território nacional, e pela importância de desenvolver estratégias que potencializam melhorias na qualidade dos cuidados prestados.

O presente estudo de investigação tem como base, em termos conceptuais, a Teoria das Transições de Meleis, que fornece uma estrutura compreensiva para analisar as mudanças e os desafios enfrentados pela PSC e pela sua família durante os períodos de transição, como a transferência de cuidados do ambiente extra-hospitalar para o hospitalar. Esta teoria destaca a necessidade de uma intervenção de enfermagem que promova o bem-estar, minimize o impacto das mudanças e ofereça suporte emocional e técnico às

pessoas em situação de vulnerabilidade. Adicionalmente, o modelo de aquisição de competências desenvolvido por Patricia Benner foi considerado como suporte conceitual para compreender o desenvolvimento de competências dos enfermeiros especialistas. Este modelo enfatiza o progresso contínuo dos profissionais de enfermagem ao longo de cinco níveis de prática, onde a experiência e a reflexão sobre situações clínicas concretas desempenham papéis centrais na construção de conhecimentos e na tomada de decisão eficaz, especialmente em contextos de elevada complexidade como a EEH.

Como metodologia, foi realizado um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, com base na análise de conteúdo proveniente de um *focus group* com enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. O objetivo principal foi explorar as experiências vivenciadas por esses profissionais, identificar os fatores que influenciam a prática clínica e propor caminhos para a sua melhoria.

A estrutura deste relatório está organizada em duas grandes partes. Na primeira, apresenta-se o enquadramento dos contextos de estágio, onde é realizada uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas tendo por base o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEMCPSC), terminando esta primeira parte com uma conclusão. Na segunda parte, aprofunda-se a componente de investigação. Neste capítulo é descrito o enquadramento teórico, a finalidade e objetivos do estudo, a metodologia adotada através do desenho de investigação onde se apresentam os critérios de seleção dos participantes e considerações éticas. De seguida, os resultados alcançados em categorias, tendo por base o Método de Análise de Conteúdo de Bardin, e a sua discussão, fazendo uma conexão com a evidência científica existente, culminando em conclusões que visam contribuir para a prática avançada em enfermagem, bem como as limitações deste estudo de investigação.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

Enfermagem em Emergência Extra-Hospitalar e Serviço de Urgência Polivalente

1. Enquadramento dos contextos de estágio

A unidade curricular, Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II, está integrada no 2º ano 1º semestre do plano de estudos favorável ao grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Despacho n.º 11688/2020 de 25 novembro, 2020). Permite o desenvolvimento de habilidades de julgamento crítico, planeamento e tomada de decisão em ambientes controlados e supervisionados, promovendo a confiança e as competências necessárias para o cuidado à PSC. O estágio final comportou dois grandes momentos de aprendizagem em práticas clínicas com contexto distintos, são eles: a EEH e SUP. Ambos os estágios foram realizados na região centro de Portugal continental.

A enfermagem avançada foca-se na investigação científica para fundamentar e aprimorar a prática clínica, promovendo a prática baseada em evidências científicas. Envolve também uma constante reflexão e conceptualização dos cuidados, com o objetivo de melhorar continuamente as intervenções e a compreensão das necessidades de saúde (Henriques et al., 2021). No âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializada, é essencial que os enfermeiros especialistas compreendam as dinâmicas próprias da sua intervenção. Os estágios proporcionam uma oportunidade de desenvolvimento da prática no contexto da prestação de cuidados, permitindo assim consolidar o conhecimento adquirido (Ordem dos enfermeiros, 2021a). O *International Council of Nurses* define como enfermeiro de prática avançada aquele que, por meio de formação especializada, alcançou um nível de conhecimento especializado, com habilidades complexas de decisão e competências clínicas avançadas (Schober et al., 2020). Esse profissional amplia e expande os limites da prática de enfermagem, contribuindo para o avanço do conhecimento e da profissão, fortalecendo ambientes seguros e de qualidade (Henriques et al., 2021).

O Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), procura a integração crescente dos sistemas Extra-Hospitalar e Hospitalar de Urgência, num Sistema de Urgência único e integrado, privilegiando o aproveitamento das infraestruturas existentes e dos centros de qualidade já constituídos (Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, 2014). O SIEM é composto por entidades como Polícia de Segurança Pública, a Guarda Nacional Republicana, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa, o Instituto Nacional de

Emergência Médica (INEM) e os Hospitais e Centros de Saúde, que cooperam entre si com um objetivo comum de prestar assistência (INEM, 2017). De forma, a clarificar o circuito de doente, foram criadas Redes de Referência genérica e Redes de Referência específicas para as quatro Via Verde (VV) e para competências ou procedimentos específicos, clarificando os circuitos dos doentes (Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, 2014).

Os conceitos de urgência e emergência distinguem-se. O conceito de emergência é caracterizado por haver o compromisso de uma ou mais funções vitais, enquanto o conceito de urgência, mesmo que não haja compromisso de uma função vital, há um risco potencial de falência orgânica vital (Regulamento n.º 226/2018 de 16 de abril, 2018). A Rede de Referência de Urgência e Emergência deve incluir as relações entre os sistemas Extra-Hospitalar e Hospitalar de Urgência, e as unidades prestadoras de Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares sem Serviço de Urgência (Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, 2014).

1.1. Estágio em contexto de extra-hospitalar

O primeiro momento de estágio em contexto de prática clínica, decorreu no INEM região centro, no meio Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e no meio Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), no período de 03 de outubro de 2023 a 12 de dezembro de 2023. Consistiu na divisão da carga horária de 70% a serem realizadas em SIV e os restantes 30% em VMER.

A Emergência Extra-hospitalar em Portugal continental é assegurada pelo INEM, uma entidade que faz parte do Ministério da Saúde. O INEM coordena e garante o funcionamento eficaz e sustentável do SIEM. Este sistema adota uma abordagem inovadora, sustentável e de referência na prestação de cuidados de emergência extra-hospitalares, com o objetivo de garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita uma prestação rápida e correta de cuidados de saúde (INEM, 2021). O INEM é composto por diversos meios de emergência, tais como: VMER; Ambulâncias SIV; Ambulâncias de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico; Ambulâncias de Emergência Médica; Motociclos de Emergência Médica; Ambulâncias de Socorro fixadas em entidades que são agentes de proteção civil e/ou elementos dos SIEM (Postos de Emergência Médica ou Postos Reserva);

Unidades Móveis de Intervenção Psicológica de Emergência, Serviço de Helicópteros de Emergência Médica (SHEM) e Viatura de Intervenção em Catástrofe (INEM, 2021).

A enfermagem iniciou o seu percurso na EEH em Portugal em 1981, quando o INEM começou a oferecer os primeiros cursos de formação sobre técnicas de emergência médica. Esses cursos foram desenvolvidos em colaboração com profissionais internacionais e marcaram o início do envolvimento ativo dos enfermeiros na prestação de cuidados de emergência fora do ambiente hospitalar em Portugal (INEM, 2023).

Desde então ocorreram várias mudanças significativas nas funções, metodologia de trabalho e número de enfermeiros na área de extra-hospitalar em Portugal. Uma das mudanças mais importantes ocorreu em 2007, com a criação das ambulâncias SIV, o que resultou no reforço do número de enfermeiros a desempenhar funções neste âmbito (INEM, 2023). A partir desta data, o papel do enfermeiro no extra-hospitalar assumiu uma nova posição, até então nunca alcançada, ao desempenhar um papel fundamental na assistência extra-hospitalar, contribuindo para a melhoria dos cuidados de emergência e garantindo uma resposta eficaz às situações de crise e urgência médica. Atualmente, as três principais atividades do enfermeiro na área extra-hospitalar estão relacionadas com os meios SIV, VMER e o SHEM. Cada uma dessas atividades distingue-se pelos diferentes contextos em que são realizadas, os recursos físicos e materiais disponíveis, os recursos humanos envolvidos e a gestão e produção dos cuidados de saúde prestados (Regulamento n.º 226/2018 de 16 de abril, 2018). Esta diversidade de contextos e recursos requer dos enfermeiros competências específicas e capacidade de adaptação às diferentes situações de emergência que possam surgir.

As ambulâncias SIV permitem o “acompanhamento de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência, tem como objetivos a estabilização pré-hospitalar, o transporte de doente crítico e dispõe de equipamento de Suporte Imediato de Vida” (Despacho n.º 5561/2014 de 23 de abril, 2014, p.11124). A SIV onde realizei o estágio estava integrada no Serviço de Urgência Básica (SUB) da área geográfica de atuação, fazendo assim parte da equipa, enfermeiros da SUB e dois enfermeiros com funções exclusivas da SIV. O despacho n.º 5058-D/2016 de 13 de abril (2016), determina que as SUB devem integrar as ambulâncias SIV e estas equipas operam em conjunto com os serviços de urgência das unidades de saúde onde estão localizadas, sob a orientação das Administrações Regionais de Saúde. Assim, esta unidade SIV atua de acordo com o despacho mencionado, tendo como principal missão prestar cuidados diferenciados, sendo

que cada ambulância é tripulada por um Enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré-hospitalar (TEPH), este com formação em técnicas de EEH e desfibrilhação automática externa (Despacho n.º 5561/2014 de 23 de abril, 2014, p.11124). O enfermeiro da ambulância SIV desempenha um papel crucial na liderança da equipa e na garantia da operacionalidade da ambulância, assegurando a operacionalidade de todos os equipamentos, materiais e medicamentos, além de supervisionar os registos clínicos e coordenar as atividades da equipa, de acordo com o Parecer N.º 04/2021 (Ordem dos Enfermeiros, 2021b).

Como já referido anteriormente, também foi possível realizar estágio em meio VMER, introduzida num hospital central da Unidade Local de Saúde (ULS), com SUP e que possui um total de duas VMER(s), de onde fazem parte enfermeiros que trabalham na sua maioria no serviço de urgência do mesmo hospital, assim como em outros serviços da ULS. A VMER é:

“Constituída por um médico e um enfermeiro, concebida para o transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra o doente/sinistrado, tem como objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida” (Despacho 5561/2014, de 23 de abril, 2014, p.11124).

Além da motivação gerada pela necessidade de enfrentar o inesperado, fui também impulsionada pela minha curiosidade em relação ao modo de atuação na EEH, onde os recursos para prestação de cuidados são limitados. Este aspeto despertou em mim o desejo de desenvolver competências específicas nesse contexto, onde a capacidade de observação e o sentido crítico do enfermeiro são ainda mais valorizados e necessários.

O enfermeiro de EEH é um profissional altamente qualificado, responsável por fornecer cuidados de enfermagem de qualidade em situações de emergência, urgência, crise ou catástrofe até à transição de cuidados para a unidade de saúde destinatária, garantindo atendimento integral, oportuno e ético, com base em evidências científicas e investigação (Regulamento nº226/2018 de 16 de abril, 2018).

Segundo o Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho (2018), a PSC “cuja vida está ameaçada devido à falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja a sobrevivência depende de cuidados avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p.19362). O enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental na assistência à PSC, garantindo que recebam cuidados avançados e de alta qualidade, com base em conhecimentos científicos e competências especializadas.

1.2. Estágio em contexto de urgência

O segundo momento de estágio decorreu num SUP de uma ULS da região centro de Portugal, no período de 14 de dezembro de 2023 a 11 de março de 2024. De acordo com o Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto (2014), “O SUP é o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área” (p. 20674). Este despacho preconiza também que pelo menos metade dos profissionais enfermeiros que compõem as equipas de atendimento da Rede de Urgência, em atividade a qualquer momento nos SUB, nos Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica e nos SUP, devem possuir competências específicas atribuídas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), correspondentes à especialização em enfermagem à PSC. Esta medida visa garantir as habilidades e conhecimentos necessários da equipa de enfermagem, para lidar com situações críticas de saúde que possam surgir nos serviços de urgência.

O SUP desta ULS é constituído por mais de 150 enfermeiros, entre os quais enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas. Em todos os turnos, um dos elementos da equipa é distribuído com funções de coordenação, sendo responsável pela gestão do serviço relativamente aos restantes enfermeiros, assistentes operacionais, materiais, equipamentos, medicação e gestão de conflitos. Em cada área do SUP também existe um enfermeiro responsável, que coordena o processo de alta para o domicílio ou a transferência para o internamento, e reporta necessidades para o enfermeiro responsável de coordenação.

A escolha deste local para o meu estágio tem origem na necessidade em compreender a dinâmica de um SUP, sendo uma área na qual não possuo muitas competências. O estágio neste contexto permite acompanhar o percurso do doente crítico desde a sua admissão até à sua alocação numa unidade ou serviço específico, possibilitando a identificação de fatores que possam melhorar a otimização desse processo. Além disso, este estágio possibilita a aplicação de conhecimentos na prática clínica relacionada com a prestação de cuidados à PSC, desde a organização até à conceção desses cuidados.

A admissão no SUP pode ocorrer de diferentes formas, assegurando o acesso adequado aos cuidados de saúde em situações de urgência. Uma das vias principais é através dos sistemas telefónicos centrais de triagem, como o Centro de Orientação de

Doente Urgente (CODU) do INEM, acionado pelo número europeu de emergência (112), ou pela Linha Saúde 24, conforme descrito no Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto (2014). No CODU, realiza-se a triagem telefónica, que inclui a definição de prioridades, aconselhamento médico, acionamento de meios de emergência quando necessário e orientação dos doentes para os serviços da Rede de Referenciação de Urgência e Emergência (Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, 2014). O SUP também recebe doentes encaminhados pelos Centros de Saúde da área de residência, consultas externas, outras instituições hospitalares menos diferenciadas ou quando há necessidade de cuidados e valências indisponíveis no hospital de origem. Desta forma, o SUP cumpre os objetivos da rede de referenciação ao garantir acessibilidade em diferentes pontos da rede, garantindo também a articulação entre os meios diferentes meios do SIEM. Para assegurar o acesso universal aos cuidados de saúde, o SUP também admite doentes que chegam provenientes do domicílio, sem avaliação ou orientação prévia por serviços extra-hospitalares. Essa diversidade de formas de admissão reflete a abrangência das situações e origens dos doentes que recorrem ao serviço, bem como a ampla cobertura populacional da área de intervenção deste SUP.

O circuito do doente no SUP inicia-se com a admissão e triagem. Desde 2014, em Portugal, o SUP adotou o sistema de Triagem de Manchester. Neste SUP existem três postos de triagem, que visam classificar o doente de acordo com seu nível de risco, permitindo que seja encaminhado de acordo com normas definidas e padronizadas. O objetivo é dar prioridade e atenção com base na classificação de triagem, garantindo que o doente seja avaliado no local mais adequado, dentro de um tempo clinicamente aceitável, com a logística e equipa mais apropriadas (Despacho 10319/2014 de 11 de agosto, 2014). A Triagem de Manchester é um sistema reconhecido internacionalmente que categoriza os doentes em cinco níveis de prioridade, com base na gravidade da sua condição médica e na urgência da intervenção médica (Grupo Português de Triagem, 2021). Isso permite que os recursos do SUP sejam alocados de forma eficiente, garantindo que os doentes mais críticos recebam atenção imediata, enquanto aqueles com condições menos graves possam esperar de acordo com a sua necessidade (Grupo Português de Triagem, 2021).

Tendo em conta que o SUP da ULS em que realizei o estágio, encontra-se a sofrer uma reestruturação devido a obras de requalificação, as alocações permanecem em constante mudança. Após a triagem, a pessoa é encaminhada para a especialidade preconizada ou para a Sala de Emergência (SE), em alguns casos os doentes em risco imediato de vida, podem ser encaminhados diretamente para a SE sem passarem na

triagem, quando referenciados antecipadamente pela VMER, por exemplo. Deste modo, consoante as suas necessidades, o doente é encaminhado para diferentes áreas de especialidades médicas. São elas: Área médica 1 (equiparada a um serviço de urgência básica); Área médica 2, (onde se encontram especialidades médicas como, a medicina interna, cardiologia, gastroenterologia, nefrologia, hematologia, pneumologia e neurologia); Área cirúrgica (onde se localizam as especialidades cirúrgicas como, cirurgia geral, vascular, maxilo-facial, neurocirurgia); em áreas próprias encontram-se os serviços de ortopedia; psiquiatria; urologia; otorrinolaringologia; ginecologia e ainda oftalmologia. Em termos físicos o SUP situa-se no mesmo piso que os exames complementares de diagnóstico. Contudo o acesso ao bloco operatório, localizado no piso superior, realiza-se por meio de um elevador, contrariando as determinações da Administração Central de Sistemas de Saúde (ACSS, 2019).

A Transferência Inter-Hospitalar (TIH) é da responsabilidade do SUP, onde normalmente é atribuído um enfermeiro, de modo a agilizar a transferência do doente para o serviço de urgência adequado. Em concordância com o Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto (2014), o SUP responsabiliza-se pelo tratamento adequado e oportuno do doente. Deste modo, em casos de incapacidade, deve também garantir a sua transferência para outro serviço de saúde mais apropriado e vizinho.

A integração gradual no SUP permitiu desenvolver progressivamente a autonomia, a observação da dinâmica de cuidados e a organização da equipa multidisciplinar. Durante o estágio, a diversidade de experiências possibilitou a ampliação de conhecimentos e a troca de aprendizagens com a equipa de enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento de competências comuns e específicas. Esta troca fortaleceu a preparação para atuar em situações de alta complexidade como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica com foco na pessoa em situação crítica.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

O enfermeiro especialista é reconhecido pela sua competência científica, técnica e humana ao fornecer cuidados especializados. A especialização em enfermagem é cada vez mais valorizada devido à crescente procura por cuidados de enfermagem de alta qualidade e à necessidade de competências técnicas e científicas avançadas e específicas.

As competências comuns do enfermeiro especialista “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Regulamento 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4745)

São quatro os domínios das competências comuns, nomeadamente: o da responsabilidade profissional; ética e legal; o da melhoria contínua da qualidade; o da gestão dos cuidados; e o do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Neste capítulo, serão apresentados estes quatro domínios, bem como as atividades desenvolvidas em estágio, utilizadas com o fim de adquirir e solidificar as competências comuns do enfermeiro especialista.

2.1 Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A prática profissional prende-se com o desenvolvimento de responsabilidade, ética e legal. Na área da especialidade, os profissionais devem demonstrar conduta de acordo com normas legais, princípios éticos e deontologia profissional. Isso garante a prestação de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

A atuação do enfermeiro especialista define-se pela ética e legalidade, seguindo as normas e regulamentos profissionais da sua área de especialidade. O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei nº 156/2015 de 16 de setembro, 2015), o Código Deontológico dos Enfermeiros e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) reforçam a

importância dos enfermeiros adotarem uma conduta responsável, ética e respeitosa em relação aos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Durante o estágio, houve um esforço contínuo na promoção do exercício profissional e tomadas de decisão em conformidade com os princípios e normas éticas da profissão de enfermagem. Além disso, foi incentivada a reflexão crítica sobre esses princípios e normas. O desenvolvimento destas competências inclui a defesa dos Direitos Humanos, o respeito pelo direito à informação, confidencialidade e segurança da informação, tal como o respeito pela dignidade do doente, não descuidando a promoção da segurança e o respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais dos doentes nos diferentes contextos (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). Ao longo do percurso, foram surgindo algumas dúvidas e inquietações, que exigiram uma adaptação e reflexão dos princípios e valores éticos da profissão.

Embora a privacidade seja um direito fundamental, muitas vezes precisam ser estabelecidas prioridades em situações de emergência, de modo a manter a segurança e o bem-estar do doente. Sendo importante equilibrar a confidencialidade com a necessidade de partilhar informações essenciais para coordenar o cuidado, garantindo a privacidade enquanto se promove a colaboração entre os profissionais de saúde (Ibrahim et al., 2024). Nos dois contextos de estágio foram vários os fatores que dificultaram o cumprimento deste direito. No contexto de EEH, deparamo-nos com diversas situações em que este direito colide com a emergência da atuação. Neste contexto é importante minimizar a exposição do doente tanto quanto possível e procurar proteger a sua privacidade, como a prestação de cuidados dentro da ambulância assim que possível e assim que haja segurança para tal. Em alguns casos, pode ser necessário solicitar de maneira assertiva aos observadores ou familiares que se retirem do ambiente para evitar interferências na prestação de cuidados de qualidade. Esta abordagem visa garantir um ambiente tranquilo e respeitoso para o doente durante a situação de emergência, estabelecendo como foco a sua privacidade, o seu bem-estar e segurança.

No contexto de SUP, o cumprimento do direito à privacidade muitas vezes é dificultado por vários fatores, como a organização estrutural e funcional dos serviços, a habitual sobrelotação e os rácios da equipa multidisciplinar que podem não ser adequados para responder à exigência dos doentes. Nestas situações a privacidade e confidencialidade ficam seriamente comprometidas, interferindo desta forma com os seus direitos descritos na Lei n.º 15/2014 de 21 de março (2014) e na Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes

(Direção-Geral da Saúde, 2009). Estas condições exigem a implementação de estratégias de abordagem à pessoa e de comunicação adequada entre o profissional de saúde e o doente, com vista na garantia do respeito, da privacidade e da confidencialidade das informações mesmo num ambiente de urgência. As políticas públicas e as normativas tem como objetivo reforçar os direitos dos doentes, incluindo o respeito à privacidade e à confidencialidade das informações. Essas diretrizes são orientadas por leis de proteção de dados e pelo Código Deontológico de Enfermagem, que rege práticas responsáveis e éticas para promover cuidados que preservam a dignidade humana (Cantante et al. 2020). Durante o estágio, sempre que possível, tentei prestar cuidados respeitadores da privacidade, com a utilização de cortinas, recolocação dos doentes em boxes mais isoladas, no caso de procedimentos mais invasivos.

O direito de acompanhamento dos doentes nos serviços de urgência, que se encontra esclarecido na Lei nº 15/2014 de 21 de março (2014), muitas vezes torna-se difícil de cumprir, devido a sobrelotação no SUP e a contingências estruturais. Na tentativa de colmatar esta condição de não acompanhamento ou falta de informação a familiares/acompanhantes, este serviço criou um gabinete de informações, disponível das 8h às 24h, que permite a transmissão de informação e a realização de visitas curtas, consoante a disponibilidade do serviço.

No que diz respeito à comunicação de más notícias, sendo um momento particularmente difícil, durante os contextos de estágio procurei colmatar as dificuldades pela aquisição de estratégias. São exemplos disso, a adequação do espaço, a utilização de uma comunicação adaptada à situação, a possível seleção do familiar ou pessoa próxima mais capaz no momento para ser recetor da informação e realizar esta intervenção juntamente com a equipa multidisciplinar, ministrada preferencialmente pelo médico e enfermeiro, em contexto VMER e, em contexto SUP, pelo médico responsável. É essencial que ocorra, um ajuste do ambiente físico, no que se refere à privacidade, para que se respeitem sentimentos, expressões emocionais adaptativas de cada cultura, que possam a vir a surgir em ambiente de crise (Malta et al., 2023).

Tendo em conta este domínio, considero que as minhas intervenções foram sempre fundamentadas no respeito pela pessoa, sua dignidade e vontades, sempre com base no respeito pelos direitos humanos, com conhecimento do Código Deontológico e REPE, procurando as melhores capacidades para tomar decisões autónomas e espírito crítico.

2.2. Melhoria Contínua da Qualidade

No domínio da melhoria contínua da qualidade, segundo o Regulamento 140/2019 de 6 de fevereiro (2019), o enfermeiro especialista “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”; “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”; “Garante um ambiente terapêutico e seguro” (p.4747). Desempenham assim um papel multifacetado na promoção da segurança do doente e na gestão de riscos em qualquer ambiente de saúde, contribuindo significativamente para a qualidade e eficácia dos cuidados prestados. A segurança do doente é fundamental para garantir a qualidade dos cuidados de saúde.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, tem como objetivo a implementação de políticas e estratégias que permitam reduzir o número de incidentes em contexto de cuidados de saúde, promovendo e consolidando a segurança na prestação de cuidados. Encontra-se estruturado em cinco pilares, sendo eles: cultura de segurança (reduzindo incidentes e promovendo ambientes seguros); liderança e governação (compromisso dos gestores e da liderança na execução do plano); comunicação (base de toda e qualquer ação planeada e de sucesso); prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente (notificar/reportar, conhecimento das causas, prevenir incidentes futuros); práticas seguras em ambientes seguros (consolidação de práticas seguras em qualquer nível de cuidados) (Direção-Geral da Saúde, 2022). Desta forma, nestes dois momentos de estágio foi possível a implementação de estratégias para a promoção da qualidade dos cuidados, cumprindo assim as indicações do PNSD.

O INEM tem ao seu dispor o Manual de Segurança do Doente no pré-hospitalar de 2021, criado pela Comissão de Segurança do Doente do INEM, baseado nos objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020, onde são identificadas áreas prioritárias no contexto extra-hospitalar como a identificação de doentes, a segurança na utilização de medicamentos, a prevenção de quedas e lesões, a comunicação e informação, e por fim, os sistemas de notificação de acidentes/incidentes, eventos adversos e reações adversas.

Durante os dois momentos de estágio as precauções com a segurança do doente foram constantes no que diz respeito à identificação correta do doente seguindo a Orientação n.º 018/2011 de 23 maio (2011), da Direção-Geral de Saúde (DGS), referente

aos mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. Em ambos os contextos de estágio esta medida de segurança pode apresentar algumas dificuldades devido ao trabalho em condições difíceis, com doentes urgentes ou emergentes, muitas vezes instáveis, em que a rapidez é prioritária, devendo restringir-se ao mínimo possível o tempo de permanência no local; doentes com alteração do estado de consciência, incapazes de comunicar eficazmente e de fornecer os dados de identificação; situação de multivítimas, indisponibilidade de elementos identificativos (fator linguístico, ausência de documentos); doentes com limitações cognitivas (Silva et al., 2023). Em ambos os contextos de estágio esta medida de segurança pode apresentar alguns desafios.

Segundo o Manual de Segurança do Doente no pré-hospitalar de 2021, em situação de multivítimas ou situação de exceção são indicadas a utilização de etiquetas de triagem que além de servir como elemento identificativo servem também como elemento organizativo, estabelecendo uma prioridade na abordagem aos doentes. Estudos apontam que protocolos como a *Simple Triage and Rapid Treatment* (START) podem ajudar nestas situações ao classificar vítimas rapidamente de acordo com a gravidade dos casos, minimizando o tempo no local e facilitando a comunicação (Castro et al., 2018; Silva et al., 2023). Durante o estágio de extra-hospitalar todos os doentes foram corretamente identificados, através da confirmação do documento de identificação, foram registados no verbete eletrónico e/ou verbete de papel. Quando não foi possível a confirmação da identificação do doente esta foi sinalizada em verbete como “ID não confirmada” e no caso de inconsciência ou incapacidade de verbalizar foi sinalizado em verbete como “Desconhecido”.

No SUP a identificação é feita através da pulseira de identificação que permite minimizar situações de risco em ambientes específicos e constitui um equipamento de segurança que deve ser explicado ao doente, pedindo-lhe a sua colaboração (Orientação nº 018/2011 de 23 de maio, 2011). Quando não foi possível a identificação, devido à alteração do estado de consciência, procedia-se à comparação dos dados da pulseira, com os dados no processo clínico. Esta foi sempre substituída por uma nova quando apresentava alteração no estado de integridade.

No que diz respeito aos sistemas de notificação de acidentes/incidentes, eventos adversos e reações adversas, o INEM tem ao seu dispor a plataforma *Health Event & Risk Management* (HER+), onde os profissionais podem notificar ocorrências relevantes relacionadas com a segurança do doente, dos profissionais ou aspetos ambientais dos

cuidados, com o intuito de prevenir incidentes futuros e promover uma cultura de segurança, seguindo a Norma nº 017/2022 de 19 dezembro (2022).

No SUP é usado o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA), sendo um sistema nacional para comunicação e gestão de incidentes ocorridos, com uma filosofia não punitiva, que permite a recolha de informação relativa a incidentes, para que sejam desenvolvidas estratégias nacionais de intervenção prioritária. Os sistemas de notificação desempenham um papel crucial na promoção da segurança do doente, permitem que os profissionais de saúde descrevam eventos adversos, erros médicos ou outras preocupações relacionadas com a segurança do doente de forma voluntária e confidencial (Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro, 2021; Norma nº 017/2022 de 19 dezembro, 2022).

No que diz respeito à comunicação e à transição de cuidados segundo a Norma nº 001/2017 de 8 de fevereiro (2017), a transição de cuidados de saúde é caracterizada pela transferência de responsabilidade e informações entre prestadores de cuidados. Estes momentos são críticos, pois há um risco aumentado de erros e falhas de comunicação, sendo necessários protocolos e procedimentos que incluam comunicação padronizada, para garantir uma comunicação eficaz e segura. Ao reconhecer e abordar estes momentos críticos, os sistemas de saúde podem melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados (Marques et al., 2021). Desta forma em ambas as instituições em que realizei o estágio é utilizada a metodologia ISBAR (I-Identificação; S-Situação; B-Background/Antecedentes; A-Avaliação; R-Recomendações), promovendo segurança numa comunicação mais eficaz e um discurso organizado, permitindo a transição dos cuidados, tal como preconiza a DGS na norma nº 001/2017 de 8 de fevereiro (2017). No decorrer do estágio esforcei-me por aprimorar a minha comunicação sistematizando a informação nos momentos de transição de cuidados, adquirindo um pensamento mais alinhado e organizado, de forma a garantir a continuidade de cuidados.

2.3. Gestão dos cuidados

Um aspeto central do papel do enfermeiro especialista é a sua capacidade de gerir os cuidados de forma eficaz, otimizando as respostas da equipa de enfermagem e da equipa de saúde em geral. Isso implica coordenar as atividades de enfermagem, “otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” e “adequa os recursos às necessidades de cuidados,

identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p.4745).

As gestões de cuidados nestes dois contextos possuem algumas diferenças em termos de organização, porém os princípios são os mesmos, sendo o enfermeiro especialista responsável por adequar os recursos disponíveis às necessidades específicas de cuidados. Isso requer uma compreensão profunda das necessidades dos cuidados de saúde.

Em meio VMER, a gestão é realizada pela Enfermeira Coordenadora da unidade VMER, do hospital em que está inserida a VMER. As suas responsabilidades vão desde a elaboração de horários, requisição de todos os consumíveis, equipamentos e medicação necessários eletronicamente, passando por todos os aspetos que envolvem a gestão de recursos disponíveis e sempre de acordo com as necessidades da unidade.

A Enfermeira Coordenadora do SUB, assume também as funções de coordenação e direção da gestão dos cuidados de enfermagem na operacionalidade da ambulância SIV. Os enfermeiros que atuam na SIV, são responsáveis pela manutenção adequada dos equipamentos, por meio de verificações periódicas. As suas responsabilidades vão além do período de resposta às ocorrências, incluindo a supervisão da operacionalidade da ambulância, verificação de material e medicamentos, garantia do funcionamento correto dos equipamentos e elaboração de registos clínicos, de acordo com o Parecer N.º4/2021 (Ordem dos Enfermeiros, 2021b). Durante o estágio no contexto extra-hospitalar, a adaptação a diferentes contextos (SIV e VMER) provocou alguma insegurança inicial, mas a verificação da *check-list* de material das diferentes malas de atuação e o manuseamento dos materiais permitiram uma melhor familiarização com o ambiente, resultando numa abordagem mais ágil no final do estágio. Destaca-se a importância do espírito de equipa, comunicação eficaz, gestão de conflitos e tomada de decisão em equipa, aspetos essenciais para este contexto. Em resumo, o enfermeiro especialista desempenha um papel crucial como líder de equipa, tanto na prestação de cuidados ao doente como na gestão de cuidados, os profissionais regem-se pelo Parecer n.º 136/2007 que tem como objetivo prover um recurso que clarifique, apoie e oriente a tomada de decisão para a delegação e supervisão de cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

No segundo estágio a gestão de cuidados foi, também, realizada pelo enfermeiro gestor do serviço em partilha com o enfermeiro coordenador do turno e tendo em conta a vasta área de cuidados do SUP e a diversidade de especialidades. Destacou-se a importância de um enfermeiro responsável por cada área. A liderança inclui a

responsabilidade pela organização dos recursos, gestão de conflitos e a necessidade de dar prioridade aos cuidados baseando-se na gravidade dos casos (Bernardino et al., 2022). O enfermeiro responsável por cada área verifica a operacionalidade dos materiais e equipamentos, dinamiza a gestão da área de cuidados e organiza o espaço, dando prioridade aos doentes com maior gravidade e necessidades mais urgentes. Também facilita transferências e altas, promovendo uma gestão eficiente do espaço e participando ativamente nas decisões em equipa para garantir cuidados eficazes.

No decorrer do estágio surgiu a oportunidade de acompanhar várias vezes a minha enfermeira tutora no exercício de funções de responsável de área. Além disto, como já referido, na organização do serviço, existe um enfermeiro coordenador do turno com funções exclusivas de gestão e coordenação. As suas responsabilidades envolvem a gestão de recursos materiais em todas as áreas, garantindo a disponibilidade de recursos farmacológicos, incluindo o controlo de fármacos sujeitos a registo obrigatório (estupefacientes). Este também desempenha um papel vital na dinâmica de funcionamento do SUP, mobilizando profissionais e reorganizando equipas para melhorar a eficácia na prestação de cuidados e colmatando quaisquer lacunas, inclusive ajustando a distribuição de profissionais com competências específicas para cada área da unidade. Ao assumir esta competência, o enfermeiro especialista destaca-se como um líder na promoção da excelência nos cuidados de saúde de acordo com o Parecer N.º 10/2017 (Ordem dos Enfermeiros, 2017a). Quando existem EEMCPSC, são estes os profissionais que devem assumir o papel de coordenador de turno. No contexto de atuação dos enfermeiros, o profissional com melhor formação para ser designado como responsável de turno, é o enfermeiro especialista, porém, na ausência deste, é possível designar um enfermeiro de cuidados gerais, desde que sua competência para a tarefa seja comprovada (Ordem dos Enfermeiros, 2017a).

A liderança do enfermeiro especialista em ambientes de urgência e emergência, é considerada fundamental na coordenação e gestão da equipa para garantir um cuidado eficaz e seguro. Além disso, o enfermeiro com funções de gestão deve ser capaz de tomar decisões rápidas e assertivas em cenários críticos, garantindo a continuidade dos cuidados e a integridade do doente, especialmente em situações de sobrecarga ou emergências complexas, onde há necessidade de reorganizar a equipa e os recursos disponíveis (Bernardino et al., 2022). Em suma, os dois estágios proporcionaram várias oportunidades de aprendizagem relacionadas com a gestão e liderança.

2.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, segundo o Regulamento 140/2019 de 6 de fevereiro (2019), as competências do enfermeiro especialista passam por “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (p.4745).

A formação do enfermeiro especialista envolve desenvolver competências profissionais essenciais, tanto na teoria quanto na prática clínica. Isto inclui a procura contínua por evidência científica mais recente aliado à aprendizagem prática adquirida através da interação com doentes e as suas famílias. Este processo ajuda a desenvolver o autoconhecimento, a assertividade e a estrutura moral do enfermeiro. Vivenciar situações desafiadoras em ambientes de alto risco, fortalece as suas competências clínicas e éticas, enquanto que ambientes de cooperação incentivam a colaboração e a troca de conhecimentos, promovendo um desenvolvimento profissional completo e contínuo (Benner, 2001).

Cada serviço possui necessidades formativas específicas, tornando o contexto prático essencial para a aprendizagem dos enfermeiros. A formação em serviço facilita a partilha e a reflexão sobre o cuidado, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados e promover o desenvolvimento profissional conforme as necessidades de cada serviço e dos seus profissionais (Marques, 2021).

Com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento contínuo da organização e fortalecer a cultura de aprendizagem e colaboração dentro da equipa, foi realizado durante o estágio no contexto extra-hospitalar, um momento de formação em serviço direcionado aos profissionais de saúde da SUB e da SIV. Esta iniciativa foi desenvolvida em conjunto com o meu tutor da SIV, alinhada aos objetivos específicos do estágio e às necessidades de formação identificadas entre os profissionais destes serviços. Após uma conversa reflexiva com o meu tutor, definimos que a formação abordaria a interpretação de eletrocardiogramas (ECG), considerando ser uma prática recorrente tanto no SUB quanto na SIV e essencial para a prestação de cuidados em situações críticas. A formação foi planeada para relembrar conceitos básicos sobre a interpretação de ECG, como a síntese do funcionamento cardíaco, a identificação das ondas do traçado eletrocardiográfico e seus significados, estratégias para uma leitura sistemática do ECG, bem como a identificação dos ritmos mais comuns e das principais disritmias (Anexo I). Esta atividade foi pensada para

responder às exigências práticas do dia-a-dia e promover o progresso técnico dos profissionais envolvidos. Contribuindo não apenas para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, mas também para o fortalecimento das competências de ensino e liderança necessárias ao enfermeiro especialista. Esta experiência foi especialmente significativa para o meu desenvolvimento enquanto futura especialista e mestre em enfermagem, proporcionando uma oportunidade de consolidar conhecimentos, melhorar a minha capacidade de comunicação em contextos clínicos e liderar iniciativas educativas em cenários de alta complexidade.

O INEM, também solicitou a participação voluntária no *Webinar*, “2º Seminário de Enfermagem Especializada em Médico-Cirúrgica no Contexto de Emergência Extra-Hospitalar”, que decorreu no dia 17 de janeiro de 2024, através da plataforma digital *Microsoft Teams*, em que participei como palestrante na temática “Fatores Inibidores/Facilitadores da Intervenção em Pediatria em Contexto Extra-hospitalar” (Anexo II). Um dos objetivos do enfermeiro especialista é melhorar a qualidade de vida das pessoas que enfrentam processos médicos e cirúrgicos complexos, que exigem intervenção especializada em diversos contextos, hospitalar, extra-hospitalar e comunitários (Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho, 2018). O enfermeiro do extra-hospitalar atua ao longo do ciclo vital de modo a promover e garantir um atendimento integral e oportuno de qualidade (Regulamento n.º 226/2018 de 16 de abril, 2018). O único estudo feito em Portugal que avalia ansiedade sentida pelos enfermeiros e médicos da VMER, quando o alvo dos cuidados são crianças, é o de Dias & Calviño (2018), refletindo que cerca de 76% dos profissionais referem maior ansiedade nas vítimas pediátricas comparativamente a vítimas com outras faixas etárias. Pela experiência profissional pessoal, que passa por serviço de pediatria e através da partilha de experiências durante o contexto de estágio. Percebi que seria uma área de cuidados a abordar devido também à falta de estudos realizados em Portugal sobre esta temática. Permitindo refletir sobre a prática e identificar possíveis focos de atenção, com vista na melhoria da qualidade dos cuidados e ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, aliado às mais recentes evidências científicas.

Ao longo destes dois momentos de estágio, procurei desenvolver meu autoconhecimento com o intuito de fundamentar a minha prática, utilizando conhecimentos teórico-práticos adquiridos na componente teórica do mestrado. Durante o estágio, e nos dois contextos, esforcei-me para aprimorar a minha prática com base em novos conhecimentos científicos. A gestão emocional pode ser desenvolvida e aprimorada

pelo treino prático, beneficiando o autocontrolo e a resiliência em situações de alta pressão (Andrade, 2022). Dediquei-me a melhorar as relações interpessoais e a gestão emocional em situações de stress, sendo esta uma competência essencial para o meu desenvolvimento como enfermeiro especialista. Ao longo dos dois contextos, observei uma evolução na expressão do meu pensamento crítico, promovendo uma reflexão cada vez mais contínua.

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica

As competências específicas do EEEMCPSC, decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento nº429/2018 de 16 de julho, 2018).

Estas competências são essenciais para a prestação de cuidados em contextos de alta complexidade, direcionados a pessoas com uma ou mais funções vitais em risco imediato. Esses cuidados visam responder às necessidades afetadas, manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e limitar incapacidades, sempre com o objetivo de promover a recuperação total da pessoa (Regulamento nº429/2018 de 16 de julho, 2018).

Foram definidas, pela OE, as competências específicas do EEEMCPSC que espelham uma diversidade de processos de cuidado e atuação na abordagem à PSC: “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”; “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” e “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19359).

Neste próximo capítulo pretende-se definir as competências específicas do EEEMCPSC, desenvolvidas ao longo do estágio de Enfermagem à PSC II.

3.1. Cuidar da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

Prestar cuidados à PSC, requer a antecipação de focos de instabilidade e a prevenção do agravamento da falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018). A competência adquirida resultou do enriquecimento teórico, da preparação prévia

para as ocorrências, do conhecimento dos recursos materiais e suas alocações, da capacidade de mobilizar conhecimentos e da gestão de emoções. Além disso os dois campos de estágio permitiram a prática da metodologia ABCDE (A - Via aérea; B - Ventilação; C - Circulação; D - Disfunção neurológica; E - Exposição) que permite de uma forma organizada avaliar a pessoa e estabelecer prioridades de estabilização e definir se a vítima é crítica ou não (INEM, 2012a).

A utilização de protocolos e a familiaridade com rotinas de cuidados são fundamentais para que os enfermeiros possam tomar decisões rápidas e assertivas, especialmente em ambientes complexos. A prática baseada em protocolos bem definidos, não só reforça a conformidade com as normas estabelecidas, mas também promove uma atuação com mais confiança e estabilidade emocional (Vieira et al., 2020a). Conhecer e entender os procedimentos e protocolos estabelecidos durante ambos os estágios possibilitou uma prática mais independente e assertiva, permitindo realizar intervenções com uma base sólida de segurança e eficiência. No decorrer dos estágios, foi possível implementar a metodologia ABCDE, seguindo algoritmos de Suporte Avançado de Vida (SAV), bem como outros protocolos complexos, tanto no INEM como no SUP.

O risco de instabilidade elétrica e hemodinâmica no extra-hospitalar é enorme, pelo que foi fundamental desenvolver competências relacionadas com a identificação, a antecipação e a atuação perante a instabilidade do doente (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018). De salientar, em extra-hospitalar os protocolos instituídos e abordagens mais utilizados por mim, que foram: o da dispneia; dor torácica; vítima de trauma; paragem cardiorrespiratória do adulto; alteração do estado de consciência; Via Verde (VV) Acidente Vascular Cerebral (AVC) e coronária; disritmias; analgesia e sedação. Os menos frequentes foram: o trauma abdominal com evisceração; convulsão em vítima pediátrica; reação anafilática; intoxicação; traumatismo crânio encefálico.

A eficácia do processo de encaminhamento através da VV depende da colaboração entre os sistemas hospitalar e extra-hospitalar, com foco na continuidade dos cuidados e na redução do tempo para o tratamento definitivo (Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, 2014). A chegada atempada do doente à unidade hospitalar permitirá a realização de tratamentos que apenas são eficazes nas primeiras horas após o início do AVC (SNS, 2021a). Portanto a nível extra-hospitalar é importante a sensibilização para os sinais de alarme presentes (dificuldade em falar, diminuição da força num membro, desvio da comissura labial), a ativação célere bem como o encaminhamento do doente (SNS, 2021a).

Em contexto de SUP, a ativação das quatro Vias Verdes (VV) definidos pelo Serviço Nacional Saúde (SNS) é frequente, principalmente a VV AVC e VV Coronária (VVC). A SUP segue a Norma 015/2017 de 13 de julho (2017) da DGS, sobre a VV ACV. Assim que a VV AVC é ativada, na SE é contactado o médico neurologista destacado que procede à avaliação do doente e aplica escalas neurológicas, como o *National Institutes of Health Stroke Scale* que permite avaliar a gravidade do AVC facilitando a avaliação da função neurológica e a existência de défices (NIH, 2024). Após a avaliação médica e estabilização hemodinâmica, o doente é encaminhado para a Tomografia Axial Computorizada (TAC) crânio-encefálica para estabelecimento de diagnóstico e ajuste de procedimentos terapêuticos agudos (fibrinólise ou tratamento endovascular). Durante o estágio foi possível o acompanhamento do doente durante a realização de trombectomia endovascular e o encaminhamento subsequente para uma unidade especializada de AVC. Existe também outra situação em que a realização de fibrinólise estava contraindicada, pelo que o doente permaneceu na SE, para avaliação regular de défices neurológicos, vigilância e registo dos mesmos.

No que diz respeito à VVC no extra-hospitalar o encaminhamento dos doentes através desta VV é feito com base em critérios clínicos específicos, como dor torácica de início súbito, com ou sem irradiação ao membro superior esquerdo, costas ou mandíbula, suores frios intensos, acompanhados de náuseas e vômitos que podem indicar uma Síndrome Coronária Aguda (SCA) (SNS, 2021b). Neste contexto, com doentes suspeitos de SCA, o papel do enfermeiro é essencial para a identificação precoce dos sintomas e para a aplicação de protocolos de suporte, sendo de extrema importância o enfermeiro possuir competências técnicas para interpretar sinais e sintomas e resultados do ECG, contribuindo para a eficácia dos cuidados do extra-hospitalar ao reduzir o tempo para o início do tratamento adequado e garantir a continuidade da vigilância durante o transporte para a unidade hospitalar (Soares et al. 2020).

No estágio do extra-hospitalar foram vários os casos de dor torácica, onde se procedia, conforme o protocolo instituído no INEM. Constituído pela caracterização da dor, conhecendo a hora exata de início do sintoma e a intensidade com que se apresenta, identificação dos antecedentes clínicos de forma a detetar a presença de fatores de risco cardiovascular. De seguida procedia-se à realização de ECG de 12 derivações com o objetivo de recolher informação clínica relevante e início de terapêutica de acordo com o protocolo em vigor. Os dados obtidos são transmitidos ao CODU, após validação do CODU seguem-se

as orientações médicas. No caso da confirmação de um provável SCA, procede-se a administração de oxigénio suplementar, ao alívio da dor e à antiagregação plaquetar. De seguida o transporte é realizado o mais rápido possível para a Unidade Hospitalar mais adequada, de acordo com as indicações do CODU. Durante o transporte o doente é mantido em vigilância de consciência e parâmetros vitais através de monitorização contínua.

No contexto de dor torácica no SUP, o tempo de resposta e a rápida ativação dos protocolos de triagem são fundamentais para a eficácia da intervenção (Bemposta et al. 2024). No protocolo de ativação da VVC é necessário solicitar um ECG que deverá ser realizado até, no máximo, 10 minutos. Esta medida visa agilizar o atendimento e garantir que os doentes, com suspeita de problemas cardíacos, recebam a avaliação adequada (Norma nº 002/2018 de 9 de janeiro, 2018). Este procedimento permite o encaminhamento rápido do doente para procedimentos de intervenção, como a angioplastia, caso necessário. Este processo, conduzido maioritariamente pelos enfermeiros de triagem, visa reduzir a mortalidade associada a eventos cardíacos, promovendo a estabilização do doente o mais rápido possível para minimizar danos ao miocárdio (Bemposta et al. 2024). Durante o estágio foi possível o acompanhamento do doente com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) até à sala de hemodinâmica para a realização de angioplastia coronária e posterior encaminhamento para uma unidade especializada.

As outras duas VV definidas pelo Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto (2014) como Sistemas de Resposta Rápida implementadas pelo SUP são a VV Sépsis e VVT. A VVT é caracterizada por uma estruturação rígida e a participação de diversas especialidades multidisciplinares. Esta via adota uma abordagem sistemática e organizada pelos profissionais, devido à ampla gama de lesões e ao desconhecimento inicial do tipo e da gravidade das mesmas (Norma nº 012/2022 de 12 de novembro, 2022). A abordagem inicial à vítima de trauma deve obedecer, como anteriormente referido, à sequência “ABCDE”, nos primeiros 20 minutos da chegada da vítima, com vista a uma sistematização mais rápida e prevenção de possíveis complicações imediatas (INEM, 2012a). Segundo as orientações da Norma nº 012/2022 de 12 de novembro (2022) os SUP devem ser informados previamente sobre o transporte de uma vítima de trauma. Durante a avaliação inicial, várias monitorizações, intervenções e tarefas devem ocorrer simultaneamente, com o coordenador da equipa de trauma, responsável por partilhar informações e definir prioridades de tratamento e investigação. A avaliação secundária deve ser realizada após a

estabilização inicial do doente e deve incluir uma história detalhada do trauma usando a mnemónica AMPLE:

“Presença de alergias (*Allergies*), uso de medicações (*medications*), antecedentes pessoais patológicos, cirurgias anteriores e imunização (*past medical history*), tempo desde a última refeição e tipo de alimentos ingeridos (*Last meal*), e eventos relacionados com o trauma, como por exemplo, qual o mecanismo de lesão, avaliação e tratamento no local do acidente, tempo decorrido desde o acidente até a chegada do INEM (*events preceding injury*)” (Norma nº 012/2022 de 12 de novembro, 2022, p.9).

O exame físico deve ser completo (“*head to toe*”) e incluir áreas como couro cabeludo, pescoço, dorso e períneo, devendo ser concluído até 60 minutos após a chegada (DGS Norma nº 012/2022 de 12 de novembro, 2022).

Durante o estágio no extra-hospitalar, fomos ativados para um acidente agrícola com necessidade de desencarceramento junto de um trator. Devido à cinética do acidente, ao local de difícil acesso e à distância ao centro de trauma mais próximo, foi acionado o SHEMA. À nossa chegada os bombeiros já teriam removido a vítima do local do incidente e procedido às imobilizações. Procedemos à avaliação ABCDE da vítima, à sua monitorização, assim como à colocação de acesso venoso. A vítima encontrava-se estável apenas com escoriações nos braços e na face e referia uma dor lombar ligeira. Após o transporte para a zona de aterragem do SHEMA, a vítima foi então avaliada pelo médico que deu a indicação, sendo uma vítima sem critérios de gravidade, da não necessidade de transporte por helicóptero, tendo sido assim desativada a VVT. Esta situação suscitou-me algumas dúvidas e reflexão sobre os critérios de ativação da equipa de trauma.

“O tempo Pré-Hé de particular vulnerabilidade, sendo desejável a presença de uma equipa médica no local do acidente (VMER/SHEMA) sempre que se suspeita de um trauma major. A decisão acerca do melhor local para transportar um traumatizado envolve um processo de decisão complexo, que deve envolver os meios no local em conjunto com o CODU.” (Norma nº 012/2022 de 12 de novembro, 2022, p.15).

A ativação da equipa de trauma segue critérios segundo o protocolo instituído, critérios como as repercussões fisiológicas, anatomia e mecanismo da lesão. Esta ativação tem início na resposta do extra-hospitalar que deve proceder à ativação da equipa de SAV para o local do acidente sempre que a triagem inicial, realizada através do CODU indique trauma major (Norma nº 012/2022 de 12 de novembro, 2022).

Ao longo do estágio em SUP surgiu apenas uma oportunidade de abordagem à VVT, onde ocorreu organização por parte da equipa multidisciplinar na alocação de cada

profissional prévia, bem como as funções que lhes competia. Assim que a vítima estava hemodinamicamente estabilizada, foi encaminhada para o serviço de imagiologia para realização de TAC abomino-pélvica. Em suma, revelou-se a importância da presença do EEEMCPSC como elemento-chave na prestação de cuidados e na abordagem qualificada à PSC vítima de trauma, tanto no extra-hospitalar quanto no meio hospitalar, respondendo de forma rápida e antecipatória a focos de instabilidade (Monteiro, 2023).

No que diz respeito à VV de sépsis, não se encontra, de momento, em vigor no SUP. A Norma n.º 010/2016 atualizada a 16 de maio (2017) recomenda que todos os SUP tenham equipas compostas por, pelo menos, um médico e um EEEMCPSC.

No que diz respeito à TIH de doentes, as alterações mais preocupantes são as fisiológicas, especialmente as cardíacas e respiratórias. Essas alterações são críticas porque têm um impacto direto na condição clínica do doente. Deste modo, a monitorização das funções fisiológicas contínua é crucial visto que qualquer alteração nessas pode indicar a presença de uma disfunção orgânica (Nascimento, 2020). No SUP existe sempre um enfermeiro destacado para a TIH em todos os turnos. Apesar de não ter sido possível acompanhar nenhuma TIH no SUP, este envolve as seguintes fases: Decisão; Planeamento; Efetivação. Seguem as Recomendações de 2023 da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos. Na fase do planeamento o risco de possíveis eventos adversos é maior, desta forma as medidas preventivas devem ser adotadas de forma a antecipar estes eventos, especialmente nos primeiros 5 minutos do transporte, na transferência do doente e no transporte prolongado (OM & SPCI, 2023). O enfermeiro que acompanha a PSC durante a TIH deve ter experiência em reanimação e formação na área de transporte de doente crítico, o mesmo corrobora a OE no Parecer n.º 09/2017, onde menciona que o EEEMCPSC é o profissional mais qualificado para fazer parte da equipa de transporte de doentes críticos (Ordem dos enfermeiros, 2017b).

No que se refere à gestão diferenciada da dor e do conforto na PSC é uma competência essencial do EEEMCPSC. Este papel envolve cuidados especializados e estratégias que procuram aliviar a dor e promover o bem-estar físico, emocional e espiritual dos doentes, maximizando respostas de alívio e suporte adaptadas às necessidades complexas dessas pessoas (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, 2018). A utilização de instrumentos observacionais de avaliação da dor, validados para avaliar a dor em doentes críticos diminui potencialmente o risco de uma avaliação inadequada (Varndell et al., 2020). A gestão da dor e do bem-estar da PSC, quer através de técnicas farmacológicas como técnicas não farmacológicas, foram utilizadas ao longo dos dois contextos de estágio. No

extra-hospitalar, foram ajustados as imobilizações e os posicionamentos para o conforto dos doentes, embora de forma a manter-se a segurança e por fim foi administrada analgesia, após comunicação médica. Em meio SIV, existe um protocolo – Sedação e Analgesia – para monitorização e administração de analgesia, em função da escala *Numeric Rating Scale* (NRS): se NRS 4 e 5: Paracetamol 1gr; se NRS 6: Tramadol, 50 mg EV; se NRS 7: administrar Tramadol 100 mg EV; e se NRS \geq 8: administrar Sulfato de Morfina, 0,05 mg/Kg, pelo que a gestão e aplicação deste protocolo é da responsabilidade do enfermeiro.

Conforme orientações da OE, a dor é considerada o 5º sinal vital, deve ser devidamente reconhecida, diagnosticada, avaliada e registada. Para isso, o enfermeiro deve selecionar instrumentos de avaliação da dor tendo em consideração os fatores como o tipo de dor, idade do doente, a sua condição clínica e a praticidade do uso desses instrumentos, de forma a assegurar que a dor seja tratada de forma eficaz e apropriada a cada situação (Ordem dos Enfermeiros, 2008). A dor é uma das principais causas pelo qual as pessoas se dirigem ao SUP, desta forma o alívio da dor deve ser um dos focos principais da prestação de cuidados (Varndell et al., 2020). A dor causada por um procedimento médico não deve ser desvalorizada, devendo ser considerada a analgesia prévia ao procedimento, tal como a explicação ao doente sobre o procedimento a ser realizado, podendo ser uma boa estratégia para o alívio da mesma (Varndell et al., 2020). No estágio do SUP, a escala mais utilizada para a avaliação da dor foi a escala numérica, apesar de, frequentemente, se recorrer à escala de faces na abordagem aos doentes não comunicativos.

Relativamente à doação e transplantação de órgãos, especialmente de doadores falecidos, exigem procedimentos rápidos para minimizar o tempo de isquemia e garantir a viabilidade dos órgãos (IPST, 2013). No SUP, foi possível adquirir conhecimentos e habilidades sobre situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos. Após uma lesão neurológica catastrófica, diversos eventos fisiopatológicos ocorrem, que podem levar à morte cerebral. Esse processo frequentemente começa fora do hospital ou na SE, e continua nos cuidados intensivos. Os enfermeiros nesse ambiente têm a responsabilidade de monitorização fisiológica e de instabilidade hemodinâmica (IPST, 2013).

A comunicação em situação crítica nem sempre é fácil de gerir pelos profissionais, sendo que as principais dificuldades sentidas estão relacionadas com o ambiente rápido no contexto de urgência, a sobrecarga emocional dos doentes e as condições imprevisíveis que comprometem a clareza e a troca efetiva de informações (Souza et al., 2021). O enfermeiro

deve desenvolver competências para identificar essas limitações e adaptar suas estratégias de comunicação, utilizando tanto competências verbais como não-verbais, para estabelecer uma relação de confiança e otimizar a resposta do doente ao tratamento (Souza et al., 2021). No sentido de colmatar as minhas dificuldades, fiz reflexões contínuas com tutores e colegas sobre estratégias de comunicação à PSC, ao longo destes dois momentos de estágio foi possível utilizar regularmente estratégias de comunicação interpessoal estabelecendo uma relação terapêutica com a pessoa, família e/ou cuidador.

No extra-hospitalar, relembro a situação mencionada anteriormente do acidente com trator, no local encontravam-se muitos habitantes da aldeia, tal como o filho da vítima, que foi encaminhado para um sítio calmo onde se consegui fornecer informação sobre o estado do familiar e sobre os procedimentos a serem adotados, também foi oferecida a oportunidade de conversarem antes do transporte do doente para o local de aterragem do SHEM.

No SUP existe uma sala de informações, onde é possível comunicar aos familiares informação sobre a situação clínica do doente. Esta sala permite a comunicação assertiva, o diálogo calmo e transmissão informações apenas do âmbito dos cuidados de enfermagem. Para além disto são permitidas visitas curtas ao próprio doente, em casos em que o acompanhamento não é possível.

Na comunicação de más notícias destaca-se a necessidade de uma abordagem metódica que integre competências verbais e não-verbais, promovendo empatia e sensibilidade, visto que as utilizações conscientes desses métodos podem ajudar os enfermeiros a apoiar emocionalmente as famílias durante momentos críticos, facilitando a aceitação e compreensão da situação (Malta et al., 2023). No SUP sempre que havia necessidade de comunicação de más notícias, como por exemplo no caso anterior de morte cerebral, esta era feita num ambiente mais calmo em sala própria e depois era privilegiada a vontade dos familiares em visitarem ou não a pessoa em morte cerebral, em que a visita normalmente é acompanhada pelo enfermeiro que presta cuidados ao doente.

Os contextos de estágios apresentaram, inicialmente, desafios e inseguranças na prática, especialmente por serem em ambientes de intervenção complexos. No contexto de extra-hospitalar, o enfermeiro assume frequentemente o papel de líder da equipa multidisciplinar, sendo o profissional mais habilitado para tomar decisões críticas, o que implica uma maior responsabilidade na prestação de cuidados e no desenvolvimento contínuo das competências necessárias para enfrentar esses desafios.

Desta forma, os contextos de estágio proporcionaram um desenvolvimento significativo de competências específicas na prestação de cuidados à PSC, destacando a importância de uma abordagem sistemática, a utilização de protocolos estabelecidos e a humanização dos cuidados, garantindo uma resposta rápida e eficaz aos focos de instabilidade, de forma a melhorar os desfechos clínicos da PSC.

3.2. Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Para a aquisição desta competência, o EEEMCPSC deve atuar “(...) concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime.” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19363)

O Sistema Integrado de Operações de Socorro (SIOPS) “é o conjunto de estruturas, normas e procedimentos que asseguram que todos os agentes de proteção civil atuam, no plano operacional, articuladamente sob um comando único, sem prejuízo da respetiva dependência hierárquica funcional.” (Despacho n.º 3317-A/2018 de 3 de abril, 2018, p. 9530-2). O Posto de Comando Operacional (PCO) é constituído pelas células de planeamento, de operações e de logística, cada uma com um responsável nomeado pelo Comandante de Operações de Socorro (COS), que assume a designação de oficial de planeamento, de oficial de operações e de oficial de logística (Despacho n.º 3317-A/2018 de 3 de abril, 2018). Sempre que uma equipa é acionada para uma ocorrência, o chefe da primeira equipa a chegar ao local assume de imediato o comando da operação passando assim a ser o COS (Despacho n.º 3317-A/2018 de 3 de abril, 2018).

A emergência médica está incluída na célula de operações e tem como responsabilidades:

“Elaborar e operacionalizar o plano de apoio sanitário e emergência médica aos operacionais empenhados na operação; operacionalizar o Posto Médico Avançado (PMA) de apoio aos operacionais empenhados na operação; preparar os meios de Emergência Médica de socorro ou apoio à população afetada no Teatro de Operações (TO); garantir a direção técnica nas operações de Emergência Médica no TO” (Despacho n.º 3317-A/2018 de 3 de abril, 2018, p.9530-6).

O TO organizasse em setores que correspondem a zonas geográficas ou funcionais conforme o tipo de ocorrência e as opções estratégicas consideradas (Despacho n.º 3317-A/2018 de 3 de abril, 2018).

No decorrer do estágio no extra-hospitalar em meio SIV foi-nos pedido apoio para uma situação de incêndio em parque industrial com material altamente inflamável, incêndio este de grandes dimensões que já estaria a ocorrer havia mais de 10h, com 114 operacionais dos bombeiros e 41 viaturas. Esta situação de alerta permitiu a observação e compreensão da organização do TO sob o comando do COS, destacando a importância da coordenação e articulação entre diferentes agentes de proteção civil, conforme o SIOPS. Nesta situação o PMA era a ambulância SIV, a presença desta no TO seria temporária enquanto outro meio específico destinado para a ocorrência não chegasse ao local. A prestação de cuidados focou-se maioritariamente em situações de exaustão pelos profissionais dos bombeiros. Esta oportunidade de observar o TO enriqueceu-me enquanto futura enfermeira especialista e ajudou-me na aquisição desta competência.

Em situações de exceção em que há um elevado número de vítimas faz-se recurso a triagem primária caracterizada *START* em que são usados discriminadores como: “Vítima anda? Ferida? Respira? Frequência Respiratória (FR)? Frequência Cardíaca?” (INEM, 2012b). Com base nesta triagem, é possível categorizar as vítimas por prioridades. De seguida é feita a triagem secundária que se baseia na *Triage Revised Trauma Score (TRTS)*, que pretende triar de forma mais precisa as vítimas utilizando um esquema de pontuações conforme valores fisiológicos (FR, da Tensão Arterial Sistólica e da Escala de Coma de Glasgow) (INEM, 2012b). A bolsa de triagem existente na ambulância SIV e VMER é composta por etiquetas de triagem, caneta/marcador, fluxogramas de triagem plastificados e um cartão para contabilização das vítimas. O desenvolvimento desta competência prendeu-se também com a aquisição de conhecimentos teóricos e na clarificação do funcionamento das unidades nas determinadas situações. Procurei localizar e manipular as bolsas de triagem para me familiarizar com elas, sendo que estas se encontram num local visível e de fácil acesso.

Relativamente ao SU existe um Plano de Emergência Externa (PEE) a implementação de Planos de Emergência nas Unidades de Saúde é regulamentada pela Orientação nº 007/2010 de 6 de outubro (2010), emitida pela DGS, sendo um guia que providencia diretrizes gerais para a elaboração desses planos, considerando os riscos de catástrofe. A emergência externa é definida por qualquer evento natural, tecnológico ou humano, com dimensão invulgar, que ocorra fora do hospital e não atingindo a sua

estrutura e dos quais resulta a necessidade de cuidados que superam a capacidade de rotina podendo levar ao esgotamento de recursos com o objetivo de uma atuação eficaz em caso de fluxo maciço de vítimas ao SUP e minimizar a mortalidade e morbidade (Figueiredo, 2021).

Durante o estágio não surgiu nenhuma situação deste género, tão pouco situações que dizem respeito à preservação de vestígios de indícios de prática de crime, pelo que o desenvolvimento desta competência se caracterizou por uma dinâmica mais teórica do que prática. O desenvolvimento dessa competência envolveu a combinação de experiências práticas e a aquisição de conhecimentos teóricos, capacitando-me como EEEMCPSC para atuar de forma pronta e sistematizada.

3.3. Maximizar a intervenção na prevenção 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

Segundo o Regulamento 429/2018 de 16 de julho (2018), o EEEMCPSC deverá responder eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos.

“Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos.” (Regulamento 429/2018 de 16 de julho, 2018, p.19364).

Em toda a União Europeia e Espaço Económico Europeu, estima-se a ocorrência de mais de 3,5 milhões de casos, todos os anos, de Infeções Associadas aos Cuidados De Saúde (IACS), resultando em mais de 90 mil mortes (ECDC, 2024). Desta forma as IACS constituem uma das principais ameaças à segurança do doente e à qualidade dos cuidados. “As IACS aumentam a morbidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde. Acentuam a pressão geradora de Resistência dos Microrganismos a Antimicrobianos (RAM) pelo maior uso de antibióticos, inviabilizam a qualidade dos cuidados e são a principal ameaça à segurança dos cidadãos” (Direção-Geral da Saúde, 2017, p.5).

Neste sentido, em Portugal, o PNSD 2021-2026 anuncia como um dos objetivos estratégicos integrados no pilar das práticas seguras em ambientes seguros, a redução das IACS e da RAM (Direção-Geral da Saúde, 2022). Para dar resposta à prevenção de IACS e à promoção do uso correto e responsável de antimicrobianos e a diminuição da taxa de RAM, foi criado em 2013, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Para cumprir a sua missão, o PPCIRA conta com uma estrutura a diferentes planos, sejam eles de nível nacional, regional ou local e, para além disso, estabelece também sinergias com instituições de referência, no contexto nacional e internacional (PPCIRA, 2018).

Ambos os contextos de estágios se regem por normas de controlo de infeção que seguem o PPCIRA, aplicando na prática as Precauções Básicas de Controlo da Infeção (PBCI) e os diferentes *Bundles* ou Feixes de Intervenção. As PBCI têm em vista minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada e incidem sobre dez padrões de qualidade. Os Feixes de Intervenções têm como objetivo assegurar que os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência científica, de uma forma consistente (Direção-Geral da Saúde, 2017).

No contexto de extra-hospitalar foi criada pela Comissão de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos do INEM o Manual de Controlo de Infeção do INEM de 2022, que aborda os principais conceitos na prevenção e o controlo da infeção, as PBCI que constam na Norma nº 029/2012 atualizada a 31 de outubro (2013), tais como: colocação de doentes; higiene das mãos; etiqueta respiratória; utilização de equipamentos de proteção individual; descontaminação de material clínico; controlo ambiental; manuseamento seguro de roupa; recolha segura de resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; exposição a agentes microbianos no local de trabalho; precauções baseadas nas vias de transmissão. O papel do enfermeiro especialista é fundamental na avaliação do risco de infeção, especialmente em doentes com fatores de risco elevados. O apoio das estruturas de coordenação e direção, e a formação contínua desses profissionais são vitais para assegurar que as práticas de prevenção e controlo de infeções sejam eficazmente implementadas, reduzindo assim a propagação de infeções e garantindo um ambiente mais seguro para todos os envolvidos (Pereira et al. 2021).

O Manual de Controlo de Infeção do INEM de 2022, ressalta a importância crítica da descontaminação das ambulâncias em cada ocorrência para evitar a transmissão de agentes patogénicos perigosos. A implementação rigorosa de medidas de prevenção e controlo de infeções é essencial para proteger tanto os profissionais de saúde quanto os

pacientes de contaminações cruzadas. Durante o estágio foi possível observar que as viaturas e instalações encontram-se equipadas com dispensadores de solução antisséptica de base alcoólica e com equipamentos de proteção individual à disposição dos profissionais de forma a serem utilizados consoante os riscos e o meio de transmissão das ocorrências.

O SUP interliga-se com as Unidades Locais do PPCIRA (UL-PPCIRA) através da existência de elos de ligação designados pelo serviço, de forma a promover os objetivos e dinamizar as metas pretendidas pela UL-PPCIRA. Os desafios são constantes para a implementação destas medidas, devido à alta rotatividade de doentes, a imprevisibilidade de cuidados, a idade do profissional e condições de saúde, à falta de treino e avaliação, o desconhecimento sobre o uso correto do Equipamento de Proteção Individual (EPI), a insegurança, a falta de tempo, a subestimação do risco de exposição e o esquecimento (Coelho et. al, 2022). No entanto existem fatores que incentivam os enfermeiros a utilizarem o EPI adequadamente, que incluem a responsabilidade profissional e familiar, o conhecimento das consequências da não adesão, intervenções educacionais e a correção de comportamentos pelos colegas em tempo real (Coelho et. al, 2022). Apesar destes desafios verificou-se um esforço dos profissionais de saúde no cumprimento das PBCI, como a higienização das mãos, uso de EPI, desinfecção de superfícies e equipamentos, a triagem e isolamento do doente e também a promoção destas medidas pela equipa multidisciplinar.

O EEEMCPSC através desta competência desempenha um papel fundamental na implementação de estratégias educacionais e na promoção de uma cultura de segurança, visando minimizar as IACS. A adesão às PBCI e ao uso correto de EPI é incentivada pela responsabilidade profissional, mas enfrenta desafios como a falta de recursos e a sobrelotação dos espaços. Apesar desses desafios, os esforços contínuos dos profissionais de saúde e a colaboração com as UL-PPCIRA são essenciais para garantir um ambiente seguro e de alta qualidade nos serviços de urgência.

4. Considerações finais

A realização deste estágio foi um fator preponderante para a aquisição de competências como EEEMCPSC sendo estas competências técnicas, científicas e relacionais com base na mais atual evidência científica.

A minha inexperiência em ambos os contextos foi um desafio constante, que com o desenrolar deste estágio, fui ultrapassando através da procura regular de conhecimento e aquisição de novas competências. Revelou-se muito enriquecedor a nível pessoal e profissional, promovendo o desenvolvimento de pensamento crítico, com vista a uma reflexão contínua, e o desenvolvimento de diferentes métodos, ao vivenciar novos contextos. Desta forma, possibilitou não só o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista, mas também competências para aquisição do grau de mestre em enfermagem.

A experiência obtida durante os estágios em contexto extra-hospitalar e de urgência polivalente revelou-se essencial para a consolidação das competências como EEEMCPSC. Na integração dos sistemas Extra-Hospitalar e Hospitalar de Urgência num sistema de urgência único e integrado, como o SIEM, destaco a importância da cooperação entre as diversas entidades de saúde para garantir uma prestação de cuidados eficaz e eficiente.

A prática em diferentes ambientes de emergência, como as ambulâncias SIV e VMER, permitiu o desenvolvimento de competências específicas e a capacidade de adaptação a variados contextos críticos. A aplicação de conhecimentos teóricos na prática clínica, aliada à reflexão contínua sobre a ética e responsabilidade profissional, reforçou a importância de uma abordagem humanizada e baseada em evidências na prestação de cuidados de enfermagem.

As situações de emergência causadoras de stress são agora suavizadas pela segurança na abordagem à pessoa através de estratégias facilitadoras que dão prioridade aos cuidados, sistematizam a atuação e, na iminência de ocorrências inovadoras, oferecem-me maior confiança na resposta destas. Apesar dos inúmeros constrangimentos dos serviços de urgências, bem como obstáculos que persistem aos enfermeiros na prestação

de cuidados de enfermagem de excelência, estas equipas mantêm o foco na segurança e na melhoria contínua da sua qualidade.

Em suma, a aquisição de novos conhecimentos, o desenvolvimento de novas competências, o vivenciar diferentes experiências em contextos de cuidados diferentes, a aquisição de tomada de decisão autónoma e assertiva constantes permitiram uma resposta adequada aos desafios confrontados e facilitaram o alcance dos objetivos específicos definidos para cada um dos momentos de estágio.

Assim, o estágio contribuiu significativamente para a minha formação como enfermeira especialista capaz de enfrentar os desafios dos cuidados à pessoa em situação crítica com competência e compromisso.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Percepção dos enfermeiros especialistas em médico-cirúrgica
sobre os fatores influenciadores da sua intervenção em
pediatria no contexto extra-hospitalar

1. Resumo

Introdução: A intervenção de enfermagem especializada no extra-hospitalar é crucial para garantir um suporte completo à pessoa, em qualquer etapa do ciclo vital, à família e à comunidade. No extra-hospitalar o cuidado à criança em situação crítica, pode tornar-se num evento stressante para quem o executa, pela baixa frequência na ocorrência do mesmo, existindo maior probabilidade de ocorrer eventos adversos, colocando em risco a segurança e a qualidade dos cuidados.

Objetivos: Identificar a percepção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam a sua intervenção em pediatria no contexto extra-hospitalar.

Material e Métodos: Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, com colheita de dados através de *focus group*, ocorrido em junho de 2024, com enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. Para o tratamento de dados foi utilizado o método de análise de conteúdo de Bardin (2016).

Resultados: Tendo por base a perspetiva dos enfermeiros especialistas, em enfermagem médico-cirúrgica sobre os fatores influenciadores da sua intervenção em pediatria no contexto extra-hospitalar, dos 6 enfermeiros participantes, foi possível identificar 4 categorias nomeadamente: fatores facilitadores; fatores dificultadores; transporte para o meio hospitalar; experiência e formação.

Conclusão: Os resultados destacaram a importância das competências técnico-científicas, de liderança em situações de emergência e a comunicação eficaz, bem como os desafios associados à escassez de recursos específicos e à necessidade de formação contínua. Apesar das dificuldades iniciais com a metodologia qualitativa, o estudo promoveu avanços na produção científica e contribuiu para o desenvolvimento de estratégias que melhoram a qualidade dos cuidados, do suporte à criança e à família em situações críticas.

Palavras-chave: Pediatria; Enfermeiro Especialista; Enfermagem Médico-cirúrgica; Serviços de Emergência Médica

2. Abstract

Introduction: Specialized nursing intervention in prehospital emergency care settings is key to ensure comprehensive support for individuals at any stage of the life cycle, as well as for their families and the community. Providing care to critically ill children can become a stressful event for healthcare professionals due to its low frequency in the prehospital contexts, which increases the likelihood of adverse events, thus compromising the safety and quality of care.

Objectives: To identify nurses' perceptions of the factors influencing their intervention in pediatric care within prehospital emergencies care settings.

Materials and Methods: This is a qualitative, exploratory, and descriptive study, with data collection conducted through a focus group in June 2024, involving Medical-Surgical nursing specialists. Data were analyzed using Bardin's content analysis methodology (2016).

Results: Based on the perspectives of the six participating Medical-Surgical nursing specialists regarding the factors influencing their intervention in pediatric prehospital care settings, four categories were identified: facilitating factors; hindering factors; transport to the in-hospital setting; experience and training.

Conclusion: The findings emphasized the importance of technical and scientific competencies, leadership in emergency situations, and effective communication, as well as the challenges associated with the lack of specific resources and the need for continuous training. Despite initial challenges with the qualitative methodology, the study promoted scientific advances and contributed to the development of strategies that enhance the quality of care and provide better support to children and their families in critical situations.

Keywords: Pediatrics; Nurse Specialists; Medical-Surgical Nursing; Emergency Medical Services

3. Fundamentação/enquadramento teórico

Hoje em dia, os cuidados de enfermagem e saúde estão sujeitos a padrões crescentes de rigor técnico e científico, o que torna a diferenciação e especialização dos profissionais uma realidade cada vez mais evidente (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A emergência médica abrange a prestação de cuidados de saúde desde o extra-hospitalar aos cuidados intensivos passando pelos serviços de urgência e pelo TIH de doentes críticos (Despacho n.º 5561/2014 de 23 de abril, 2014). No contexto das especializações existentes em Portugal, o extra-hospitalar apresenta-se abrangido pelo Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialidade de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

A intervenção de enfermagem especializada no extra-hospitalar é crucial para garantir um suporte completo à pessoa, em qualquer etapa do ciclo vital, à família e à comunidade (Regulamento n.º 226/2018 de 16 de abril, 2018). Uma vez que a EEH atua em qualquer etapa do ciclo vital da pessoa, existe a probabilidade da pessoa alvo dos cuidados ser uma criança. Os enfermeiros de extra-hospitalar enfrentam a imprevisibilidade das situações de emergência como algo desafiador e estimulante. A ativação, quando ocorre, é recebida com confiança, embora também seja acompanhada por certo nível de stress e ansiedade, especialmente em função da idade dos doentes e do número de vítimas envolvidas (Canas et al., 2023).

O Código Deontológico dos Enfermeiros refere que as crianças são classificadas como um dos grupos mais suscetíveis e vulneráveis, o que ressalta a responsabilidade do enfermeiro em garantir cuidados especializados e protetores (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Segundo Sales et al. (2022), ao prestar cuidados a crianças, o enfermeiro não pode descurar da sua família e da condição de vulnerabilidade emocional, física e social que a criança atravessa. Isto exige dos profissionais de enfermagem não apenas o conhecimento técnico sobre a condição de saúde, mas também uma sensibilidade apurada para reconhecer e respeitar as particularidades de cada caso, assegurando uma abordagem acolhedora e adaptada às necessidades individuais (Sales et al., 2022). Os cuidados centrados na família são uma área primordial nos cuidados críticos pediátricos (Marques & Ferreira, 2020). Os profissionais devem, portanto, reconhecer estas diferenças e

particularidades e devem assentar as intervenções de enfermagem especializadas com foco na criança e na sua família.

Neste sentido e nesta área de intervenção, a diferenciação e a especialização tornam-se fulcrais, para a excelência dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Considerando a diversidade de áreas emergentes e a vasta necessidade de cuidados e de intervenções, no caso da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica divide-se em diferentes áreas de enfermagem, incluindo a área de enfermagem à PSC. Os cuidados de enfermagem nesta área podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018). Os cuidados de enfermagem especializados nesta área visam não só a sua intervenção na pessoa alvo, mas também na família e ou cuidador, de forma contínua e sistemática, com o objetivo de prevenir complicações (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Em Portugal, as emergências médicas no extra-hospitalar são reguladas pelo INEM, que tem como missão definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento do SIEM, de forma a garantir uma correta prestação de cuidados de saúde a pessoas e/ou famílias, que passam por processos de doença súbita, acidentes e/ou situações de crise ou catástrofe (Decreto-Lei n.º 34/2012 de 14 de fevereiro, 2012). Os enfermeiros são parte integrante do INEM, constituem parte da equipa multidisciplinar, de acordo com o Parecer N.º 04/2021 regem-se pelo Código Deontológico de Enfermagem, pelo Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem e pelo Código de Ética e conduta do INEM (Ordem dos enfermeiros, 2021b).

Em 2018, devido à importância da atuação de enfermagem neste contexto, foi criado um regulamento de forma a definir o Perfil e os Termos de Certificação da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar. Este regulamento, define um domínio de competências, que para além de relacionadas com a prática profissional, ética e legal dos enfermeiros, também o são com a sua prestação e gestão de cuidados em emergência extra-hospitalar (Regulamento n.º 226/2018 de 16 de abril, 2018). O enfermeiro, profissional do INEM atua em meios diferenciados como por exemplo as ambulâncias SIV constituída por um enfermeiro e por um TEPH, nos meios da VMER constituída por um enfermeiro e um médico e o SHEMA constituída também por um enfermeiro, um médico e pelo piloto (INEM, 2021). Estas competências adicionais promovem o reconhecimento da prática profissional, tendo em conta as especificidades e

as complexidades da intervenção dos enfermeiros neste contexto (Regulamento n.º 556/2017 de 17 de outubro, 2017).

O modelo de Patricia Benner (2001), aplicado à enfermagem, baseia-se neste processo de desenvolvimento de competências ao longo do tempo, desde a categoria de iniciante até a perito. Essa abordagem reconhece que a experiência prática e a aprendizagem contínua desempenham um papel fundamental na formação de enfermeiros altamente competentes e especializados, como aqueles que atuam na enfermagem médico-cirúrgica. O enfermeiro perito tem uma compreensão holística da pessoa e qualitativa das situações, é um profissional capaz de tomar decisões baseadas na sua própria experiência, refletindo sobre elas de forma crítica e baseando-se na evidência científica (Benner, 2001).

A Teoria das Transições, desenvolvida por Meleis et al. (2000), oferece uma estrutura teórica abrangente para compreender as mudanças significativas vivenciadas pela pessoa e/ou famílias em momentos de transição. Na enfermagem extra-hospitalar, especialmente em contextos críticos que envolvem crianças, esta teoria destaca-se pela capacidade de guiar intervenções focadas na adaptação, prevenção de crises e promoção do bem-estar (Sousa, 2014).

Em caso de eventos potencialmente traumáticos, derivados de uma catástrofe, emergência multivítimas ou outro incidente crítico vivenciado, o alvo de atenção são as respostas humanas inerentes aos processos de transição e necessidades de vida de cada pessoa e família (Meleis et. al, 2000).

A teoria classifica as transições em quatro categorias principais: desenvolvimentais, como mudanças no ciclo de vida; saúde-doença, associadas a diagnósticos ou mudanças de estado de saúde; situacionais, como alterações nos papéis familiares devido a eventos específicos; e organizacionais, relacionadas a mudanças nos sistemas ou ambientes de cuidado (Meleis et al., 2000; Bridges, 2003). Em situações pediátricas extra-hospitalares, as transições geralmente envolvem simultaneamente aspetos desenvolvimentais e de saúde-doença, tornando-as mais complexas e multidimensionais (Sousa, 2014).

As transições são caracterizadas por propriedades essenciais como a consciencialização, envolvimento, mudança, diferença e o espaço de tempo (Meleis et al., 2000). A consciencialização e o envolvimento são fundamentais no cuidado pediátrico, pois tanto as crianças quanto os cuidadores devem reconhecer a mudança e envolverem-se ativamente no processo de adaptação (Sousa, 2014).

A teoria identifica dois tipos de padrões de resposta: indicadores de processo e de resultado (Meleis et al., 2000). Entre os primeiros, destaca-se a necessidade de estar ligado aos profissionais de saúde e às redes de apoio sendo um aspeto crucial para famílias em contextos extra-hospitalares (Sousa, 2014). Os indicadores de resultado incluem a mestria, evidenciada pela capacidade de lidar com novos desafios, e a integração da identidade quando indivíduos ou famílias incorporam as mudanças de forma fluída (Meleis et al., 2000).

No contexto da enfermagem pediátrica extra-hospitalar, a Teoria das Transições é especialmente útil para planear e implementar cuidados em situações críticas. Além disso, os enfermeiros desempenham um papel central na identificação de padrões de transição, como múltiplas mudanças simultâneas ou sequenciais, e no suporte emocional e técnico que facilite a adaptação (Sousa, 2014; Costa & Sousa, 2014). A Teoria das Transições de Meleis proporciona um modelo robusto para os enfermeiros compreenderem e interagirem com as mudanças complexas vivenciadas pelas crianças e a família. A aplicação deste no contexto extra-hospitalar reforça a importância de intervenções baseadas em evidências para promover a adaptação saudável, reduzir o impacto de eventos críticos e garantir a continuidade dos cuidados.

A efetividade das intervenções de enfermagem neste contexto abrange o rápido reconhecimento de situações críticas e de intervenção urgente na criança, o apoio providenciado, bem como uma abordagem sistematizada da vítima pediátrica (Marques & Ferreira, 2020). Segundo o *Updated Guideline Paediatric Emergency Triage, Assessment and Treatment* (WHO, 2016), de acordo com o risco elevado de morte em crianças, foram identificadas três prioridades de cuidado com crianças em situação crítica, são eles: a deteção de hipoxémia e utilização de oxigenoterapia; a gestão de fluidos em crianças com circulação prejudicada; e a gestão de convulsões.

Em Portugal, em 2019, a mortalidade pediátrica por acidente rodoviário embora tenha reduzido de forma muito significativa nas últimas décadas, ainda é quase o dobro da taxa da União Europeia (APSI, 2022). Apesar da tendência geral de descida no número de chamadas de emergência por acidente reencaminhadas para o CODU nos últimos 5 anos, estas aumentaram entre a faixa etária dos 15 aos 18 anos (APSI, 2022). De acordo com alguns estudos feitos em Portugal em VMER, as emergências pediátricas representam uma taxa de aproximadamente 5% das ativações. As principais causas de ativação foram convulsão, trauma e doenças respiratórias (Dias et al., 2015; Neto et al., 2011; Dias & Calviño, 2018). Noutros países a taxa varia entre 5% e 10% das emergências extra-

hospitalar, sendo as principais causas de ativação idênticas à realidade portuguesa, mas com predomínio no trauma, seguido de doenças respiratórias e por fim convulsão (Carlson et al., 2015). A doença aguda é considerada uma das principais causas de ativação em crianças com idade inferior aos 2 anos, e o trauma em adolescentes (Neto et al., 2011; Dias et al., 2015). A paragem cardiorrespiratória (PCR) foi o motivo de ativação numa percentagem baixa dos casos e são geralmente de mau prognóstico (Dias et al., 2015). Os acidentes rodoviários continuam no topo do número de mortes acidentais em crianças, seguido do afogamento e em terceiro a sufocação, asfixia e estrangulamento (APSI, 2022).

Vários estudos indicam que para a maioria dos profissionais de saúde no extra-hospitalar, existe uma ansiedade acrescida relativamente a emergências pediátricas (Nordén et al., 2013; Dias & Calviño, 2018; Jeruzal et al., 2018; Näsström et al., 2022). O estudo feito por Dias & Calviño (2018), é o único realizado em Portugal, com o intuito de conhecer as dificuldades sentidas na emergência pediátrica extra-hospitalar, direcionado aos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, responsáveis da VMER. Segundo estes autores o principal motivo que dificulta a assistência à criança, para os enfermeiros é a preparação ou cálculos de fármacos, a reação do cuidador e a obtenção de acesso venoso. Estas dificuldades vão de encontro ao relatado em outros estudos que dizem respeito ao valor social que a criança representa, a dificuldade desta em se expressar e comunicar, a possibilidade de serem vítimas complexas que necessitam de intervenções mais invasivas, a presença dos pais como fator de stress e a transferência de sentimentos para vida pessoal dos profissionais (Jeruzal et al., 2018; Näsström et al., 2022).

As estratégias para superar estas dificuldades no extra-hospitalar, utilizada pelos profissionais, passa pela comunicação de dados e pedido de ajuda ao CODU, utilização de aplicações para telemóveis tanto para cálculo de doses de medicamentos como também para identificação do tamanho de dispositivos médicos, de acordo com a idade e/ou peso da criança (Dias & Calviño, 2018). Para Jeruzal et al., (2018) as estratégias passam por rever protocolos de cuidados ou cálculos de dosagem, antes da chegada ao local da ocorrência, e também a realização de *debriefings* após as ocorrências. Como estratégias, o enfermeiro adapta a sua intervenção no cuidado centrado à criança, observando como a criança reage à sua presença, de forma a modificar a sua abordagem, conseguindo estabelecer uma relação de confiança, sendo honesto e direto na sua comunicação tanto com as crianças como com os pais (Näsström et al., 2023). Segundo o mesmo autor, outra estratégia passa

pela inclusão das crianças e dos pais nos cuidados e permitir que os pais e a criança façam o máximo possível, mas intervir e ajudar se necessário.

De acordo com vários estudos, é descrito que a maioria dos profissionais acreditam que mais formação na área de pediatria iria contribuir para melhorar a prestação de cuidados a crianças e adolescentes (Dias & Calviño, 2018; Jeruzal et al., 2018; Näsströma et al., 2023).

A investigação na área de enfermagem desempenha um papel crucial no avanço das competências especializadas e na melhoria da prática clínica (Henriques et al., 2021). O crescimento da investigação na área de enfermagem, aumenta a visibilidade da profissão, maximiza a sua autonomia, fundamentada cientificamente, capaz de responder a situações complexas, promovendo a continuidade dos cuidados e a qualidade de vida da criança e/ou família alvo dos seus cuidados especializados (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

É expectável que o enfermeiro especialista, no cuidado à PSC, aprimore competências que melhorem a sua perceção e experiência sobre a prática em contextos complexos contribuindo para uma melhoria contínua dos cuidados, culminando em ganhos para a saúde. Sendo assim, é importante explorar os fatores influenciadores na intervenção dos enfermeiros especialistas em médico-cirúrgica no contexto de extra-hospitalar quando o alvo de cuidados são crianças. Destacando-se a importância de compreender como os profissionais percebem as suas práticas e desafios, permitindo a melhoria nas abordagens e a criação de estratégias que maximizem a eficácia e o impacto dos cuidados prestados. Por fim, com base nesta investigação, será possível desenvolver intervenções ainda mais centradas nas necessidades das crianças e suas famílias, fortalecendo a prática baseada em evidências e a autonomia da enfermagem.

4. Finalidade e objetivos

Tendo em consideração toda a problemática descrita para o desenvolvimento deste trabalho de investigação, o objetivo é identificar a percepção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam a sua intervenção em pediatria no contexto de extra-hospitalar. Respondendo assim à questão de investigação formulada: Quais as percepções dos Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica sobre os fatores que influenciam a sua intervenção em pediatria no contexto extra-hospitalar?

Para além do objetivo desta investigação estar relacionada com a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, tem também a finalidade de identificar desafios e atenuantes da intervenção e tomada de decisão dos enfermeiros, providenciando novos conhecimentos que incentivem à melhoria contínua dos cuidados neste contexto.

5. Metodologia

A escolha da metodologia é uma etapa fundamental em qualquer processo de investigação, determinando a qualidade, rigor e relevância dos resultados alcançados. No contexto da enfermagem, a metodologia assume uma importância ainda maior, considerando o compromisso ético e científico dos enfermeiros com o cuidado centrado na pessoa e o respeito à dignidade humana (Nunes, 2020). Conforme destacado por Nunes (2020), a investigação em enfermagem não visa apenas gerar conhecimento, mas também à aplicação na prática, promovendo a melhoria dos cuidados e a defesa dos direitos dos participantes do estudo.

Para que a investigação seja ética e cientificamente válida, o método deve ser capaz de captar as complexidades das vivências humanas, muitas vezes exploradas através de abordagens qualitativas que priorizam a compreensão profunda dos fenômenos no seu contexto (Nunes, 2020).

Este capítulo apresenta as escolhas metodológicas que guiam o presente estudo, fundamentadas numa abordagem qualitativa. Esta abordagem permite uma análise profunda dos contextos vivenciados pelos participantes e das suas percepções, com vista à construção de conhecimentos relevantes e aplicáveis à prática em enfermagem (Nunes, 2020; Vieira et al., 2020b).

5.1. *Desenho do estudo*

Este estudo adota uma abordagem qualitativa, escolhida pela sua capacidade de aprofundar as vivências, experiências e percepções de grupos específicos, como recomendado por diversos autores na área das ciências humanas e sociais (Vieira et al., 2020b; Santos et al., 2021). Tal abordagem permite captar as subjetividades associadas ao fenómeno em estudo, sendo particularmente útil em contextos onde a interação social e as experiências individuais desempenham um papel central (Nunes, 2020).

Como técnica de recolha de dados foi selecionado o *focus group*, uma técnica frequentemente utilizada em pesquisas qualitativas pela sua eficácia em estimular discussões e *insights* entre os participantes. Este método possibilita a exploração de ideias compartilhadas e divergentes, proporcionando uma visão rica e detalhada do objeto de estudo (Santos et al., 2021). Para garantir um ambiente de colaboração e focado, as entrevistas foram conduzidas via *Microsoft Teams*, promovendo flexibilidade e acessibilidade aos participantes.

Como critérios de inclusão, foram selecionados Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e/ou Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica, a trabalhar atualmente no contexto de extra-hospitalar, com experiência mínima de cinco anos em extra-hospitalar, e que aceitem participar no estudo de forma livre e consentida. A exigência de cinco anos de experiência profissional baseou-se no Regulamento n.º 556/2017 de 17 de outubro (2017), da Ordem dos Enfermeiros, que enfatiza a necessidade de um mínimo de cinco anos de experiência para o reconhecimento de competências avançadas na área e no Modelo de Aquisição de Competências, que estipula que a competência de um especialista é alcançada após esse período de trabalho na mesma área de cuidados (Benner, 2001).

Os participantes foram selecionados por conveniência, ou seja, uma amostra não probabilística, tendo sido selecionados seis participantes, com base nos critérios de inclusão anteriormente mencionados. Os participantes foram convidados por correio eletrónico, recebendo detalhes sobre a pesquisa, datas do *focus group*, o *link* para aceder à videochamada via *Microsoft Teams* e um formulário de Consentimento Informado Livre e Esclarecido para obtenção de autorização para a sua participação.

A discussão orientada foi conduzida pela investigadora principal. Foi utilizado um guião pré-definido (Anexo III) composto por questões abertas para permitir uma ampla discussão do tema garantindo que os tópicos centrais sejam abordados, enquanto se mantém espaço para a expressão livre dos participantes. Após uma análise cuidadosa da transcrição da discussão, o objetivo foi identificar padrões semelhantes que forneçam respostas à questão de investigação.

Para a análise dos dados, foi adotado o Método de Análise de Conteúdo de Bardin (2016). Este método organiza e categoriza as comunicações dos participantes de forma sistemática, permitindo que padrões e temas emergentes sejam identificados e analisados com rigor (Bardin, 2016). O Método de Análise de Conteúdo, segundo Bardin (2016),

compreende três fases principais: pré-análise, onde os dados são organizados e preparados para estudo; exploração do material, que envolve a leitura detalhada e a definição de categorias de análise; e por fim o tratamento e interpretação dos resultados, com a sistematização das informações e comparação com a literatura. O processo é interativo, ajustando-se às particularidades do conteúdo e do contexto do estudo.

5.2. *Considerações éticas*

A investigação em enfermagem exige uma atenção redobrada às especificidades dos contextos de saúde, promovendo uma abordagem que equilibre o progresso científico com a responsabilidade de proteger aqueles que contribuem para a construção do conhecimento (Nunes, 2020). A investigação em enfermagem deve reger-se pelos deveres previstos na deontologia profissional, incluindo o sigilo, respeito pela intimidade, bem como o dever à informação (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Segundo Nunes (2020), as etapas que devem guiar o processo de investigação incluem o cumprimento de princípios éticos como beneficência, não-maleficência, justiça, fidelidade e respeito pela autonomia.

Para a realização deste estudo de investigação, obteve-se o parecer favorável da comissão de ética da ESSNorteCVP, com o Parecer nº 023/2024 (Anexo IV). Em conformidade com o direito ao pleno conhecimento e a autodeterminação, foi explicado aos participantes o objetivo do estudo e procedimentos metodológicos, garantindo a participação dos entrevistados de livre vontade, através da utilização do Consentimento Informado Livre e Esclarecido (Anexo V). De forma a manter o anonimato, a privacidade dos participantes e a confidencialidade dos dados obtidos, os participantes foram codificados com uma letra (E) e números (1 ao 6).

Os dados recolhidos das entrevistas foram gravados em formato de áudio e vídeo, e foram utilizados apenas com o objetivo da realização deste estudo de investigação.

O estudo não representou risco para os participantes e não existiu qualquer conflito de interesse durante a realização do mesmo.

6. Resultados e Discussão

Da análise dos resultados obtidos a partir do *focus group* emergiram quatro categorias relacionadas com a perspetiva dos enfermeiros especialistas sobre os fatores influenciadores da sua intervenção em pediatria no contexto extra-hospitalar, nomeadamente: “Fatores dificultadores”; “Fatores facilitadores”; “Transporte para o meio hospitalar”; “Formação e Experiência”. As categorias emergiram da análise detalhada dos dados obtidos através do *focus group* tendo por base a sua relação com as subcategorias e as unidades de registo. Nas tabelas de análise de conteúdo que se seguem, são apresentadas apenas as unidades de registo que melhor representam cada subcategoria, no sentido de uma melhor compreensão dos mesmos.

Fatores dificultadores

As subcategorias referentes à categoria principal, fatores dificultadores, reportadas pelos enfermeiros especialistas foram: os desafios emocionais e psicológicos; os desafios técnicos; os desafios relacionais; os fatores ambientais e recursos (Tabela 1)

Categoria	SubCategorias	SubSub-Categorias	Unidades de registo
	Desafios emocionais e psicológicos	Ansiedade antecipatória	E1 “a palavra criança já nos deixa um pouco com medo (...) E nos causa esta ansiedade”
			E2 “Julgo que, a ansiedade que se cria é pela baixa casuística (...)”
			E3 “Esta baixa casuística faz com que as ansiedades e incertezas que falaste no inicio, vão sendo elefantes brancos na nossa cabeça”
			E4 “E sempre que envolve uma criança, acaba por haver uma ligação muito mais forte (...) Esta é esta carga emocional, não deve também ser descurada.”
			E5 “são sempre áreas que nos provocam alguma ansiedade (...) o facto da casuística ser baixa ainda nos transmite alguma insegurança”
		Representação social da criança	E1 “E sabemos que a abordagem da criança gravemente doente ou com uma lesão traumática importante é provavelmente um dos desafios mais stressantes (...) Sabemos que uma criança é sempre difícil porque os familiares ou pessoa significativa que está com ela está sempre também numa situação de ansiedade e de aflição”
			E3 “criança não foi preparada para estar doente (...) não é a ordem natural das coisas”
			E4 “qualquer catástrofe que haja que envolva crianças provoca sempre uma resposta muito mais emocional do que se forem adultos (...)”
			E1” estas imagens que nós levamos para o resto da

Fatores dificultadores		Efeitos emocionais pós-intervenção	nossa vida.”
			E2 “julgo que há esse gerador de stress, mas que não chega ao stress mau, fica naquele stress bom que liberta ali aquela adrenalina e julgo que temos tido bons resultados. E os serviços são feitos, apesar de dos picos de stress estarem ali no limiar quase do stress mau.”
			E3 “Muitas vezes nós sofremos por antecipação sem necessidade, porque a percentagem de crianças gravemente doentes que nós assistimos (...) que é uma coisa muito residual e isto, obviamente, não havendo casuística, não há prática, não havendo prática aumenta o medo.”
			E4 “eu lembro-me de todas as situações de trauma grave pediátrico a que fui e não me esqueço delas e há sempre uma ligação e eu acho que isto também faz parte do próprio ser humano (...) O que é certo é que nos dias a seguir, vai haver imagens que não me vão sair facilmente da cabeça. E há imagens que ainda atualmente durante a noite, me vem ao pensamento”
	Desafios técnicos	Gestão farmacológica/ Cateter venoso periférico	E2 “também um fator que gera algum stress é a medicação, adaptar as doses mediante os quilos e mediante a idade da criança.”
			E3 “principal dificuldade, nos cursos de formação que nós vemos. É como se punciona uma criança e como é que se preparam drogas tão pequenas”
		Colheita de dados e avaliação	E1 “as diferenças anátomo-fisiológicas quando comparadas a um adulto (...) dificuldade em fazer monitorização de sinais vitais (...) avaliação varia consoante o padrão e a idade”
			E2 “gera alguma ansiedade, a anatomia diferente” E5 “algumas especificidades próprias, nomeadamente a pediatria, não é diretamente adulto mais pequenos”
	Desafios relacionais	Gestão de equipa	E2 “No contexto SIV, estamos literalmente sozinhos. O elemento que está connosco não tem juízo clínico nem poder de administração nem de preparação terapêutica e ainda mais stress é gerado por esse motivo pelo facto de o próprio enfermeiro, que lidera a equipa ter que assumir e fazer os cálculos para aquela administração.”
			E4 “o facto de estarmos sem pares ou termos de gerir o cenário”
			E6 “acalmar o médico(a) que vai ao nosso lado”
		Transmissão de informação	E1 “mas sabemos que muitas vezes a informação que nos chega não é a mais fidedigna”
			E3 “fomos ativados termos informações efetivas sobre que tipo de criança e estimar, o que é que aconteceu”
			E6 “durante a viagem saber a idade da criança em meses ou anos”
Comunicação com a Criança/ Reação dos Cuidadores formais/ informais		E1 “pela criança que não tem capacidade de expressão verbal, ou seja, pela criança que está com medo e que é incapaz de relembrar os factos sucedidos (...) e também a própria ansiedade que nós sentimos face as crianças sentem face ao nosso toque e a presença de um estranho”	
		E2 “comunicação com a própria criança é diferente”	
		E3 “inter-comunicabilidade e a partilha de cuidados com outros agentes, nomeadamente os pais ou cuidadores informais ou até cuidadores formais de algumas instituições que trabalham com crianças com necessidades especiais ou institucionalizadas (...) também são um fator de stress”	
	Distâncias	E1 “tem a agravante de ser estarmos deslocados de	

	Fatores ambientais e recursos	longas até os hospitais	meios (...) passamos muito tempo, em transporte.”
			E3 “quando a criança é crítica e o transporte é longo”
		Disponibilidade limitada de recursos	E1 “não tem um serviço de pediatria (...) Quando temos aquela mensagem a dizer que a urgência pediátrica (...) está fechada”
			E3 “se houver um agravamento do estado clínico da vítima, eventualmente (...) não terei a resposta mais adequada que se tiver numa unidade de cuidados intensivos ou no serviço de urgência central”
		Impacto das condições do local	E6 “ chegar ou encontrar a morada certa”
			E1 “ às vezes não é fácil esta combinação, médico regulador de CODU e quem está no local, porque às vezes quem atende é uma pessoa que nem conhece o local.”

Tabela 1: Fatores dificultadores

A primeira categoria refere-se aos fatores dificultadores, ou seja, as suas subcategorias referem-se a um conjunto de desafios que dificultam a intervenção dos enfermeiros especialistas nos cuidados a crianças no extra-hospitalar, e estão divididas de forma a obter uma informação mais detalhada sobre a categoria inicial. Os desafios emocionais e psicológicos são a primeira subcategoria identificada. Dentro desta, os participantes fizeram referência à ansiedade prévia à intervenção quando são ativados para uma situação pediátrica, à representação social da criança e aos efeitos emocionais nos profissionais após a intervenção.

A análise dos dados do *focus group* revelou que a ansiedade prévia à intervenção é uma experiência recorrente entre os profissionais de saúde em cuidados pediátricos, especialmente em contextos de emergência extra-hospitalar. Os resultados encontrados destacaram a influência da baixa casuística de emergências pediátricas e a carga emocional, associada ao cuidado a crianças, como fatores centrais para a ansiedade e a insegurança.

Os participantes do estudo relataram que a raridade desses casos contribui significativamente para sentimentos de nervosismo e incerteza como referido por E2: “Julgo que, a ansiedade que se cria é pela baixa casuística”. Corroborando com os resultados de Näsström et al. (2023), que referem que a baixa frequência de ativações pediátricas no extra-hospitalar, que representam menos de 5% das ocorrências, é um desafio significativo, conforme mencionado tanto pelos participantes do estudo quanto pela literatura. Essa baixa frequência resulta numa falta de familiaridade e preparação prática para lidar com situações críticas que envolvem crianças, intensificando a ansiedade antecipatória relatada pelos profissionais (Brown et al., 2016; Jeruzal et al, 2018).

A literatura confirma a natureza multifacetada da ansiedade antecipatória, Dias & Calviño (2018), acrescentaram que 76% dos profissionais reportaram altos níveis de

ansiedade ao cuidarem de vítimas pediátricas, atribuídos à complexidade e à raridade dessas intervenções.

Além disso, os participantes relataram um aumento significativo de stress e responsabilidade emocional ao cuidarem de crianças, enfatizando que "sempre que envolve uma criança, acaba por haver uma ligação muito mais forte" (E4). As dificuldades em distinguir entre dor, ansiedade e medo em crianças e o stress crescente dos enfermeiros durante o trajeto até o local da emergência pediátrica, aumenta as incertezas para os profissionais, sendo a falta de prática uma agravante (Gunvall et al., 2017; Holmström et al., 2018).

Os dados do *focus group* também revelaram que a ansiedade não está limitada à fase inicial da ativação. "Esta baixa casuística faz com que as ansiedades e incertezas que falaste no início, vão sendo elefantes brancos na nossa cabeça" (E3), simbolizando o peso das incertezas e a falta de experiência acumulada em experiências anteriores. Este resultado é consistente com a análise de Näsström et al. (2023), que identificaram a raridade das emergências pediátricas como um fator de perpetuação da insegurança e do nervosismo.

A dimensão emocional do contexto pediátrico foi amplamente reconhecida pelos participantes como uma força motivadora, mas também como uma fonte de tensão. Os resultados do *focus group* revelaram que a representação social da criança entre os participantes é profundamente marcada por um impacto emocional significativo no cuidado em pediatria. O participante E1 relata que "Sabemos que a abordagem da criança gravemente doente ou com uma lesão traumática importante é provavelmente um dos desafios mais stressantes (...) Sabemos que uma criança é sempre difícil porque os familiares ou pessoa significativa que está com ela está sempre também numa situação de ansiedade e de aflição", sublinhando a intensidade emocional e o desafio ao lidar com crianças gravemente doentes ou feridas, acentuados pela ansiedade dos familiares ou cuidadores presentes.

O estudo desenvolvido por Näsström et al. (2023), destaca que o cuidado centrado na criança, combinado com a percepção de que estas não deveriam ser vítimas emergências graves, aumentando a pressão emocional sobre os profissionais de saúde. Assim, a relação direta entre a vulnerabilidade infantil e o ambiente de cuidado torna-se um fator crítico na experiência dos enfermeiros. De forma similar, E3 enfatiza a ideia de que "crianças não foram preparadas para estar doentes", reforçando a noção de que situações de doença ou trauma em crianças são percebidas como desordens da ordem natural. Esta percepção é

corroborada por Näsström et al. (2022) e Brown et al. (2016), remetem para a ideia que as crianças não deveriam adoecer amplifica o impacto emocional nos profissionais.

Esta visão socialmente compartilhada das crianças como símbolos de vulnerabilidade e inocência confere a estas um "valor social especial", conforme discutido também por Jeruzal et al. (2018), intensificando a carga emocional associada ao cuidado pediátrico. "Qualquer catástrofe que haja que envolva crianças provoca sempre uma resposta muito mais emocional do que se forem adulto" (E4), refletindo a importância atribuída à singularidade e à vulnerabilidade das crianças. Esta perspetiva está em consonância com o estudo de Gunnvall et al. (2017), que descrevem como os profissionais são orientados a compreender o "mundo de vida" da criança, reconhecendo-a como um ser humano único com necessidades específicas e necessidades emocionais distintas. A abordagem centrada na individualidade da criança, portanto, não intensifica apenas a responsabilidade percebida pelos profissionais, mas também influencia diretamente as suas respostas emocionais.

Relativamente à primeira subcategoria, desafios emocionais e psicológicos, por último encontramos os efeitos emocionais após intervenção. Os resultados do *focus group* evidenciam que as intervenções em situações graves envolvendo crianças têm um impacto emocional profundo e duradouro sobre os profissionais de saúde. Relatados pelos participantes E1 e E4, que destacam a permanência das imagens e memórias relacionadas a essas situações. Este impacto é descrito na literatura, Näsström et al. (2023) apontam que casos graves e desfechos desfavoráveis, particularmente em pediatria, podem deixar marcas emocionais prolongadas. A dificuldade em processar essas experiências está frequentemente associada à complexidade das intervenções e à percepção da vulnerabilidade das crianças (Näsströma et al., 2023). A dificuldade em desconectar emocionalmente após intervenções difíceis é uma questão recorrente nos discursos dos participantes, como indicado por E4, que menciona *flashbacks* de memórias intrusivas. Essa experiência é corroborada também por Jeruzal et al. (2018), que contestam como as memórias de casos desafiadores podem persistir, impactando o bem-estar emocional dos profissionais. A conexão emocional com os casos, embora inevitável, pode levar a dificuldades no controlo do stress após a intervenção, especialmente quando os desfechos são negativos (Jeruzal et al., 2018).

Por outro lado, E2 sugere que os picos de stress sentidos durante as intervenções frequentemente resultam numa sensação de "stress bom", onde a adrenalina contribui para a execução eficaz da intervenção. Esse sentimento de realização, no entanto, pode ser

acompanhado de uma mistura de satisfação e dúvidas, conforme relatado por Näsström et al. (2022), referindo que mesmo após resultados positivos, é comum os profissionais sentirem tristeza ou questionarem as suas decisões.

E3 traz outra dimensão importante, “Sofremos por antecipação sem necessidade, porque a percentagem de crianças gravemente doentes que nós assistimos (...) Que é uma coisa muito residual e isto, obviamente, não havendo casuística, não há prática, não havendo prática aumenta o medo”. Este fenómeno reflete o desafio enfrentado pelos profissionais que lidam com casos graves esporádicos, dificultando o desenvolvimento da confiança e da prática clínica. Brown et al. (2016) destacam que a falta de *feedback* sobre os desfechos dos casos pode agravar este quadro, resultando em frustração e impacto negativo na autoconfiança e na aprendizagem.

A segunda subcategoria aqui identificada é a dos desafios técnicos que os participantes experienciam durante a intervenção. Dentro desta, os participantes fizeram referência à gestão farmacológica, à utilização de dispositivos médicos nomeadamente a inserção de cateter periférico e à colheita de dados e avaliação dos doentes em idade pediátrica.

Os desafios técnicos relacionados com gestão farmacológica e com colocação de cateteres venosos periféricos em crianças, foram identificados como áreas críticas pelos participantes do estudo, relatadas por E2 e E3 onde destacam a complexidade de adaptar doses de medicamentos com base no peso e na idade da criança, bem como as dificuldades práticas na punção venosa e na preparação de medicação com doses reduzidas. Estes relatos refletem os desafios descritos na literatura, que apontam para a administração de medicamentos em pediatria como um dos aspetos mais stressantes e suscetíveis a erros na prática clínica.

Este desafio é amplamente documentado por Jeruzal et al. (2018), Holmström et al. (2018) e Näsström et al. (2023), que descrevem a alta variabilidade no peso das crianças e a necessidade de precisão como elementos que tornam esta tarefa particularmente complexa. A dificuldade em localizar vasos sanguíneos em crianças pequenas, especialmente em contextos de emergência, também foi mencionada. Esta questão está em consonância com os resultados de Dias & Calviño (2018), que identificaram a obtenção de acesso venoso periférico como uma das maiores dificuldades técnicas enfrentadas pelos enfermeiros em pediatria, particularmente em recém-nascidos e em situações críticas.

Adicionalmente, como relatado por E3: “a principal dificuldade, nos cursos de formação que nós vemos, é como se punciona uma criança e como é que se preparam drogas tão pequenas”, reflete uma dificuldade prática frequentemente encontrada, onde a

abordagem a crianças é tratada de maneira limitada. Gunvall et al. (2017) e Brown et al. (2016) constataram que a falta de treino específico na administração de medicamentos para doses pediátricas pode levar a um controlo inadequado da dor e outros problemas clínicos, o que reforça a importância de capacitações voltadas para as especificidades do cuidado pediátrico.

A avaliação e a colheita de dados em pediatria foram também identificadas como desafios técnicos significativos pelos participantes, especialmente devido às diferenças anatômicas e fisiológicas entre crianças e adultos. Os relatos de E1, E2 e E5 destacam a necessidade de adaptar procedimentos e avaliações aos padrões específicos de cada faixa etária, sublinhando que a pediatria não é apenas "adultos menores" (E5), mas uma área com especificidades próprias. Segundo um dos participantes "gera alguma ansiedade, a anatomia diferente" (E2), reflete que a ansiedade, gerada por estas especificidades impactam os procedimentos como monitorização de sinais vitais e acesso venoso periférico. Esta complexidade é amplamente corroborada por Dias & Calviño (2018), que referem como a variabilidade dos padrões normais de sinais vitais e a necessidade de ajustar ferramentas como o triângulo de avaliação pediátrica, tornam o processo inicial de avaliação mais desafiador. A dificuldade em interpretar sinais clínicos em crianças, como a "dificuldade em fazer monitorização de sinais vitais" (E1), está em consonância com as descobertas de Gunvall et al. (2017), Holmström et al. (2018) e Jeruzal et al. (2018), acrescentam que particularmente na avaliação da dor, estas diferenças aumentam a complexidade da avaliação inicial e exigem competências técnicas e interpretação clínica mais apuradas.

De seguida, os desafios relacionais foram identificados como terceira subcategoria. Dentro desta, os participantes fizeram referência aos problemas de comunicação e liderança, que têm impacto na gestão de equipa, na transmissão de informação no momento da ativação, na comunicação eficaz com a criança e familiares, cuidadores formais ou informais, tal como na gestão das reações deste último.

A gestão de equipa no contexto pediátrico extra-hospitalar foi destacada como um desafio relacional significativo pelos participantes do estudo. "No contexto SIV, estamos literalmente sozinhos. O elemento que está connosco não tem juízo clínico nem poder de administração ou de preparação de terapêutica e ainda mais stress é gerado por esse motivo, pelo facto de o próprio enfermeiro, que lidera a equipa ter que assumir e fazer os cálculos para aquela administração." (E2). Isto evidencia o stress gerado pela liderança em cenários que o enfermeiro lidera a equipa e tem a responsabilidade pela administração e

preparação terapêutica, devido à ausência de pares com competência clínica equivalente. Esta sobrecarga pode impactar tanto a tomada de decisão quanto o bem-estar do profissional, a falta de confiança mútua e de colaboração efetiva entre os membros da equipa aumenta o stress e compromete a qualidade dos cuidados (Näsström et al. 2022).

Adicionalmente, referido por E4 que ressalta a complexidade de gerir cenários sem apoio direto de colegas com *expertise* semelhante, reforça a importância do trabalho em equipa. A ausência de segurança ou experiência de outros membros da equipa é um fator que intensifica os desafios técnicos e emocionais encontrados em situações de alta pressão (Dias & Calviño, 2018). Esta situação também foi associada à necessidade de adaptação e liderança, características essenciais para profissionais que atuam nestes contextos.

Outro ponto relevante foi mencionado por E6, que destacou a necessidade de “acalmar o médico(a)” presente na equipa. Essa dinâmica evidencia uma inversão de papéis tradicionalmente esperada, onde o enfermeiro, além de gerir tecnicamente a situação, também assume a função de estabilizar emocionalmente outros membros da equipa. Este aspeto é alinhado com os resultados de Brown et al. (2016), que discutem as barreiras de comunicação entre equipas em diferentes ambientes, potencialmente agravadas por fatores como stress e falta de coesão nas ações.

Seguindo para a transmissão de informações durante a ativação de serviços de emergência pediátrica, tendo sido também identificada como um desafio relacional significativo pelos participantes do estudo. Foi referido que “sabemos que muitas vezes a informação que nos chega não é mais fidedigna” (E1) que destaca a preocupação com a falta de fidedignidade das informações recebidas, enquanto E3 e E6 apontam para a dificuldade em obter detalhes essenciais, como a idade exata da criança ou uma descrição clara da situação clínica. Esses aspetos refletem lacunas na comunicação, que podem comprometer a preparação e o planeamento das intervenções. Os desafios relatados pelos participantes estão alinhados com os resultados de Dias & Calviño (2018), que identificam que a comunicação entre o CODU e as equipas no terreno nem sempre é precisa. Além disso, as dificuldades em transmitir dados exatos no momento da ativação podem gerar incertezas e aumentar o stress na preparação da equipa para a intervenção. Esse problema pode ser exacerbado pela variabilidade nas práticas de comunicação e pela falta de padronização na colheita e transmissão de informações no momento da ativação (Dias & Calviño, 2018).

Relativamente à comunicação com crianças e a gestão das reações de cuidadores, formais e/ou informais, foram identificadas como desafios significativos no cuidado em pediatria em contexto de EEH. Através do *focus group* destaca-se que “pela criança que não

tem capacidade de expressão verbal, ou seja, pela criança que está com medo e que é incapaz de lembrar os factos sucedidos (...) e também a própria ansiedade que nós sentimos face às crianças sentirem face ao nosso toque e à presença de um estranho.” (E1). Este cenário reflete a dificuldade de interpretar sinais clínicos em crianças assustadas, como descrito por Näsström et al. (2022), apontam que barreiras emocionais e culturais frequentemente complicam a interação e elevam o stress dos profissionais. E2 reforça que “a comunicação com a própria criança é diferente”, e destaca a necessidade de abordagens específicas e adaptadas à criança. Esta percepção encontra-se em consonância com o estudo de Dias & Calviño (2018), que relatam que a avaliação de crianças pequenas ou inconscientes exige o uso de indicadores clínicos indiretos, como o comportamento e os sinais vitais, o que aumenta a complexidade da intervenção nestas situações, resultantes de dificuldades adicionais para os profissionais em estabelecer uma relação empática e de confiança com as crianças.

Além disso, a interação com cuidadores, sejam formais ou informais, também é descrita como um desafio. Conforme E3, refere “a intercomunicabilidade e a partilha de cuidados com outros agentes, nomeadamente os pais ou cuidadores informais ou até cuidadores formais de algumas instituições que trabalham com crianças com necessidades especiais ou institucionalizadas (...) também são um fator de stress.” Este relato está em linha com as observações de Jeruzal et al. (2018), que identificam os cuidadores, como pais ou familiares, como “doentes secundários” cuja ansiedade e medo frequentemente intensificam a tensão no ambiente de cuidados, exigindo atenção emocional e técnica por parte da equipa.

A última subcategoria identificada é a dos fatores ambientais e os recursos disponíveis, que dizem respeito às longas distâncias até aos hospitais, à disponibilidade de recursos disponíveis e ao impacto das condições do local onde a emergência acontece.

No que diz respeito às longas distâncias até aos hospitais, revelou-se como um desafio importante referido pelos profissionais de saúde no cuidado a crianças em áreas mais remotas. A duração da viagem limita as opções de analgesia disponíveis e pode agravar o estado clínico da criança, gerando ainda mais preocupação entre os profissionais (Holmström et al., 2018). Os participantes referem como as longas distâncias de transporte influenciam diretamente a intervenção e aumentam o stress da equipa. E1 descreve: “tem a agravante de estarmos deslocados de meios (...) passamos muito tempo, em transporte”. Esta percepção é reforçada por Näsström et al. (2023), apontam que a localização periférica de algumas ambulâncias resulta em longos tempos de transporte até aos hospitais

especializados, agravando as dificuldades logísticas e emocionais dos enfermeiros. Estes desafios são acentuados em áreas rurais, onde o acesso a hospitais pediátricos especializados é frequentemente mais difícil (Brown et al., 2016). E3 complementa, “quando a criança é crítica e o transporte é longo”, destacando a pressão adicional que o transporte prolongado impõe na estabilização dos doentes pediátricos. De acordo com Jeruzal et al. (2018), esta situação intensifica a necessidade de uma abordagem eficaz no local, já que as longas distâncias dificultam a chegada rápida ao hospital, o que pode comprometer a qualidade do cuidado prestado.

Relativamente à disponibilidade limitada de recursos, esta evidencia os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde devido à insuficiência de recursos pediátricos adequados. Os participantes refletiram como essa limitação impacta diretamente a qualidade do cuidado prestado às crianças. E1 descreve que “não tem um serviço de pediatria (...) Quando temos aquela mensagem a dizer que a urgência pediátrica (...) está fechada”. Esta situação demonstra a vulnerabilidade dos serviços que não contam com recursos pediátricos dedicados, obrigando os profissionais a improvisar ou a intervir em contextos de recursos insuficientes. Dias & Calviño (2018) identificam a dificuldade de decidir para qual hospital encaminhar a criança, especialmente em áreas geográficas remotas, como outro fator que prolonga os tempos de resposta e aumenta o risco de desfechos adversos.

Outro ponto relevante descrito por E3, “se houver um agravamento do estado clínico da vítima, eventualmente (...) não terei a resposta mais adequada que se estiver numa unidade de cuidados intensivos ou no serviço de urgência central”. Esta declaração evidencia a preocupação dos profissionais com a indisponibilidade de infraestrutura e equipamentos especializados para emergências pediátricas. Jeruzal et al. (2018) e Holmström et al. (2018) reforçam essa dificuldade, mencionando a carência de equipamentos pediátricos específicos nas ambulâncias. Apesar da conformidade com os padrões mínimos em algumas localidades, a insuficiência de recursos adequados permanece uma preocupação significativa (Dias & Calvino, 2018; Brown et al., 2016).

Por fim, o impacto das condições do local, aborda os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde em cenários onde as condições físicas e geográficas dificultam a intervenção em pediatria. Esses desafios foram amplamente destacados pelos participantes, “chegar ou encontrar a morada certa” (E6), demonstrando as dificuldades logísticas relacionadas à localização exata do doente, muitas vezes em áreas de difícil acesso ou sem referências claras. Essa limitação é corroborada por Dias & Calviño (2018), referindo que a complexidade geográfica e a dificuldade de encontrar o local exato podem

atrasar o início da intervenção, com impacto negativo na qualidade do cuidado prestado. E1 também destaca outra barreira referindo que, “às vezes não é fácil esta combinação, médico regulador de CODU e quem está no local, porque às vezes quem atende é uma pessoa que nem conhece o local”. A falta de familiaridade com a área geográfica por parte das equipas de apoio, compromete a coordenação entre os diferentes agentes de saúde, como o médico regulador do CODU e os profissionais no terreno. Estes fatores podem comprometer a estabilização inicial do doente e aumentar o tempo necessário para o transporte até uma unidade de saúde adequada (Dias & Calviño, 2018).

Fatores facilitadores

As subcategorias referentes à categoria principal, fatores facilitadores, reportadas pelos enfermeiros especialistas foram: as competências técnicas, as competências não técnicas e a gestão de emoções e resolução de conflitos (Tabela 2).

Categoria	Sub-Categorias	Sub-Sub-Categorias	Unidades de registo
Fatores	Competências técnicas	Preparação pré-intervenção	E1 “Levarmos a preparação feita pelo caminho e deixar já tudo preparado para aquilo que nós achamos que iremos encontrar”
			E3 “conseguimos a caminho do local fazer a preparação (...) já contas mais feitas, adequadas à idade, adequadas ao peso da criança e também para cada uma das situações (...) verificar vias de administração (...) verificar aquilo que são as intervenções de enfermagem”
			E2 “tento fazer uma revisão das drogas, as que mais se usam ou numa situação ou noutra. E pela idade que dão tento fazer uma revisão da posologia farmacológica para aquela situação”
			E4 “Pelos cálculos da medicação”
			E5 “irmos preparando, os cenários que vamos encontrar, nomeadamente estas estratégias de terapêutica que possa ser utilizada, das dosagens que temos que utilizar em função dos perfis de peso, a as vias de administração que temos opcionais das terapêuticas, eventualmente a utilizar”
			E6 “fazer durante a viagem as contas de toda a medicação que poderemos ter necessidade de usar”
		Adaptação a situações imprevistas	E1 “ir sempre com uma mente aberta (...) mentalizar-nos de todas as possibilidades, daquilo que poderemos encontrar.”
			E3 “As crianças têm uma particularidade que é, tem um contínuo no seu ciclo de vida, que vai desde que nascem até aos 18 anos (...) e temos que ajustar a nossa intervenção (...) esta flexibilidade. Verificar as vias de administração dos fármacos que eu sei que grande parte das situações eu posso não ter uma via disponível”
			E5 “abrir o leque de todas as possibilidades. Apesar do foco da ativação ser um (...) num perfil de administração endovenoso poder adotar outras estratégias até conseguir efetivar esta atividade (...) localmente vamos à medida do que vamos encontrando. Vamos procurando soluções e estratégias que sejam adequadas ao que temos à frente”

facilitadores	Revisão de protocolos	E2” recorrer as nossas cábulas e aos nossos protocolos “
		E3 “revisão mental do Protocolo e as drogas que eu tenho disponíveis”
		E4 “pelo ir rever os protocolos”
		E1 “a nossa evidência científica por base (...) Ter a capacidade de adaptar esses protocolos às necessidades individuais de cada criança”
	Diferenciar os vários tipos de cenários	E3 “diferenciar logo à partida, se alguma urgência é uma emergência ou se não é nada de facto nem urgente, nem emergente”
		E2 “Quando somos ativados à partida, logo a grande diferença se é emergência médica ou se trauma”
		E6 “mediante as informações que o CODU nos dá sobre a situação clínica que vamos encontrar”
	Uso de ferramentas e tecnologias	E3 “confirmar a informação junto ao <i>ITimes</i> , a atualidade das informações antes de chegar ao local podem ser benéficas para nós”
		E6 “ter uma aplicação no telemóvel que nos permita consultar rapidamente tudo o que vamos precisar para aquela criança”
	Segurança farmacológica	E2 “(na VMER/Helicóptero) temos um médico que lidera e que prescreve, mas nós temos que saber quanto é a posologia, sob pena de ele fazer uma má prescrição e nós temos de o alertar (...) (na SIV) não confiar na memória porque a drogas com sobredosagem podem ser muito malélicas e faço essa revisão”
		E5 “Até porque quando se trabalha com a pediatria, temos este perfil de intervenção com uma segurança redobrado (...) minimizando aqui a questão dos erros da administração de medicação”
		E3 “na pediatria redobramos estes cuidados”
		E6 “ter sempre no bolso um caderno com anotações das dosagens da medicação relativamente ao peso de cada criança”
	Abordagem à vítima pediátrica	E3 “o curso de SIV trouxe a simplificação deste processo da abordagem pediátrica (...) vou garantir que avaliei corretamente de acordo com aquilo que a <i>guidelines</i> está preconizado e a triangulação pediátrica e condições de segurança verificar tudo à volta e na pediatria extremamente importante”
		E1 “objetivo efetuar o tratamento emergente eficaz a esta vítima pediátrica (...) Avaliação da situação, avaliação geral da criança com recurso ao triângulo de avaliação pediátrica, tem o exame primário, exame secundário”
		E5 “sistemas próprios de utilização e todas as especificidades de algumas técnicas e procedimentos que têm que ser necessariamente ajustadas à idade pediátrica. Prende-se muito por nós em forma de especialista. Criamos este ponto de triangulação”
Gestão de equipa/	E1 “partilhar o melhor possível com um técnico que tenho ao meu lado (...) destaca-se ainda a nossa posição como um elemento de referência na equipa (...) e o contributo que nós temos para um ambiente de prática favorável para a nossa prática clínica”	
	E2 “pertinência de haver enfermeiros no CODU para acompanhamento dos meios básicos e para termos um par a distância do telefone ou do rádio para nos, pelo menos se fazer a conta de forma a ver uma redundância na conferência da posologia da administração do farmacológica”	

	Competências não técnicas	Comunicação entre equipa	E3 “partilhar esta informação com o técnico que está comigo (...) é para que ele também saiba o que é que nós estamos a falar” E6 “é o enfermeiro que conduz a VMER, deve ser o médico a fazer essa consulta e dizer em voz alta o resultado final da medicação, respetivas dosagens, número de TOT, número de lâmina para laringoscópio, e tudo o que prevemos usar durante aquela situação “
		Comunicação com familiares e criança/	E3 “primeiro estabilizar a criança falar com a família, estabilizar para diminuir os níveis de stress e ansiedade começar com novas ligações e se calhar vou ter um <i>outcome</i> muito melhor (...) uma intervenção de enfermagem é dar tranquilidade as pessoas que estão a minha volta e dar lhes confiança. Eu acho que conseguir dar confiança, ter confiança naquilo que eu estou a fazer e por isso tento me preparar também para conseguir comunicar de forma eficaz, dependendo das particularidades das pessoas que nós não conseguimos comunicar com toda a gente da mesma forma, ou a mesma estratégia. E temos que colocar aqui estas não são barreiras, estas são oportunidades de nós mudarmos as nossas formas de comunicação.”
		Relação terapêutica/	E5 “O controlo da ansiedade, seja dos pais ou das crianças, joga muito a nosso favor. E eu a minha intervenção será sempre junto dos pais, porque o pai, que está ansioso, transmite diretamente esta questão à criança, e vice-versa (...) tenho sempre esta conversa com os pais e de procurar tranquilizar, transmitir-lhe alguma segurança na nossa intervenção”
		Diminuição stress	E1 “não nos podemos esquecer que temos que dar aquele conforto, tanto à criança como à família (...) Não há aqui uma relação enfermeiro paciente, mas é uma relação enfermeiro criança e o nosso cuidador, o cuidador da criança, o pai, a mãe ou familiar significativo (...) esta capacidade de estabelecermos uma relação de confiança e uma comunicação efetiva tanto com a criança como com esta família”
			E6 “mostrar segurança e ser assertiva nos comentários e nos cuidados que prestamos à criança”
	Gestão de emoções e resolução de conflitos		E1 “enquanto enfermeiros especialistas assentam na nossa capacidade de autoconhecimento e na importância deste processo nas relações com os outros, incluindo a nossa gestão de emoções e a resolução de próprios conflitos que se possam a vir verificar (...) é importante haver conhecimento de técnicas e que exista apoio para a gestão do stress, é fundamental não só para a nossa saúde mental e para a nossa eficácia enquanto atuação de enfermeiros (...) é importante que também tentamos procurar esse apoio para ultrapassar estas situações de stress”
			E3 “é muito importante sermos nós próprios a reconhecer essas nossas limitações na gestão das nossas emoções e procurarmos também ajuda, e a ajuda para obter isto pode ser conversar com os nossos pares ou com quem esteve e assistiu connosco a estas situações”

Tabela 2: Fatores facilitadores

Como no quadro de análise anterior, estas subcategorias também estão divididas de forma a obter uma informação mais detalhada sobre esta categoria. As competências técnicas foram a primeira subcategoria identificada. Dentro desta, os participantes fizeram

referência à preparação pré-intervenção, à adaptação a situações imprevistas, à revisão de protocolos, à necessidade de diferenciar os vários tipos de cenários, ao uso de ferramentas e tecnologias, à segurança farmacológica e à abordagem à vítima pediátrica.

No que diz respeito à preparação pré-intervenção destacada como fator facilitador para o sucesso na intervenção pediátrica em contextos extra-hospitalar, a prática de se antecipar os cenários possíveis durante o trajeto é amplamente reconhecida pelos profissionais entrevistados como essencial para lidar com as exigências específicas do cuidado pediátrico. Esta preparação envolve não apenas a organização técnica, como cálculos de dosagens e revisão de vias de administração, mas também uma preparação emocional e mental para enfrentar os desafios inerentes ao contexto pediátrico.

Conforme relatado por E1, E3 e E6, o tempo de transporte até ao local de ocorrência, é utilizado estrategicamente para rever protocolos, calcular dosagens adequadas ao peso e idade da criança, e verificar as intervenções de enfermagem que poderão ser necessárias. Essa abordagem reflete práticas descritas por Jeruzal et al. (2018) e Dias & Calviño (2018), mencionam o facto de muitos profissionais utilizarem o trajeto para rever informações e se organizarem mentalmente para o cenário, promovendo maior eficiência e segurança nos cuidados prestados. Além disso, os participantes mencionaram a importância da revisão contínua dos medicamentos e dosagens, como ilustrado pelos relatos de E2, E4 e E5, que mencionaram a necessidade de rever protocolos e cálculos de fármacos. Esta prática é corroborada por Holmström et al (2018), que destacam como rever protocolos e discutir cenários com a equipa é fundamental para reduzir a ansiedade e aumentar a eficácia das intervenções.

A preparação não se limita à parte técnica, esta envolve também uma componente reflexiva e emocional, como destacado por Näsström et al. (2022, 2023), que descrevem como os enfermeiros se preparam mentalmente para lidar com o stress e as exigências emocionais ao cuidar de uma criança em situação de emergência. Essa abordagem holística foi reforçada por E3 e E5, “verificar vias de administração (...) verificar aquilo que são as intervenções de enfermagem” (E3), descrevendo como estratégias a prevenção e o planeamento de terapêuticas adequadas à condição da criança.

Seguidamente a capacidade de adaptação a situações imprevistas também é apontada como uma competência técnica crucial. A flexibilidade para lidar com situações imprevistas e ajustar as intervenções às necessidades específicas da criança e às condições do ambiente emergiram como fatores determinantes para a qualidade do cuidado.

Segundo E1, E3 e E5 ilustraram como os profissionais mantêm uma mente aberta, “abrir o leque de todas as possibilidades” (E5), conferem continuamente as suas estratégias e adotam abordagens criativas para superar desafios inesperados. Esta habilidade de adaptação está em linha com os resultados de Näsström et al. (2023), que descrevem o cuidado pediátrico como altamente flexível, exigindo que os enfermeiros ajustem as suas práticas de acordo com o comportamento da criança e as circunstâncias da intervenção. Sendo importante manter a calma e demonstrar confiança, mesmo em cenários desafiadores, para assegurar um cuidado eficaz em situações complexas (Näsström et al.2022).

Os participantes mencionaram a necessidade de “Temos que ajustar a nossa intervenção (...) esta flexibilidade. Verificar as vias de administração dos fármacos que eu sei que grande parte das situações eu posso não ter uma via disponível” (E3). Esta capacidade de improvisação foi destacada por Jeruzal et al. (2018) e Holmström et al. (2018), como uma competência técnica essencial, particularmente em situações onde o estado clínico da criança é incerto ou flutuante. Os profissionais enfatizam o julgamento clínico rápido e a colaboração com colegas para superar as incertezas (Gunvall et al. 2017).

Os participantes destacam também a importância da revisão de protocolos durante a preparação para a intervenção e a capacidade de adaptar essas orientações às necessidades individuais de cada criança. Essa abordagem permite que os profissionais assegurem maior precisão na administração de medicamentos e adaptação às especificidades de cada caso. Como refere E2 “recorrer as nossas cábulas e aos nossos protocolos “, a revisão constante de protocolos específicos para pediatria é uma prática que fortalece a confiança dos profissionais e reduz a probabilidade de erros, especialmente no cálculo de doses de medicamentos (Jeruzal et al. 2018). Esta preocupação é particularmente relevante no contexto pediátrico, onde as diferenças de peso e idade podem complicar a aplicação de protocolos gerais. Além disso, a revisão de protocolos desempenha um papel significativo na preparação emocional e técnica dos enfermeiros. Holmström et al. (2018) relatam como a prática de rever protocolos auxilia os profissionais a melhorar seu desempenho, especialmente em situações de dor pediátrica, pois asseguram uma resposta eficaz ao alívio da dor. Como relatado por E1, “a nossa evidência científica por base (...) Ter a capacidade de adaptar esses protocolos às necessidades individuais de cada criança”, demonstra a importância de rever e atualizar as diretrizes existentes para abranger cenários pediátricos variados, garantindo maior adequação às realidades clínicas (Gunvall et al., 2017; Dias & Calviño, 2018).

A importância de diferenciar os vários tipos de cenários e identificar, desde o início, a gravidade da situação para direcionar as ações de forma eficaz também são destacadas como essenciais para os participantes deste *focus group*. À partida “diferenciar entre uma urgência, emergência ou uma situação sem gravidade é fundamental para uma resposta apropriada” (E3), os profissionais demonstram importância de identificar com rapidez e precisão a gravidade e o tipo de emergência, ajustando a resposta clínica às necessidades da criança esta situação (Jeruzal et al., 2018). Essa capacidade é particularmente relevante em pediatria, dado o amplo espectro de condições que podem variar desde de traumas a doenças respiratórias agudas e conforme a faixa etária, cada situação exige abordagens distintas (Holmström et al., 2018; Dias & Calviño, 2018).

Seguidamente como competência técnica, facilitador da intervenção, os participantes destacaram o papel dos recursos tecnológicos no suporte à prática clínica. “Ter uma aplicação no telemóvel que nos permita consultar rapidamente tudo o que vamos precisar para aquela criança” (E6). Da mesma forma, Dias & Calviño (2018) destacam que aplicações de *smartphones* são frequentemente utilizados para calcular doses de medicamentos e selecionar dispositivos adequados, simplificando processos complexos. Jeruzal et al. (2018), referem que as ferramentas tecnológicas, como calculadoras de dosagem e tabelas de referência são estratégias facilitadoras da intervenção. Apesar das limitações de adesão à integração de ferramentas tecnológicas no cuidado pediátrico esta foi apontada como um avanço significativo (Gunvall et al., 2017; Dias & Calviño, 2018).

A segurança farmacológica é um aspeto central na emergência extra-hospitalar pediátrica, dada a vulnerabilidade desta população e os riscos associados a erros de dosagem. Os resultados deste *focus group* revelam que os profissionais adotam práticas rigorosas para minimizar erros e mencionaram que o cuidado com a pediatria exige uma abordagem redobrada (E5 e E3). O cuidado redobrado é uma característica marcante dos profissionais ao administrarem medicamentos em crianças pequenas, especialmente devido ao medo de erros de dosagem (Gunvall et al., 2017). Podem ser facilitadas pela preparação prévia e decisões cautelosas, como adiar intervenções em situações de risco (Näsström et al., 2023). “(na VMER/Helicóptero) temos um médico que lidera e que prescreve, mas nós temos que saber quanto é a posologia, sob pena de ele fazer uma má prescrição e nós temos de o alertar (...) (na SIV) não confiar na memória porque a drogas com sobredosagem podem ser muito maléficas e faço essa revisão” (E2), este participante destaca a importância de verificar a posologia, onde o médico prescreve, mas o enfermeiro tem o papel de validar com a dupla segurança. Práticas como a dupla verificação com

colegas ou o uso de aplicativos tecnológicos ajudam a reduzir erros (Jeruzal et al., 2018; Dias & Calviño, 2018).

Por fim, como competência técnica crucial, na abordagem à vítima pediátrica no contexto extra-hospitalar, exigindo um equilíbrio entre conhecimento técnico e habilidades interpessoais. “O curso de SIV trouxe a simplificação deste processo da abordagem pediátrica (...) vou garantir que avaliei corretamente de acordo com aquilo que na *guidelines* está preconizado e a triangulação pediátrica e condições de segurança verificar tudo à volta e na pediatria extremamente importante” (E3). O uso do Triângulo de Avaliação Pediátrica (TAP) conforme descrito no Manual de Suporte Avançado de Vida Pediátrico é uma estratégia reconhecida para a avaliação inicial da vítima pediátrica, permitindo observar três componentes críticos: aparência, trabalho respiratório e perfusão periférica (INEM, 2012c). Esta abordagem permite uma avaliação rápida e eficaz sem a necessidade de contato físico inicial, o que é especialmente útil em situações de emergência. A aplicação do TAP é particularmente relevante para superar desafios comuns na intervenção em pediatria. Situações como a presença de cobertores ou outros obstáculos podem dificultar a avaliação de todas as componentes, mas a observação sistemática fornece uma base sólida para a identificação de condições críticas (INEM, 2012c). A triangulação mencionada pelos participantes do estudo está em consonância com as práticas recomendadas e foi referida também no estudo de Dias & Calviño (2018).

De seguida, as competências não técnicas foram a segunda subcategoria identificada como facilitadora da intervenção em pediatria no contexto extra-hospitalar. Dentro desta, os participantes fizeram referência à gestão de equipa como a comunicação entre equipa, à comunicação com familiares e crianças estabelecendo uma relação terapêutica que permite a diminuição do stress e em consequência controlo da ansiedade do doente e cuidadores.

A gestão eficaz da equipa e a comunicação clara entre os membros da equipa surgem como competências não técnicas essenciais no contexto extra-hospitalar pediátrico. Como referido pelos participantes “partilhar o melhor possível com um técnico que tenho ao meu lado (...) destaca-se ainda a nossa posição como um elemento de referência na equipa (...) e o contributo que nós temos para um ambiente de prática favorável para a nossa prática clínica”. A comunicação entre os membros da equipa é fundamental em situações de alta pressão, promovendo flexibilidade e o ajuste às necessidades da criança e do contexto (Näsström et al., 2023). A confiança mútua entre

profissionais, surge como facilitador em cenários incertos, enquanto a comunicação clara e a divisão de responsabilidades são descritas como elementos chave para melhorar a eficiência e a segurança da intervenção (Jeruzal et al., 2018; Näsström et al., 2022).

Outro ponto relevante que emergiu da análise dos resultados foi o papel da comunicação no processo de verificação de informações cruciais, como a dosagem de medicamentos. Um participante relatou que, "É o enfermeiro que conduz a VMER, deve ser o médico a fazer essa consulta e dizer em voz alta o resultado final da medicação" (E6), este tipo de prática demonstra como a divisão clara de responsabilidades e a comunicação explícita entre os membros da equipa são essenciais para evitar erros e aumentar a segurança dos cuidados. A comunicação clara, especialmente na divisão de tarefas, ajuda a reduzir a pressão e melhora a eficiência das intervenções, permitindo que os profissionais se concentrem nas tarefas específicas que lhes são atribuídas (Holmström et al., 2018). Além disso, a importância da colaboração entre os membros da equipa, tanto na parte técnica quanto emocional, foi relatada pelos participantes. A troca de informações sobre o estado da criança e as decisões de intervenção ajudam a garantir um cuidado centrado na criança, como foi refletido pelos participantes, "partilhar esta informação com o técnico que está comigo (...) é para que ele também saiba o que é que nós estamos a falar" (E3). Gunvall et al. (2017) indicam que, em situações complexas, como emergências pediátricas, a colaboração eficaz é crucial para garantir que as necessidades da criança sejam satisfeitas de forma integral.

A comunicação com familiares e crianças, aliada à construção de uma relação terapêutica, foi amplamente destacada pelos participantes como um fator crucial para o sucesso da intervenção em contextos pediátricos. Segundo os testemunhos, essa comunicação não contribui apenas para o estabelecimento de confiança e empatia, mas também desempenha um papel importante na redução do stress e ansiedade tanto dos pais quanto da criança. Como exemplificado por E3, "primeiro estabilizar a criança, falar com a família (...) uma intervenção de enfermagem é dar tranquilidade às pessoas que estão à minha volta". Essa visão reflete a necessidade de uma abordagem personalizada, adaptada às particularidades de cada situação. De acordo com Näsström et al. (2023), a construção de confiança por meio de uma comunicação honesta e direta é essencial, especialmente quando os pais são incentivados a participar ativamente no cuidado. Contribuindo para reduzir a ansiedade da criança e fortalecer a cooperação durante as intervenções. Essa ideia é corroborada pelos relatos dos participantes, como E5, que destacou que "o controlo da ansiedade, seja dos pais ou das crianças, joga muito a nosso

favor". A interação eficaz com os pais não tranquiliza apenas a criança, mas também cria um ambiente de apoio emocional que favorece o desempenho da equipa.

Outro ponto relevante é a necessidade de adaptar a comunicação conforme a idade e as necessidades da criança, como mencionado por E1, "Não há aqui uma relação enfermeiro-paciente, mas uma relação enfermeiro-criança e o nosso cuidador". Essa abordagem é apoiada por Holmström et al. (2018), que enfatiza a importância de usar linguagem clara e amigável para reduzir a ansiedade da criança e facilitar a intervenção. Gunvall et al. (2017) reforça que, mesmo em crianças lactentes, estabelecer um vínculo emocional pode melhorar significativamente a efetividade das intervenções necessárias. Além disso, a interação com os familiares é vista como uma estratégia para estabilizar emocionalmente a criança. Dias & Calviño (2018) destacam que cuidadores calmos ajudam a minimizar o stress da criança, enquanto cuidadores ansiosos podem dificultar o processo. Esse conceito é ilustrado por E5, que enfatiza a importância de "procurar tranquilizar [os pais] e transmitir segurança na nossa intervenção".

Os relatos dos participantes também apontam para a importância de uma postura assertiva e segura como facilitadora da relação terapêutica, conforme exemplificado por E6, "Mostrar segurança e ser assertiva nos comentários e nos cuidados que prestamos à criança". Essa assertividade transmite confiança aos familiares e contribui para diminuir a tensão em situações de alta pressão. Jeruzal et al. (2018) salientam que a comunicação efetiva, aliada a essa confiança, é uma habilidade crítica para o sucesso das intervenções pediátricas.

Por fim, a gestão de emoções e a resolução de conflitos emergem como competências cruciais para os enfermeiros que atuam em contextos de emergência pediátrica. Os participantes deste estudo destacaram que o autoconhecimento e a gestão do stress não contribuem apenas para a eficácia da intervenção, mas também para o bem-estar emocional dos profissionais. Como mencionado por E1, "é importante haver conhecimento de técnicas e que exista apoio para a gestão do stress (...) fundamental não só para a nossa saúde mental, mas para a nossa eficácia enquanto atuação de enfermeiros". Os resultados alinham-se com os resultados de Dias & Calviño (2018), estes indicam que as emergências pediátricas frequentemente despertam emoções intensas devido à sua complexidade e às associações pessoais dos profissionais com os seus próprios filhos. Nesse contexto, o treino em gestão emocional desempenha um papel essencial para reduzir a ansiedade e reforçar a confiança dos profissionais (Dias & Calviño, 2018). Além

disso, como realçado por E3, o reconhecimento das limitações emocionais e a procura por suporte, seja entre pares ou por meio de estratégias formais, são passos fundamentais para lidar com o impacto emocional dessas situações. A prática de reflexões após as ocorrências, seja em supervisões formais ou conversas informais, também foi frisada como uma estratégia eficaz para processar emoções difíceis e melhorar a prática clínica (Brown et al. 2016). Segundo Näsström et al. (2022), essas reflexões ajudam os profissionais a lidar com sentimentos de ansiedade e frustração, contribuindo para o desenvolvimento de competências emocionais e para a prevenção de *burnout*.

Transporte para o meio hospitalar

As subcategorias referentes à categoria principal, transporte para o meio hospitalar, reportadas pelos enfermeiros especialistas foram: a transferência de cuidados para o meio hospitalar; e o transporte seguro (Tabela 3).

Categoria	Sub-Categorias	Unidades de registo
Transporte para o meio hospitalar	Transferência de cuidados para meio hospitalar	E3 “levar o maior número de informações para passar aos colegas, independentemente a um serviço de urgência básica, um serviço de urgência diferenciado.”
		E2 “quando estamos no local, tentamos obter o máximo de informação possível, mesmo a condição ambiental onde vive a criança muitas vezes pode responder algumas perguntas que nos vão fazer nos serviços diferenciados”
		E5 “a abordagem ABCDE do TAP, tudo adequadíssima a pediatria em termos de passagem de informação e Transmissão de informação, técnica e ISBAR... e com esta metodologia e não deixa margem para grandes dúvidas”
		E4 “utilizar a metodologia ISBAR a fazer uma passagem a mais concisa e precisa possível”
		E6 “estamos em sintonia com os cuidados emergentes a prestar à criança, mas também já tive experiências menos agradáveis (poucas vezes), ou de nos receberem “menos bem”, a desconfiar do que estamos a contar sobre a história clínica e sobre os procedimentos ou abordagem que fizemos em contexto extra-hospitalar”
		Transporte seguro
	E1 “Sou capaz de encher um balão e fazer um boneco para a criança...os colegas falaram da parte técnica. Isso eu concordo (...) mas sim e depois temos sempre o facto de que não levamos só a criança (...) levamos um familiar significativo. É importante haver sempre esta relação desta tríade do enfermeiro, criança e deste familiar (...) gostar de ouvir a sirene (...) para a criança sair e se distrair um bocadinho da situação para também fazermos que aquele transporte (...) corra o melhor possível e da melhor maneira possível e que haja ali um ambiente que se torne ou menos estressante possível”	

		E4 “utilizar os mecanismos que estão ao nosso dispor para um transporte seguro, nomeadamente temos um retentor pediátrico utilizar o ovo ou a cadeirinha se disponíveis. Há a presença do familiar sempre a mãe ou o pai ou alguém que que esteja disponível para nos acompanhar. utilizar a música, e a estratégia da luva também depois de fazer um Galo ou a cara do senhor, a distração e ir falar com a criança”
		E5 “temos que ter este perfil de intervenção ou de minimização de perigosidade ou de risco, minimizando eventos adversos anteriores à nossa intervenção. E acho que o enfermeiro especialista deve ter este foco também é a pesar, que é no âmbito da intervenção na comunicação, ou seja, se houver falhas neste processo, potencia os efeitos adversos.”

Tabela 3: Transporte para o meio hospitalar

A transferência de cuidados do ambiente extra-hospitalar para o hospitalar é uma fase crítica na emergência em pediatria. Segundo os resultados deste *focus group* a comunicação estruturada e a padronização das informações são fatores essenciais para garantir a continuidade e a qualidade do cuidado. Os participantes referiram que “levar o maior número de informações para passar aos colegas, independentemente a um serviço de urgência básica, um serviço de urgência diferenciado.” (E3). Esta prática assegura que os profissionais do meio hospitalar recebam os dados necessários para dar continuidade ao cuidado da criança. Ferramentas como o protocolo “ABCDE” e a metodologia ISBAR foram amplamente destacadas pelos participantes como facilitadoras na transmissão de informações. Um dos participantes afirmou que o uso dessas metodologias permite que a transferência de cuidados seja “concisa e precisa, sem margem para grandes dúvidas” (E5). Esta abordagem estruturada facilita a integração entre equipas e reduz a margem de erro (Dias & Calviño, 2018; Jeruzal et al., 2018).

Além disso, os enfermeiros destacaram a importância de “quando estamos no local, tentamos obter o máximo de informação possível, mesmo a condição ambiental onde vive a criança muitas vezes pode responder algumas perguntas que nos vão fazer nos serviços diferenciados” (E2). Esta prática é corroborada pela literatura, que destaca como as informações contextuais podem complementar a gestão inicial realizada em ambiente hospitalar, especialmente em relação ao controlo da dor e ao plano terapêutico (Gunvall et al., 2017; Holmström et al., 2018).

Contudo, o estudo também revelou desafios relacionados à interação com a equipa hospitalar. Um dos participantes relatou experiências menos agradáveis, “de nos receberem menos bem, a desconfiar do que estamos a contar sobre a história clínica e sobre os procedimentos ou abordagem que fizemos em contexto extra-hospitalar” (E6). Experiências negativas, como desconfiança ou lacunas na troca de informações, podem

comprometer a continuidade do cuidado e gerar insatisfação entre os profissionais do extra-hospitalar (Brown et al., 2016). Estes desafios são amplamente discutidos na literatura, que aponta para a necessidade de uma relação com mais colaboração entre as equipas do extra-hospitalar e hospitalares, especialmente em contextos pediátricos críticos (Näsström et al., 2023).

O transporte seguro de crianças em EEH é uma etapa crucial para garantir a continuidade do cuidado e a estabilidade clínica do doente. Os resultados deste estudo destacaram práticas essenciais para promover a segurança e o bem-estar durante o transporte. “Reavaliação mais cuidada, tentando cumprir passo a passo de forma, célere por outro lado criteriosa (...) A passagem de transmissão de dados ao CODU para prever antecipadamente até necessidade de outro tipo de meios a caminho” (E3). Esta prática encontra suporte na literatura, que reforça a necessidade de estabilização pré-transporte e de decisões logísticas eficazes para garantir um transporte seguro e eficiente, especialmente em áreas remotas ou com longas distâncias (Dias & Calviño, 2018; Holmström et al., 2018).

A monitorização contínua da condição clínica da criança durante o transporte foi outro aspeto destacado pelos participantes. Garantir a avaliação regular dos sinais vitais e realizar intervenções imediatas, se necessário, são práticas fundamentais para prevenir complicações (Gunvall et al., 2017; Jeruzal et al., 2018). Além da estabilidade clínica, os participantes realçam o uso de equipamentos pediátricos adequados, “utilizar os mecanismos que estão ao nosso dispor para um transporte seguro, nomeadamente temos um retentor pediátrico, utilizar o ovo ou a cadeirinha se disponíveis” (E4). Esses dispositivos são considerados indispensáveis, pois reduzem o risco de agravamento do quadro clínico durante o transporte, garantindo a segurança no transporte (Gunvall et al., 2017; Jeruzal et al., 2018).

No entanto, o cuidado durante o transporte não se limita à segurança física. A criação de um ambiente acolhedor e menos stressante foi uma prioridade destacada pelos participantes. Estratégias lúdicas, como a confeção de bonecos com balões ou luvas, a utilização de música e a presença de um familiar significativo foram apontadas como formas de minimizar o impacto emocional na criança (E1, E4). Essas práticas também relatadas nos estudos de Näsström et al. (2023) e Holmström et al. (2018), que destacam o uso de distrações e elementos familiares como brinquedos ou cobertores para reduzir o stress e criar um ambiente mais tranquilo para a criança e os seus cuidadores.

A interação com os familiares também foi valorizada pelos participantes, que reconheceram a “tríade composta pelo enfermeiro, a criança e o familiar” (E1) como central para um transporte bem-sucedido. A presença de um familiar não oferece apenas conforto emocional à criança, mas também facilita a obtenção de informações adicionais sobre o seu estado e contexto social (Holmström et al., 2018; Näsström et al., 2023). A comunicação constante com a criança e o uso de estratégias que promovam calma e confiança são essenciais para garantir a segurança e o conforto durante o transporte como relatado por E5 “enfermeiro especialista deve ter este foco também (...) que é no âmbito da intervenção na comunicação, ou seja, se houver falhas neste processo, potencia os efeitos adversos.”.

Experiência e Formação

As subcategorias referentes à categoria principal, experiência e formação, reportadas pelos enfermeiros especialistas foram: experiência profissional, apoio institucional, formação em prática clínica e formação simulada (Tabela 4).

Categoria	Sub-Categorias	Unidades de registo
Experiência e Formação	Experiência profissional	E1 “O meu passado já passou pela urgência pediátrica (...) E penso que isso foi uma mais valia também para o meu trabalho no extra-hospitalar”
		E5 “as (pessoas) que trabalham na pediatria, que adquirem um <i>know-how</i> e um perfil de intervenção diferente porque lá está a trabalhar com este perfil diariamente em termos de estratégias”
		E3 “Temos uma série de escalas, mas nenhuma delas substitui aquilo que é o raciocínio clínico do enfermeiro no local da ocorrência e mesmo de transporte”
		E6 “Penso que a experiência hospitalar que tenho na abordagem... possa ter ajudado muito a não ter eventos adversos com crianças”
	Apoio institucional	E6 “formação por minha iniciativa, e a pagar do meu bolso, uma vez que não nos facultam com facilidade esse tipo de formações”
		E1 “As condições que nós temos e acho que é importante haver este suporte. organizacional e das instituições a quem estamos a dar resposta com treino, com recursos, com supervisão”
	Formação em Prática Clínica	E3 “a formação em contexto de ação tem que existir (...) De ir para os contextos da prática clínica, onde há doentes críticos, unidade pediátrica (...) e eu só consigo perceber o que é uma criança doente, se souber o que é uma criança saudável”
		E1 “importante que existisse esta experiência prática que os enfermeiros pudessem prestar cuidados em ambiente pediátrico em ambiente hospitalar a para também conseguirmos lidar melhor com as situações complexas que nos possam aparecer e oferecer cuidados de maior qualidade”
		E4 “ter também a possibilidade de ir realizar a sua atividade, ainda que só durante um curto período, mas em ambiente hospitalar de urgência de cuidados intensivos. E eu acho que será um grande benefício”
		E6 “precisamos de prática, só os conjuntos da educação com a prática podem levar a ter mais segurança nos cuidados prestados às crianças”

	Formação Simulada	E3 “é fundamental para nós melhorarmos e continuamos a otimizar (...) a intervenção no extra-hospitalar”
		E2 “necessidade da formação está sempre presente e mantermos o conhecimento atualizado”
		E1 “o conhecimento não ocupa lugar. Pode influenciar diretamente a qualidade da nossa intervenção. enfermeiros que sejam bem treinados possuem também uma maior confiança e habilidades técnicas mais específicas (...) contínua atualização sobre novas práticas e procedimentos em pediatria é essencial para a eficácia da intervenção (...) a prática simulada seria uma boa aposta para haver aqui uma diversidade de casos para sermos expostos a uma variedade de casos pediátricos. Para aumentarmos a nossa competência, a nossa adaptabilidade enquanto enfermeiros às condições de trabalho que vamos encontrar aos recursos que temos disponíveis”
		E6 “Considero que temos que estar em constante formação, principalmente nesta área tão específica (...) pois a casuística de crianças críticas não é assim tanta quanto isso”

Tabela 4: Experiência e Formação

A experiência profissional surge como uma componente central na prática extra-hospitalar pediátrica, contribuindo para a segurança, confiança e eficácia nos cuidados. Os participantes deste estudo relataram que experiências prévias em contextos hospitalares, foram fundamentais para o desenvolvimento de competências específicas e para a adaptação às exigências do ambiente extra-hospitalar. O discurso de E1, “O meu passado já passou pela urgência pediátrica (...) E penso que isso foi uma mais valia também para o meu trabalho no extra-hospitalar”, que destacou o impacto positivo sua experiência, e de E6, que apontou a importância da sua experiência na abordagem hospitalar para prevenir eventos adversos, reforça o papel transformador da prática clínica acumulada. Os dados deste estudo corroboram com a literatura, que reforçam a relevância da experiência prática para aumentar a confiança e o desempenho dos profissionais. Profissionais mais experientes, com maior tempo de serviço, relatam maior capacidade de lidar com situações pediátricas complexas, incluindo raciocínio clínico no local da ocorrência e durante o transporte (Gunvall et al., 2017; Dias & Calviño, 2018).

O apoio institucional desempenha um papel crucial, conforme destacado nos discursos dos participantes. A falta de suporte institucional foi apontada como um desafio, evidenciado pelo relato de E6, “formação por minha iniciativa, e a pagar do meu bolso, uma vez que não nos facultam com facilidade esse tipo de formações”. Da mesma forma, E1 sublinhou a importância de um suporte organizacional estruturado, que inclua treino regular, supervisão e a disponibilização de recursos adequados. A literatura corrobora estes resultados, evidenciando que barreiras institucionais, como a falta de acesso a formações especializadas, são fatores limitantes na preparação de profissionais para emergências pediátricas (Dias & Calviño, 2018). O apoio institucional robusto, incluindo treinos regulares

e estruturados, é essencial para capacitar os profissionais a enfrentar as exigências específicas da sua intervenção em pediatria (Jeruzal et al., 2018). Estes desafios são frequentemente relatados como fatores que geram insegurança e comprometem a qualidade dos cuidados. A falta de treino contínuo foi associada à deterioração das competências e à dificuldade em lidar com a baixa frequência de casos pediátricos no ambiente extra-hospitalar (Jeruzal et al., 2018; Näsström et al., 2023). Dessa forma, o investimento institucional em formações específicas, bem como na disponibilização de recursos e supervisão, surge como elementos centrais para a melhoria da prática.

A importância da formação em prática clínica também foi destacada pelos participantes. “A formação em contexto de ação tem que existir (...) De ir para os contextos da prática clínica, onde há doentes críticos, unidade pediátrica (...) e eu só consigo perceber o que é uma criança doente, se souber o que é uma criança saudável” (E3). Referindo que a aprendizagem em contextos reais de prática, especialmente em unidades hospitalares, é essencial para o progresso técnico e emocional na gestão de situações complexas envolvendo crianças. A formação inicial em pediatria é frequentemente insuficiente para lidar com as complexidades do cuidado a crianças (Näsström et al., 2023). A literatura destaca que a formação em contextos clínicos reais complementa a formação simulada, oferecendo oportunidades para que os profissionais desenvolvam competências práticas sob supervisão direta, o que é essencial para consolidar a confiança no cuidado a doentes pediátricos (Gunvall et al., 2017; Dias & Calviño, 2018; Jeruzal et al., 2018).

Além disso, E1 e E4 “ter também a possibilidade de ir realizar a sua atividade, ainda que só durante um curto período, mas em ambiente hospitalar de urgência de cuidados intensivos. E eu acho que será um grande benefício”, sublinharam que a experiência prática em ambientes especializados, como urgências pediátricas e unidades de cuidados intensivos, contribuiria significativamente para a qualidade dos cuidados prestados no ambiente extra-hospitalar. A integração com especialistas, como pediatras, para revisões de casos e discussões clínicas, foi identificada no estudo de Dias & Calviño (2018), como uma prática eficaz para promover a reflexão crítica e a formação contínua. Reforçando a importância de parcerias entre equipas hospitalares e de extra-hospitalar na qualificação dos cuidados prestados (Dias & Calviño 2018).

A última subcategoria deste quadro de análise diz respeito à formação simulada que desempenha um papel central na preparação dos enfermeiros. Os participantes destacaram que essa estratégia possibilita a exposição a cenários diversos e complexos,

promovendo o desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas. “É fundamental para nós melhorarmos e continuarmos a otimizar (...) a intervenção no extra-hospitalar” (E3). A literatura corrobora com estes resultados ao referir a simulação como uma ferramenta eficaz para o treino em emergências pediátricas. Näsström et al. (2023), destacam que simulações baseadas em casos pediátricos permitem que os profissionais experienciem situações reais em um ambiente controlado, aumentando a sua confiança e capacidade de resposta em casos raros e de alta complexidade. A prática simulada também é útil para desenvolver habilidades técnicas, como administração de medicamentos e controlo de vias aéreas (Gunvall et al., 2017; Näsström et al., 2022).

De forma semelhante, E1 e E6 sublinharam que a formação em pediatria, combinada com simulações realistas, contribui para aumentar a confiança, adaptabilidade e a qualidade do cuidado prestado, especialmente num contexto em que a casuística de crianças críticas é limitada. Adicionalmente, Dias & Calviño (2018), reforçam que a simulação é amplamente valorizada pelos profissionais como uma estratégia prática para consolidar conhecimentos e preparar equipas para situações imprevistas. Estas formações estruturadas reforçam a importância da atualização contínua, “Necessidade da formação está sempre presente e mantermos o conhecimento atualizado” (E2). Estes aspetos são cruciais para garantir uma abordagem pediátrica holística e eficaz.

7. Conclusão

O presente estudo teve como objetivo identificar as percepções dos enfermeiros especialistas em Médico-Cirúrgica sobre os fatores que influenciam a sua intervenção em pediatria no contexto extra-hospitalar. Os resultados evidenciaram que a prestação de cuidados de enfermagem neste contexto é influenciada por vários fatores, como as competências emocionais e técnicas, a disponibilidade de recursos adequados, a comunicação eficaz com a criança e a família, e a necessidade de preparação contínua para situações críticas. As competências técnico-científicas, aliadas à liderança em situações de emergência, emergiram como fundamentais para superar os desafios e assegurar cuidados de qualidade. Por outro lado, limitações como a escassez de recursos específicos e a insuficiência de formação em cuidados pediátricos destacaram-se como barreiras significativas. Estes achados reforçam a necessidade de uma abordagem mais robusta e direcionada para apoiar os profissionais neste contexto.

As limitações do estudo incluem a utilização de uma amostra restrita de profissionais e o foco em contextos específicos, o que pode limitar a generalização dos resultados. Além disso, a abordagem qualitativa, embora rica em detalhes e *insights*, não permite a quantificação das variáveis envolvidas.

A prática profissional pode beneficiar diretamente das conclusões deste estudo, especialmente com a implementação de formações regulares e de formações em prática clínica, protocolos direcionados e maior sensibilização sobre a importância de recursos específicos no cuidado pediátrico. Adicionalmente, os resultados oferecem uma base para a revisão de políticas institucionais que promovam melhores condições de trabalho e suporte aos enfermeiros especialistas. A nível social e institucional, o estudo contribui para uma maior valorização do papel do enfermeiro especialista e para o reconhecimento das necessidades únicas da prática em pediatria no contexto extra-hospitalar. Este reconhecimento pode fomentar uma melhoria no sistema de saúde, assegurando cuidados mais humanizados e eficazes para as crianças e suas famílias.

Para desenvolvimentos futuros, recomenda-se a realização de estudos quantitativos e qualitativos mais abrangentes, que explorem variáveis adicionais e contemplem amostras diversificadas. Estudos sobre a eficácia de intervenções específicas,

bem como investigações longitudinais, poderão oferecer *insights* ainda mais profundos sobre as práticas de enfermagem neste contexto.

Pessoalmente, este estudo representou uma oportunidade única de reflexão e crescimento, tanto no campo da prática clínica quanto no âmbito da investigação científica. A interação com os participantes e a análise dos dados permitiram não só compreender os desafios enfrentados pelos profissionais, mas também reconhecer o impacto transformador que intervenções bem fundamentadas podem ter.

Por fim, este trabalho conclui com uma chamada à ação para que profissionais, gestores e investigadores trabalhem em conjunto para superar barreiras e potencializar os fatores facilitadores identificados. Assim, será possível garantir que o cuidado pediátrico no contexto extra-hospitalar seja cada vez mais eficiente, humanizado e centrado nas necessidades da Pessoa em Situação Crítica e das suas famílias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório final reflete um percurso académico e profissional profundamente enriquecedor, realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Composto por duas vertentes complementares — a componente de estágio e a investigação científica —, este trabalho integrou teoria e prática, possibilitando uma visão holística e crítica dos cuidados à Pessoa em Situação Crítica.

A primeira parte do relatório, dedicada à componente de estágio, evidenciou o impacto significativo dessa experiência na minha formação como enfermeira especialista. A realização dos estágios, em contextos de Emergência Extra-Hospitalar e Serviço de Urgência Polivalente, proporcionou o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências pessoais, científicas, técnicas e reflexivas. No âmbito das competências comuns e específicas dos enfermeiros especialistas, o estágio revelou-se uma oportunidade ímpar para consolidar o raciocínio clínico, a tomada de decisão e a prática baseada em evidências científicas.

O cumprimento dos objetivos traçados para cada contexto de estágio, desde o início desta trajetória, resultou na aquisição de conhecimentos aprofundados e no estímulo a novas formas de aprendizagem. Estes objetivos, ajustados às especificidades dos cuidados individualizados, foram alcançados com base em abordagens fundamentadas em evidências atuais, enriquecendo significativamente a experiência prática.

A experiência em cenários como o serviço de urgência e a emergência extra-hospitalar ampliou a compreensão sobre os cuidados à PSC, apresentando desafios que forçaram à autonomia, criatividade, flexibilidade e proatividade. Estas experiências não só proporcionaram a oportunidade de aprender com práticas bem-sucedidas, mas também permitiram uma avaliação crítica de intervenções menos adequadas, consolidando o compromisso com a excelência e a melhoria contínua na prestação de cuidados de enfermagem.

A segunda parte do relatório, dedicada à investigação científica, foi igualmente desafiadora e gratificante. A opção por um estudo qualitativo, inicialmente desconhecido e pouco familiar, representou uma barreira significativa no início do processo. No entanto, ao

longo do trabalho, essas dificuldades foram superadas devido a um estudo aprofundado, dedicação e desenvolvimento de competências de pesquisa. A aplicação da metodologia qualitativa permitiu não apenas o avanço na produção científica, mas também a aquisição de habilidades interpretativas e metodológicas que enriqueceram a experiência em investigação.

Os objetivos propostos foram alcançados, evidenciando-se que a intervenção dos enfermeiros especialistas em pediatria no contexto extra-hospitalar é profundamente influenciada por fatores técnicos, emocionais e organizacionais. Entre os facilitadores, destacam-se as competências técnico-científicas, a capacidade de liderança e de comunicação em situações de emergência. Por outro lado, a falta de recursos adequados, a escassez de formação direcionada para o cuidado pediátrico e as exigências emocionais intensas surgiram como barreiras significativas à eficácia das intervenções.

Este estudo reforçou a recomendação da necessidade de capacitar continuamente os enfermeiros especialistas, promovendo formações específicas de prática clínica em cuidados pediátricos, com ênfase em técnicas avançadas, estratégias de comunicação eficazes e gestão emocional. Aliados ao suporte emocional institucional, através da criação de programas institucionais que promovam o bem-estar dos profissionais, minimizando o impacto do stress ocupacional. Por fim sugere-se a promoção de estudos mais amplos e diversificados, que explorem novas estratégias e intervenções no cuidado pediátrico e seus impactos nos desfechos clínicos.

Entre as limitações do trabalho, destaca-se o recurso a uma amostra limitada e concentrada em contextos específicos, o que pode restringir a generalização dos resultados. A abordagem qualitativa, embora tenha proporcionado uma compreensão aprofundada das percepções dos enfermeiros, não permite uma análise quantitativa que complemente os resultados. Além disso, o estudo foi condicionado pelas particularidades do ambiente clínico e organizacional em que foi desenvolvido, o que pode influenciar a replicabilidade dos resultados em outros contextos.

Em suma, este percurso académico consolidou as minhas competências como futura enfermeira especialista e mestre, promovendo uma atuação profissional mais robusta, fundamentada em conhecimento científico e reflexividade crítica. A mobilização de iniciativas e estratégias para melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados é um reflexo direto da experiência prática e de investigação desenvolvida ao longo do curso.

O trabalho realizado contribui não apenas para o avanço da prática clínica, mas também para a valorização do papel do enfermeiro especialista na prestação de cuidados complexos e humanizados, reafirmando o compromisso com a excelência e a inovação em enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Andrade, E. J. D. (2022). Relevância Da Inteligência Emocional Para Profissionais De Enfermagem No Setor De Urgência E Emergência. [Repositório de Trabalhos de Conclusão de Curso] Centro Universitário UNIFACIG <https://www.pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/repositorio/article/view/3865/2905>

APSI. (2022). Relatório De Avaliação 30 Anos De Segurança Infantil Em Portugal 2022. https://www.apsi.org.pt/images/PDF/2022/APSI_RELATORIO_30.pdf

Bardin, L. (2016). Análise de Conteúdo (3a reimp. da 1a edição). ALMEDINA BRASIL

Bemposta, M. C., Fernandes, S. M., Fernandes, A. C., Afonso, S. C., Rodrigues, P. A., & Magalhães, C. P. (2024). Ativação da via verde coronária num serviço de urgência do norte de Portugal: Um estudo descritivo. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(3, Supl. 1), e31282. <https://doi.org/10.12707/RVI23.66.31282>

Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática clínica de Enfermagem. Quarteto Editora

Bernardino, V. P., Silva, M. A. D., Barbosa, B. D., Costa, M. Da G. C., Evangelista, B. P., & Duarte, R. B., (2022). Análise da produção científica acerca da liderança do enfermeiro nos serviços de urgência e emergência. *Research, Society and Development*, 11(11). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33726>

Bridges, W. (2003). *Managing Transitions: Making the Most of Change*. 2ªEd. Philadelphia, Pennsylvania: Da Capo Press. ISBN: 0738208248

Brown, S. A., Hayden, T. C., Randell, K. A., Rappaport, L., Stevenson, M. D., Kim, I. K. (2016). Improving Pediatric Education for Emergency Medical Services Providers: A Qualitative Study. *Prehosp Disaster Med.* 2017;32(1):20–26 [doi:10.1017/S1049023X16001230](https://doi.org/10.1017/S1049023X16001230)

Canas, L. M. M., Malta, H. F., & Oliveira, L. M. (2023). Memories of the Emergency and Resuscitation Medical Vehicle: experiences in a district hospital. *Pensar Enfermagem*, 26(Sup). <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v26iSup.253>

Cantante, A. P. S. R., Fernandes, H. I. V. M., Teixeira, M. J., Frota, M. A., Rolim, K. M. C. & Albuquerque, F. H. S. (2019). Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 25(1), 261-272. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27682019>.

Carlson, J. N., Gannon, E., Clay Mann, N., Jacobson, K. E., Dai, M., Colleran, C., & Wang, H. E. (2015). Pediatric out-of-hospital critical procedures in the United States. *Pediatric Critical Care Medicine*, 16(8), e260–e267. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000000505>

Castro, G. L. T., Tourinho, F. S. V., Martins, M. F. S. V., Medeiros, K. S., Ilha P. & Santos V. E. P. (2018). Proposta De Passos Para A Segurança Do Paciente No Atendimento Pré-Hospitalar Móvel. *Texto Contexto - Enferm*. 27(3). <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003810016>

Coelho, A. R., Soares, A. D., & Torres, A. R. (2022). Determinantes da adesão dos enfermeiros aos equipamentos de proteção individual no serviço de urgência: scoping review. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21027. <https://doi.org/10.12707/RV21027>

Costa, L. G. F. & Sousa, F. G. M. (2014). Teoria Das Transições De Afaf Meleis: Suporte Teórico Para O Cuidado De Enfermagem. [Trabalhos Científicos - Anais]. 66º Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEn). O Protagonismo Da Enfermagem Na Atenção À Saúde. <https://portal.eventosaben.org.br/66cben/anais/trabalhos/trabalho1830.pdf>

Decreto-Lei n.º 34/2012 de 14 de fevereiro, (2012). Aprova a orgânica do Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P. *Diário da República*, I.ª série, N.º 32, (2012-02-14), (748 – 750). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/34-2012-543036>

Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto (2014). Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação. Revoga os Despachos n.º 18459/2006, de 30 de julho, 24681/2006, de 25 de outubro e 727/2007, de 18 de dezembro de 2006. *Diário da República* nº 153, Série II, 108

(2014-08-11), (20673-20678).
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>

Despacho n.º 3317-A/2018 de 3 de abril (2018). Revisão do Sistema de Gestão de Operações (SGO). Diário da República n.º 65, 1.º Suplemento, Série II, (2018-04-03), (2 – 10). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/3317-a-2018-114969817>

Despacho n.º 5561/2014 de 23 de abril (2014). Define os meios de emergência pré-hospitalares de suporte avançado e imediato de vida do INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica, IP, que atuam no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica, e as bases gerais da sua integração na rede de serviços de urgência. Revoga o Despacho n.º 14898/2011, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 211, de 3 de novembro. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Diário da República n.º 79, Série II, (2014-04-23), (11123 – 11124) <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2014/04/079000000/1112311124.pdf>

Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Utentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República nº 187, Série II, (2021-09-24), (96-103). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Despacho nº 11688/2020 de 25 novembro (2020). Estrutura curricular e plano de estudos do 2.º ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação perioperatória e na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. Diário da República nº 230, Série II, (2020-11-25), (174 – 176). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2020/11/230000000/0017400176.pdf>

Despacho nº 5058-D/2016 de 13 de abril (2016). Estabelece disposições sobre o transporte integrado de doente crítico. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Diário da República n.º 72, 2º Suplemento, Série II, (2016-04-13), (12164–12164). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2016/04/072000002/0000500005.pdf>

Dias, A. L., & Calviño, J. (2018). Emergência pediátrica pré-hospitalar – a perspetiva dos intervenientes. Saúde Infantil, Hospital Pediátrico de Coimbra, 40(02), 54–58. https://saudeinfantil.asic.pt/images/download-arquivo/2018%20-%202020-%20Setembro/RSI_Setembro-2018.pdf

Dias, A., Ferreira, J., Preto, C., Próspero, F., Gaspar, E., & Calviño, J. (2015). Assistência pediátrica de uma viatura médica de emergência e reanimação no interior do país. *NASCER E CRESCER - Revista de pediatria do centro hospitalar do porto*, XXIV(4), 155–159. <https://doi.org/10400.16/1889>

Direção-Geral da Saúde (2009). Carta dos Direitos do Utente Internado. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf

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

Direção-Geral de Saúde (2022). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control). (2024). Healthcare-associated infections. <https://www.ecdc.europa.eu/en/healthcare-associated-infections>

Figueiredo F. A. P., (2021). Catástrofe Externa/Emergência Interna [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=21tGQnc7>

Grupo Português de Triagem. (2021). Sistema de Triagem de Manchester. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem%20manchester/>

Gunnvall K., Augustsson D., Lindström V., Vicente V. (2017). Specialist nurses' experiences when caring for preverbal children in pain in the prehospital context in Sweden. *International Emergency Nursing*. 36, 39-45. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.09.006>

Henriques, C., Santos, P., & Frade, J. (2021). Enfermagem Avançada – Conceptualização através de Grupos Focais. *New Trends in Qualitative Research* (pp. 138–144). <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.138-144>

Holmström M. R., Junehag L., Velanders S., Lundberg S., Ek B., Häggström M. (2018). Nurses' experiences of prehospital care encounters with children in pain. *International Emergency Nursing*. 43, 23-28. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.07.004>

Ibrahim, A. M., Abdel-Aziz, H. R., Mohamed, H. A. H., Zaghamir, D. E. F., Wahba, N. M. I., Hassan, G. A., Shaban, M., EL-Nablaway, M., Aldughmi, O. N. & Aboelola, T. H. (2024). Balancing confidentiality and care coordination: Challenges inpatient privacy. *BMC Nursing*, 23(564). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02231-1>

INEM. (2012a). Abordagem à Vítima—Manual TAS/TAT (1ª Edição) <https://www.prociv.azores.gov.pt/fotos/documentos/1466440641.pdf>

INEM. (2012b) Situação de exceção - Manual TAS (1ª Edição) <http://bvabrant.es.pt/WebResources/SitePages/forma/manuaisInem/manualSE.pdf>

INEM. (2012c) Normas, emergências pediátricas e obstétricas – Manual TAS (1ª Edição) https://esocvp.org/uploads/manuais/manuais_Manual%20Formando%20TASREC4%20-%20Normas,%20emerg%C3%A2ncias%20obst%C3%A9tricas%20e%20pedi%C3%A1tricas.pdf

INEM. (2017). O Sistema Integrado de Emergência Médica. <https://www.inem.pt/2017/05/30/o-sistema-integrado-de-emergencia-medica-2/>

INEM. (2021). SIEM (2nd ed.). <https://www.prociv.azores.gov.pt/fotos/documentos/1716978545.pdf>

INEM. (2023). História do INEM Categoria. <https://www.inem.pt/category/inem/oinem/historia-do-inem/>

IPST. (2013). Guia para a qualidade e segurança dos órgãos para transplantação. (5ª Edição ed.). Direção Europeia da Qualidade dos Medicamentos e Cuidados de Saúde. Conselho da Europa. https://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/Guia_Qualidad e_rgos_Verso_Portuguesa_final.pdf

Jeruzal, J. N., Boland, L. L., Frazer, M. S., Kamrud, J. W., Myers, R. N., Lick, C. J., & Stevens, A. C. (2019). Emergency Medical Services Provider Perspectives on Pediatric Calls: A Qualitative Study. *Prehospital Emergency Care*, 23(4), 501–509. <https://doi.org/10.1080/10903127.2018.1551450>

Lei n.º 15/2014 de 21 de março (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República*, 1.a série, nº 57 (21-

03-2014), (2127-2131).
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2014/03/05700/0212702131.pdf>

Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei nº 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República nº 181/2015, Série I (2015-09-16), (8059-8105).
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>

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*, n.º 04, (1–9). <https://doi.org/10.48492/servir0204.28390>

Marques, C. A., Rosetti, K. A. G. & Portugal, F. B., (2021). Segurança Do Paciente Em Serviços De Urgência E Emergência: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Baiana Saúde Pública* 45(2), 172-194. DOI: 10.22278/2318-2660.2021.v45.n2.a3405

Marques, M. S. A. (2021). A Importância da Formação na Qualidade dos Cuidados Prestados no Serviço de Urgência Básica. [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/76449>

Marques, S. R. C. & Ferreira, J. E. G. S. (2020). Intervenções do enfermeiro especialista à criança e família em situação de emergência: Revisão scoping. *Projetar Enfermagem – Revista Científica de Enfermagem*. Edição nº4, (87-99). ISSN 2184-4402. https://www.projetarenfermagem.com/_files/ugd/4e34d8_de71cd9edb6c4f8296bcb80c34f421e2.pdf#page=87

Meleis, A.I., Sawyer, L., Im E.O., Messias, D.H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science* 23 (1), (12-28). <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Monteiro, P. J. A. M. (2023). A segurança da pessoa em situação crítica vítima de trauma: Intervenção de enfermagem especializada. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/44990/1/MEPSC_10459_original.pdf

Nascimento, A. (2020). Transporte do Doente Crítico: Uma Prática de Qualidade. [Dissertação de Mestrado] Instituto Politécnico de Portalegre. Escola Superior de Saúde. <http://hdl.handle.net/10400.26/33796>

Näsström, M., Junehag L., Häggström, M., & Holmström-Rising, M. (2023). A reflexive thematic analysis of ambulance nurses' experience of facilitating child-centered care. *International Emergency Nursing*, 70. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2023.101324>

Näsström, M., Junehag, L., Häggström, M., & Holmström-Rising, M. (2022). An emotional journey when encountering children in prehospital care: Experiences from ambulance nurses. *International Emergency Nursing*, 66. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101239>

Neto, P., Pedro, N., Cerqueira, A., Neto, P. F., Félix, L., Bicho, A., & Urban, J. (2011). Emergência pediátrica pré-hospitalar: experiência de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação. *Acta Pediátrica Portuguesa, Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 42(5), (215–219). https://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/30/20120206120055_casuistica_netop_42.pdf

Nordén, C., Hult, K., & Engström, Å. (2014). Ambulance nurses' experiences of nursing critically ill and injured children: A difficult aspect of ambulance nursing care. *International Emergency Nursing*, 22(2), (75–80). <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2013.04.003>

Norma n.º 029/2012 atualizada a 31 de outubro (2013). Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (31-10-2013), (1-26). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

Norma nº 001/2017 de 8 de fevereiro (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (08-02-2017), (1-8). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Norma nº 015/2017 de 13 de julho (2017). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (13-07-2017), (1-25). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>

Norma nº 017/2022 de 19 dezembro (2022). Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (19-

12-2022), (1-20). https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_017_2022_notificacao_incidentes.pdf

Nunes, L. (2020). Aspetos Éticos na investigação de Enfermagem. IPS, ESS, Departamento de Enfermagem Campus do IPS, Estefanilha. ISBN: 978-989-54837-0-9. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Parecer nº 136 / 2007. Proposta de Enunciado de Posição. (1-7). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2008). DOR - Guia Orientador de Boa Prática <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

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

Ordem dos Enfermeiros. (2017a). Parecer Nº 10/2017. Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Relação ao Enfermeiro Generalista, num Serviço de Urgência. (1-4). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017b). Parecer Nº 09/2017. Transporte da Pessoa em Situação Crítica. (1-3). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacacritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Os Cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. INESC-TEC. (1-117). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021a). “Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista” <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2021b). Parecer Do Conselho De Enfermagem E Mesa Do Colégio Da Especialidade De Enfermagem Médico-Cirúrgica N.º 04/2021. Exercício profissional de Enfermeiros nas Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) e nos Serviços de Urgência Básica (SUB). (1-8) https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21432/parecer-n%C2%BA-04_ce-e-mceemc-fun%C3%A7%C3%B5es-enfermeiros-siv-e-sub.pdf

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivo. (2023). Transporte de Doentes Críticos Recomendações 2023 https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI_OM-III-2023.pdf

Pereira M., Silva M., Pereira S., Pissarra H., Ramos M. J. (2021). Atividade Da Comissão De Prevenção E Controlo De Infeção E Resistência Aos Antimicrobianos (Cpcira) Do Inem, Em Contexto Covid-19, No Ano 2020. Life Saving. Separata Científica n.º 9. (24-33). <http://hdl.handle.net/10400.1/16895>

Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (2018). Infeções e Resistências aos Antimicrobianos - Relatório Anual do Programa Prioritário. Direção-Geral da Saúde, (1–37). <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>

Regulamento n.º 226/2018, de 16 de abril, (2018). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar. Diário da República n.º 74, Série II, (2018-04-16), (10758 – 10764). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/04/074000000/1075810764.pdf>

Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação

Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República, II série, nº 135, (16-07-2018), (19359-19370).
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

Regulamento n.º 556/2017 de 17 de outubro (2017). Regulamento Geral das Áreas de Competência Acrescida. Diário da República, II série, n.º 200 (2017-10-17), (23636 – 23638). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/556-2017-108317775>

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II série, nº 26 (06-02-2019), (4744- 4750).
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 226/2018 de 16 de abril (2018). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra -Hospitalar. Diário da República, II Série, n.º 74, (2018-04-16), (10758 – 10764)
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/04/074000000/1075810764.pdf>

Sales, D. C., Silva, L. S., Rebelato, A. M. S., Itiyama, A. F. A., Maximiano, D. N. G., Marconi, C. B., Depieri M., & Dantas, L. F. S. (2022). Atuação Da Enfermagem Na Saúde Da Criança. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. 41(2), (101-106).
https://www.mastereditora.com.br/periodico/20221125_115104.pdf

Santos, R. S., Vale, C. P., Bogoni, B., & Kirkegaard P. H. (2021). Qualitative Research Approach, Design and Methods in Educational Setting. *New Trends in Qualitative Research*, 7, (181–189). <https://doi.org/10.36367/ntqr.7.2021.181-189>

Schober, M. S., Lehwaldt, D. L., Rogers, M. R., Steinke, M. S., Turale, S., Pulcini, J. P., Roussel, J. R., & Stewart, D. S. (2020). International Council of Nurses Guidelines on Advanced Practice Nursing. In *international council of nurses guidelines on advanced practice nursing* [Book]. https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf

Silva, L. K. C. Sousa, T. J. & Carmo, R. F. (2023). Atuação Dos Enfermeiros No Atendimento Pré-Hospitalar Em Situações De Urgência E Emergência. *Revistaft, Ciências da Saúde*, 27(127). DOI: 10.5281/zenodo.10038962. <https://revistaft.com.br/atuacao-dos-enfermeiros-no-atendimento-pre-hospitalar-em-situacoes-de-urgencia-e-emergencia/>

SNS. (2021a). Acidente Vascular Cerebral.
<https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/11/02/acidente-vascular-cerebral/>

SNS. (2021b). Via Verde Coronária.
<https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/09/29/dia-mundial-do-coracao-6/>

Soares, F.M.M., Silva, N. E. J., Mesquita, K. K. B., Soares, E. D. S., Magalhães, D. S., Pereira, E. M. R., Ferreira, G. S. M., Rebouças, T. O., & Veras, F. S. B. (2020). Conduitas de enfermagem aplicadas ao paciente com infarto agudo do miocárdio no pré-hospitalar. *Rev. Enferm. Atual In Derme*; 92(30). <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.92-n.30-art.662>

Sousa R. A. (2014) Promoção de competências na parentalidade: a criança/família em transição. [Dissertação de Mestrado]. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/17731>

Souza, W. F., Mutro, M. E. G., Paes, N. F., Altino, R. C., & Saranholi, T. L. (2021). Barreiras na comunicação em serviços de urgência e emergência. *Ver Enferm Atual In Derme*. 95(33). 83-94. DOI: 10.31011/reaid-2021-v.95-n.33-art.744

Varndell, W., Fry M., & Elliott, D. (2020). Pain assessment and interventions by nurses in the emergency department: A national survey. *Journal of Clinical Nursing*, 29. (2352–2362). DOI: 10.1111/jocn.15247

Vieira, C. M. A., Alves, S. A. A., Lopes, M. S. V., & Teixeira, M. M. de S. (2020b). Relevance of qualitative research for the preparation of health educational materials. *New Trends in Qualitative Research*, 3, (188–198). <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.188-198>

Vieira, T.W., Sakamoto, V.T.M., Moraes, L.C., Blatt, C.R., & Caregnato, R.C.A. (2020a). Métodos de validação de protocolos assistenciais de enfermagem: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. 73(5):e20200050. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0050>

WHO (World Health Organization), (2016). Guideline: updates on paediatric emergency triage, assessment and treatment: care of critically-ill children. ISBN 978 92 4 151021 9. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/204463/9789241510219_eng.pdf

ANEXOS

ANEXO I: FORMAÇÃO EM SERVIÇO ELABORADA NA SUB ESTÁGIO EM EXTRA-HOSPITALAR

Como interpretar um Eletrocardiograma (ECG)

Enf.ª Sarah Ribeiro
Mestrado EMC - Área de especialização de enfermagem à pessoa em Situação Crítica
Enf.ª Luis Reis
SIV Argemil

Objetivos

- Relembrar alguns conceitos básicos de como interpretar um ECG;
- Síntese do funcionamento cardíaco;
- Identificar ondas de ECG e seu significado;
- Estratégias de como observar um ECG;
- Ritmos mais comuns e Disritmias;
- Contribuir para o desenvolvimento contínuo de competências dos profissionais que exercem funções no SUB e SIV de Argemil;
- Desenvolver competências enquanto aluna de especialidade em EMC.

Sumário

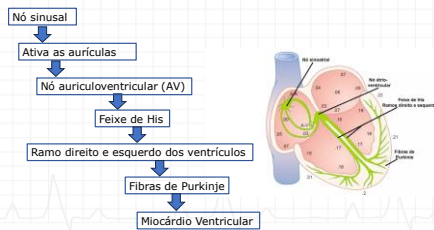
- O ECG;
- Propagação do impulso elétrico;
- Contração muscular cardíaca;
- Derivações;
- Intervalos e Segmentos;
- Onda P;
- Onda QRS;
- Onda T;
- Estratégia AFRITAR
- Síndrome Coronária Aguda (SCA)
- Ritmos em PCR/ Peri-PCR
- Casos clínicos

O que é um ECG?

Um ECG

- 1902 *Willem Einthoven*, através de um instrumento chamado galvanômetro registou corrente elétrica do coração;
- Atualmente os impulsos elétricos produzidos pelo coração são captados à superfície do corpo, através das **12 derivações** do eletrocardiograma (ECG);
- Os impulsos elétricos são captados e registados no papel milimétrico em forma de **ondas/deflexões**;

Propagação do Impulso Elétrico



Contração Muscular Cardíaca

Mudança mecânica resultante de um estímulo elétrico → Despolarização da membrana celular

- As aurículas e os ventrículos contraem-se em momentos diferentes devido à propagação celular do estímulo elétrico
- Formação do impulso elétrico e sua condução acontecem simultaneamente à contração muscular

Através do ECG é possível perceber se a condução do impulso elétrico está normal!

Derivações

Cada uma das 12 derivações fornece uma imagem única dos impulsos

Derivações dos membros: I, II, III, aVR, aVL, aVF

Derivações do tórax ou precordiais: V1, V2, V3, V4, V5, V6

Derivações dos membros, seis:

- Três bipolares (derivações I, II e III)
 - Derivação I:** braço esquerdo positivo (+) e braço direito negativo (-)
 - Derivação II:** braço direito negativo (-) e na perna esquerda positivo (+)
 - Derivação III:** braço esquerdo negativo (-) e na perna esquerda positivo (+)
- Três unipolares (derivações aVR, aVL e aVF)
 - aVR:** braço direito (+)
 - aVL:** braço esquerdo (+)
 - aVF:** perna esquerda (+)

Derivações do tórax ou precordiais, seis

- Unipolares, positivos (+)
 - V1:** 4º espaço intercostal, imediatamente a direita do esterno;
 - V2:** 4º espaço intercostal, imediatamente a esquerda do esterno;
 - V3:** entre V2 e V4;
 - V4:** 5º espaço intercostal, na linha médio-clavicular esquerda;
 - V5:** 5º espaço intercostal na linha axilar anterior;
 - V6:** 5º espaço intercostal na linha axilar média.

Intervalos e Segmentos

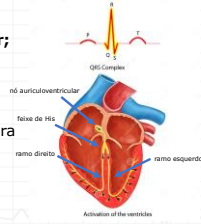
- Onda P:** até 0,12s, altura inferior a 3mm, negativa em aVR;
- Despolarização auricular**
- Intervalo PR:** 0,12-0,20s, entre o início da onda P e o QRS, corresponde à velocidade de condução do nó sinusal até ao nó AV;
- Segmento PR:** entre o fim da onda P e o início do QRS
- Complexo QRS:** 0,06-0,1s, (3 quadrados pequenos) **despolarização ventricular**
- Segmento ST:** desde o fim do QRS até ao início da onda T, é normalmente isoeletrico
- Onda T:** mesma orientação do complexo QRS, negativa em III, aVR, V1, **repolarização ventricular**
- Intervalo QT:** 0,35-0,45s, varia com a FC, tempo necessário para a despolarização e repolarização dos ventrículos
- Intervalo RR:** intervalo entre dois picos da onda R, traduz a FC

Onda P

- Despolarização auricular;
- Ativação elétrica;
- As células do músculo auricular contraem-se em conjunto para bombear o sangue para os ventrículos, **sístole auricular** (evento mecânico);
- Até 0,12s, altura inferior a 3mm, negativa em aVR.

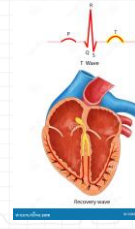
Complexo QRS

- **Despolarização ventricular;**
- Ativação dos ventrículos;
- As células do músculo ventricular contraem-se em conjunto para bombear o sangue para os pulmões e para o resto do corpo;
- T= 0.06-0.1s

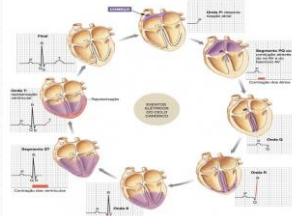


Onda T

- **Repolarização ventricular;**
- Faz com que as células do músculo ventricular voltem ao estado inicial;
- Registrada com o **segmento ST** acompanhando a **onda T**;
- Mesma orientação do complexo QRS.



IMPULSO ELÉTRICO E CONTRAÇÃO CARDÍACA



Correlação entre em ECG e os eventos elétricos no coração (Despolarização a roxo e Repolarização a laranja)

Como analisar um ECG

Observar se:

- Há **Atividade elétrica**?
- Qual a **Frequência ventricular**?
- A frequência ventricular é **Regular** ou **Irregular** (QRS)?
- **Tamanho dos QRS** (estreito ou largo)?
- Atividade **Auricular**? (As ondas P)
- **Relação** entre aurículas (P) e ventrículos (QRS)

Mnemónica:

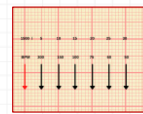
AFRITAR

Atividade elétrica?

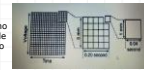
- Verificar se ganhos não estão adequados;
- Verificar se eletrodos e cabos estão corretamente ligados;
- Verificar pulso;



Qual é a Frequência ventricular (QRS)?



- Ritmo deve ser regular
- Utilizando o complexo QRS como referência contanto o número de quadrados pequenos e dividindo estes por 1500.
- Cada linha carregada representa, 300, 150, 100, 75, 60, 50



- Encontrar complexos QRS grandes que caia numa linha mais carregada, contar o número de quadrados grandes e dividir esse número em 300; $300/2 = 150\text{bat/min}$



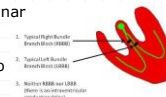
- 1 quadrado pequeno 0,04s
- 1 quadrado grande 0,2s

QRS são Regulares ou Irregulares?



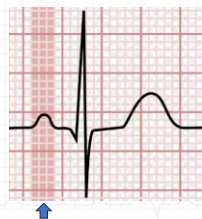
Tamanho dos QRS?

- Limite o normal do QRS é de 0.06 - 0.12s (3 quadrados pequenos)
- Para determinar melhor este intervalo utilizar as derivações onde este é maior (II)
- Maior que 0.12s, deve-se determinar a razão da anormalidade;
- O tipo de bloqueio de ramo, normalmente pode ser visualizado em I, V1 e V6.



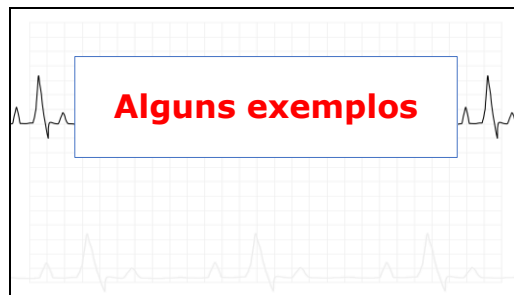
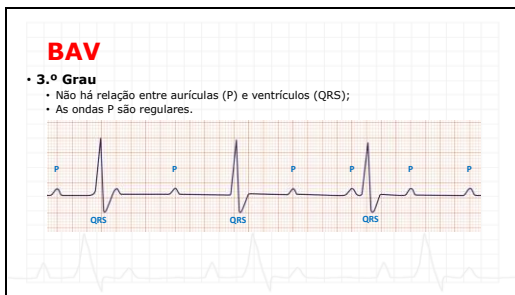
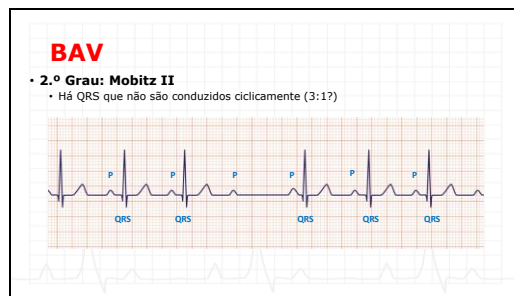
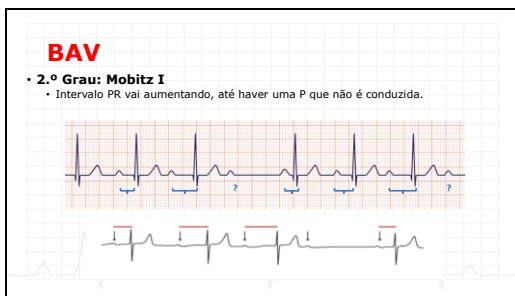
Atividade Auricular?

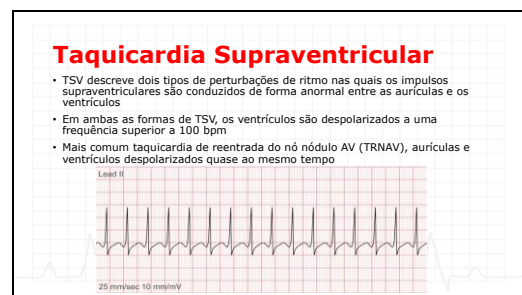
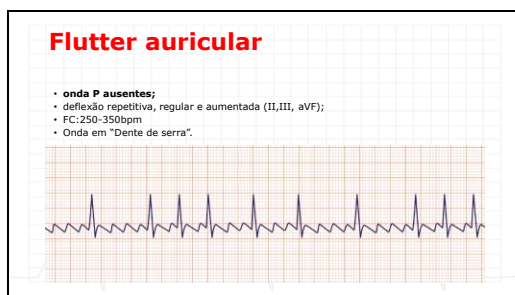
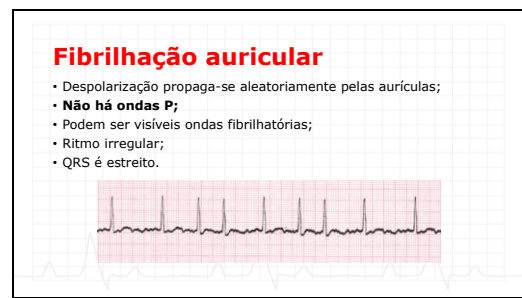
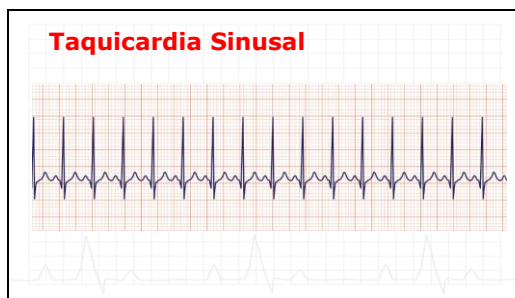
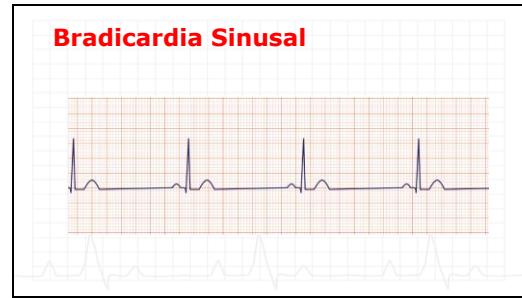
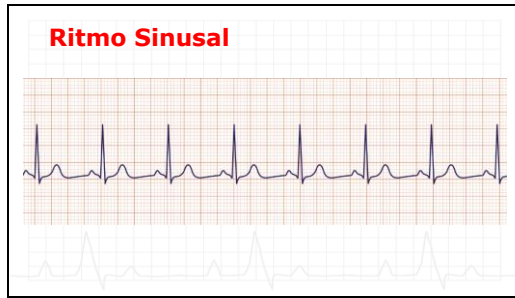
- Para visualizar melhor, derivação II;
- Negativa em aVR;
- A amplitude desta não deve exeder 3 quadrados pequenos (3mm);
- Duração 0,08s-0,12s.



Existe relação entre as aurículas (P) e os ventrículos (QRS)?

- Intervalo PR (0.12-0.20s) e QRS (0.06-0.1s), deve ser dentro dos limites normais, condução através do nó SA até chegar ao nó AV e começar a ser conduzido aos ventrículos;
- Ondas P e complexos QRS devem ser regulares;
- Deve haver uma onda P para cada complexo QRS;
- Se o timing das ondas P e dos complexos QRS não estiver dentro dos valores normalizados, podemos estar perante um Bloqueio AV.





SCA

Síndrome Coronária Aguda

- Dor torácica aguda com ECG:**
 - elevação transitória do segmento ST, depressão persistente ou transitória do segmento ST
 - Inversão da onda T, ondas T planas
- EAM s/SST - Enfarte Agudo do Miocárdio sem Supradesnivelamento do segmento ST**
 - Lesão subendocárdio (parede ventricular interior)
 - Podem ter um ECG perfeitamente normal e sem alterações,
 - ECG:** depressão ST; inversão de onda T

EAM c/ SST - Enfarte Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do segmento ST

- Lesão subepicárdica (parede ventricular exterior)
- Dor torácica prolongada
- risco substancial de TV e de FV associadas a morte súbita
- ECG
 - diagnostica-se pela existência de supra de ST em 2 ou mais derivações contíguas:

Localização do EAM:

I Lateral	aVR	V1 Septal	V4 Anterior
II Inferior	aVL Lateral	V2 Septal	V5 Lateral
III Inferior	aVF Inferior	V3 Anterior	V6 Lateral

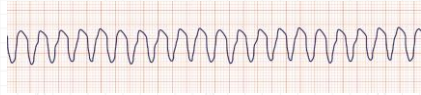
Ritmos de PCR/ Peri-PCR

Ritmos de PCR/ Peri-PCR

- Fibrilhação ventricular:**
 - ausência de condução elétrica eficaz
 - ausência de contração ventricular paragem cardíaca
 - ritmo desfibrilável


Ritmos de PCR/ Peri-PCR

- **Taquicardia ventricular:**
 - arritmia potencialmente maligna
 - com complexos cardíacos alargados e FC > 120 bpm
 - ritmo desfibrilhável (CONFIRMAR PULSO)

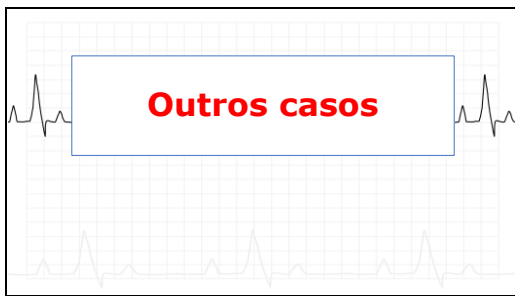


Ritmos de PCR/ Peri-PCR

- **AESP, atividade elétrica sem pulso**
 - organizada sem contração miocárdica
 - ritmo não desfibrilhável
- **Assistolia:**
 - ausência de atividade elétrica
 - ritmo não desfibrilhável




Outros casos




Estrassístoles Ventriculares (ESV)

- Impulsos ventriculares isolados, provocados por reentrada no ventrículo ou automaticidade anormal das células ventriculares;
- São extremamente comuns tanto em pessoas saudáveis quanto em portadores de cardiopatia;
- Podem ser assintomáticos ou provocar palpitação;
- ESV têm **QRS anômalo, alargado** e desviado da sua orientação.

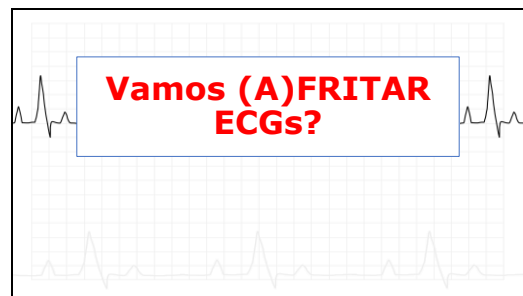


Extrasístoles Supraventriculares (ESSV)


- **QRS estreito** ou com a mesma morfologia dos complexos do ritmo sinusal de base:
 - Origem numa falha acima dos ventrículos no nó sinusal, nas aurículas ou na junção AV;



Vamos (A)FRITAR ECGs?




Masculino, 82anos, admitido no SUB de Arganil com mal estar geral. Pulso irregular. O ECG12 é o seguinte:




Qual o ritmo?
 Flutter auricular
 Bloqueio AV 3º grau
 Fibrilhação Ventricular
 Fibrilhação arterial

Que FC podemos esperar no cliente trazido pela SIV, com este ECG?




Mulher, 72anos, admitida em SUB de Arganil com dor torácica com irradiação para o braço esquerdo. Diafórica e com náuseas. O ECG:



Qual o ritmo cardíaco:
 EAM antero lateral
 EAM posterior
 Bloqueio do Ramo completo
 EAM septal

Masculino 68 anos, admitido SUB de Arganil por síncope repetidas e fadiga.



Qual o ritmo cardíaco?
 BAV 1º grau
 BAV Mobitz Tipo I
 BAV 3º grau
 EAM posterior

Conclusão

- O ECG é um exame de fácil realização, inofensivo e pouco dispendioso;
- O ECG pode fornecer dados fundamentais sobre o estado da função cardiocirculatória do cliente;
- O ECG pode fornecer informação importante sobre a localização e extensão do EAM com SST;
- A sua interpretação pode/ deve seguir uma sequência lógica;

Obrigado!

Enfermeira Sarah Ribeiro
 sarahribeiro6@gmail.com

Enfermeiro Luís Reis
 luis.f.reis@inem.com



Referências Bibliográficas

- Friedmann, A. (2020). *O dilema do bloqueio atrioventricular de segundo grau*. Revista Diagnóstico e Tratamento. 2020;25(3):106-8. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1129413/rdt_v25n3_106-108.pdf
- <https://www.aclsmedicaltraining.com/rhythm-recognition/>
- <https://elentra.healthsci.queensu.ca/assets/modules/ECG/index.html>
- <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
- Lipman B. C., Cascio T. (2010). *ECG – Avaliação e Interpretação*. Lusociencia. Portugal, ISBN:978-972-8383-26-8

**ANEXO II: *WEBINAR* INEM – APRESENTAÇÃO VIA
POWERPOINT**


Perceção dos Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica Sobre os Fatores Influenciadores da sua Intervenção em Pediatria no Contexto Extra-hospitalar

ESS+ Webinar 17 janeiro 2024

Mezrado em Enfermagem Médico-cirúrgica No Área De Especialização Em Enfermagem À Pessoa Em Situação Crítica

Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II

Fatores inibidores/facilitadores da intervenção em pediatria em contexto extra-hospitalar

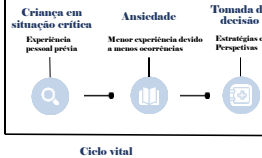


Aluna: Ana Sarah Ribeiro, N.º4402
Orçador(a): Professora Doutora Fernanda Príncipe
Tutor(a): Luis Reis (SV-Jargan) e Susana Mendes (M&E-H&C)

ESS+ Webinar 17 janeiro 2024

PROBLEMÁTICA

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em contexto Extra-Hospitalar



Ciclo vital

ESS+ Webinar 17 janeiro 2024

ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM MÉDICO-CIRÚRGICA

- Objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas que enfrentam processos médicos e cirúrgicos complexos, que exigem intervenção especializada em diversos contextos (Regulamento n.º 429/2018)
- Enfermeiro Extra-hospitalar atua ao longo do ciclo vital
- Cerca de metade dos enfermeiros têm algum tipo de especialidade ou pós-graduação
- Especialidade/pós-graduação 42,4%
 - Médico-cirúrgica 56,8%
 - Doente crítico 13,6%
 - Pediatria e saúde infantil 2,9%

(Dias e Calviño, 2018)

ESS+ Webinar 17 janeiro 2024

EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

- 5% das ativações
- Causas de ativação foram a convulsão, o trauma e doenças respiratórias
- Os acidentes rodoviários continuam no topo do nº de mortes acidentais, seguido do afogamento e em terceiro a sufocação, asfixia e estrangulamento. (APSI, 2022)
- Ansiedade acrescida para os profissionais de saúde
- 76% dos profissionais referem maior ansiedade nas vítimas pediátricas comparativamente às outras

(Dias, et al. 2015; Neto et al. 2011; Dias e Calviño, 2018)

ESS+ Webinar 17 janeiro 2024

FATORES INIBIDORES/FACILITADORES

- Preparação ou cálculos de fármacos
- Obtenção de acesso venoso
- Reação do cuidador
- Valor social que a criança representa
- Dificuldade desta em expressar e comunicar
- Possibilidade de serem vítimas complexas que necessitam de intervenções mais invasivas
- Transferência de sentimentos para a sua vida pessoal
- Comunicação de dados, o pedido de ajuda ao CODOU
- Utilização de aplicações para telemóveis, para cálculo de doses como a dimensão ou calibre dos dispositivos médicos.
- Revisão dos protocolos de cuidados ou cálculos de dosagem a caminho do local
- Realização de *debriefing* após as ocorrências


(Dias e Calviño, 2018; Jerusal et al., 2019; Näsström et al., 2020; Nordén et al., 2014)

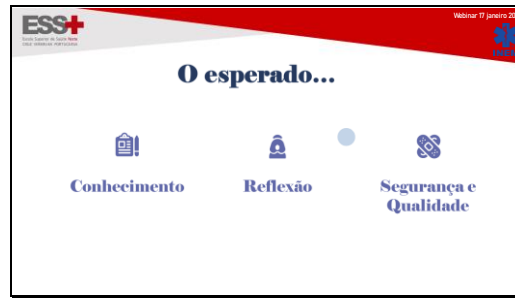
ESS+ Webinar 17 janeiro 2024

- A escassez de estudos realizados dificultam tanto a análise da prática dos especialistas, como a subsequente formação e criação de protocolos

Questão orientadora:
 Qual a perceção dos Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica acerca dos fatores inibidores/facilitadores da sua intervenção em pediatria em contexto extra-hospitalar?

Objetivo:
 Identificar os fatores inibidores/facilitadores da intervenção dos enfermeiros especialistas em médico-cirúrgica em pediatria no contexto extra-hospitalar.





Webinar 17 janeiro 2024

"Someone's sitting in the shade today because someone planted a tree a long time ago"

— Jordan Belfort

Obrigada!

E-mail:
sarahsribeiro6@gmail.com

Webinar 17 janeiro 2024

Bibliografia

- APSI. (2023). RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO 30 ANOS DE SEGURANÇA INFANTIL EM PORTUGAL 2023. https://www.apsi.org.pt/images/755/7502/APSI_RELATORIO_30.pdf
- Dias, A., Ferreira, J., Pires, C., Pinheiro, F., Gomes, E., & Cavilho, J. (2011). Assistência pediátrica de uma vitima médica de emergência e manutenção no interior do país. *NEOCEA E CRESCEA: Revista de pediatria do centro hospitalar do porto*, 22(1/4), 155-159. https://www.apsi.org.pt/images/755/7502/APSI_RELATORIO_30.pdf
- Dias A. L., & Cavilho J. (2018). Emergência pediátrica pré-hospitalar – a perspetiva dos intervenientes. *SAÚDE INFANTIL, Hospital Pediátrico de Coimbra*, 40(01), 54-58. <https://saudeinfantil.apsi.org.pt/images/download-arquivo/2018/20%20262020%20subtema%201%2018.pdf>
- Jenuari, J. N., Boland, L. L., Frazer, M. S., Kamrud, J. W., Myers, R. N., Lick, C. J., & Stevens, A. C. (2019). Emergency Medical Services Provider Perspectives on Pediatric Calls: A Qualitative Study. *Prehospital Emergency Care*, 23(6), 595-600. <https://doi.org/10.1080/10903127.2018.1551450>
- Kleitman, M., Lenehan, L., Haggstrom, M., & Holmstrom-Rising, M. (2022). An emotional journey when encountering children in prehospital care: Experiences from ambulance nurses. *International Emergency Nursing*, 66. <https://doi.org/10.1016/j.ien.2021.101239>
- Neto P, Pedro N, Cerqueira A, Neto P, Félix L, Bicho A, & Urban J (2011). Emergência pediátrica pré-hospitalar: experiência de uma vitima médica de emergência e Reanimação. *Acta Pediatrca Portuguesa, Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 42(5), 215-219. https://www.ssp.pt/UserFiles/Ele/Asp/Arquivos/2012/03/26/12005_casistica_netos_02.pdf
- Nordén, C., Hull, K., & Engström, Å. (2014). Ambulance nurses' experiences of nursing critically ill and injured children: a difficult aspect of ambulance nursing care. *International Emergency Nursing*, 22(2), 7-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ien.2013.04.001>
- Regulamento N.º 429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica da área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, da área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica do Ministério da Saúde, Diário da República, 2a série, N.º 155 (2018). <https://www.sociedade-medica.pt/media/712/medico-cirurgico.pdf>

ANEXO III: FOCUS GROUP – GUIA ORIENTADOR

Focus Group – Guião orientador:

1. Quais são as principais dificuldades, no momento de ativação e na prática de uma emergência extra-hospitalar pediátrica?
2. Quais são as estratégias que utiliza para se preparar para uma ocorrência pediátrica?
3. Descreva suas experiências ao transferir/durante o transporte a criança doente para um serviço de urgência pediátrica.
4. Durante a prática extra-hospitalar quais foram os eventos adversos que experienciaram com emergências pediátricas? / Considera que a educação no extra-hospitalar sobre emergências pediátricas poderá diminuir eventos adversos e melhorar a segurança dos cuidados? / Se é suficiente?

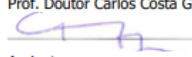
**ANEXO IV: APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER DA
COMISSÃO DE ÉTICA**

APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Parecer n.º 023/2024	Código: 2024.041	Data: 26 de abril de 2024
-----------------------------	-------------------------	----------------------------------

Título do estudo de investigação: Perceção dos Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica sobre os fatores influenciadores da sua intervenção em pediatria no contexto extra-hospitalar	
Área científica de investigação e linha de investigação a que se propõe: Linha de Investigação Enfermagem: L1 – Resposta humana ao processo saúde/doença	
Investigador responsável: Ana Sarah Santos Ribeiro (Orientador: Fernanda Príncipe)	Protocolo (se aplicável): N/A

A Comissão de Ética da ESSNorteCVP, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do estudo de investigação acima referenciado. Analisado o processo foi votado pelos Membros, da Comissão de Ética, presentes: Carlos Costa Gomes, Sónia Novais, Alda Portugal, Teresa Guerreiro.

Resultado da votação:	Aprovado por unanimidade <input checked="" type="checkbox"/> Aprovado por maioria	Rejeitado por unanimidade <input type="checkbox"/> Rejeitado por maioria <input type="checkbox"/>
<p>Resumo do Parecer/Recomendações: Está salvaguardado a confidencialidade da informação recolhida e a garantia do anonimato e privacidade do participante. Chama-se a atenção do focus group não garantir o anonimato – daí da necessidade do investigador solicitar o exercício de confidencialidade a todos os participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Explicar a finalidade do focus group - Antes de realizar um grupo focal, deve informar os participantes sobre o objetivo da investigação, como os dados serão coletados, armazenados e usados, e quais são os potenciais riscos e benefícios de sua participação; obter seu consentimento informado, verbalmente ou por escrito. Nomes fictícios e códigos: Durante a reunião de grupo, deve-se evitar usar os nomes reais dos participantes e, em vez disso, atribuir-lhes nomes fictícios ou códigos que não estejam vinculados às suas identidades; instruir os participantes a não revelar nenhuma informação de identificação sobre si mesmos ou outros, como seus nomes, endereços, números de telefone ou endereços de e-mail, de forma proteger o anonimato dos participantes e reduzir o risco de expor seus dados pessoais a terceiros. Criptografar e proteger os dados: criptografar e proteger os dados coletados, como gravações de áudio, transcrições, anotações ou relatórios; deve limitar o acesso aos dados apenas àqueles que precisam deles para fins de pesquisa e excluir ou destruir os dados; Respeitar os direitos de privacidade: Durante todo o processo de investigação deve respeitar os direitos de privacidade dos participantes do grupo focal e e cumprir os princípios éticos e integridade científica, em conformidade código de conduta e integridade científica da ESSNorteCVP e Código Europeu. Não pode e não deve compartilhar, publicar os dados sem o consentimento dos participantes, ou usá-los para quaisquer outros fins que não os declarados no projeto de investigação; Responsabilidade dos participantes e investigadores: garantir a confidencialidade dos participantes e investigadores do grupo focal. Criar uma cultura de confidencialidade e fazer assinar acordo formal ou informal de confidencialidade e responsabilizá-los por quaisquer violações ou violações. <p>CONCLUSÃO</p> <p>Somos do parecer que se aprove favoravelmente o projeto.</p> <p>Pelo que se submete à consideração superior.</p>		
Data: 26 de abril de 2024	<p>Presidente da Comissão de Ética Prof. Doutor Carlos Costa Gomes</p>  Assinatura:	

Q104-3



**ANEXO V: CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E
ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA¹ E A CONVENÇÃO DE OVIEDO²

*Este documento, designado **Consentimento, Informado, Esclarecido e Livre**, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi como convidado a participar. Por favor, leia com atenção este documento. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor, assine.*

Título do estudo: Perceção dos Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica sobre os fatores influenciadores da sua intervenção em pediatria no contexto extra-hospitalar

Enquadramento: A intervenção de enfermagem especializada no extra-hospitalar é crucial para garantir um suporte completo à pessoa, em qualquer etapa do ciclo vital. O cuidado à criança em situação crítica, pode tornar-se num evento stressante para quem o executa, pela baixa ocorrência do mesmo no contexto extra-hospitalar, existindo maior probabilidade de ocorrência de eventos adversos, colocando em risco a segurança e a qualidade dos cuidados. O objetivo do estudo é identificar a perceção dos Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica sobre os fatores influenciadores da sua intervenção em pediatria no contexto extra-hospitalar. Os resultados esperados são disseminar conhecimento e refletir sobre a tomada de decisão do EEMC neste contexto. Pretende-se também, refletir sobre a prática, identificar possíveis focos de atenção e implementar futuros protocolos que promovam a segurança e a qualidade dos cuidados.

Explicação do estudo: Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório, com colheita de dados através de *focus group*. Os participantes serão EEMC e com experiência mínima de cinco anos em Emergência Extra-hospitalar, convidados pela investigadora principal e pela investigadora responsável. Será realizada uma entrevista semiestruturada, com questões abertas, para dar possibilidade à discussão do tema, através do agendamento de uma vídeo chamada, numa data que será de acordo com a disponibilidade dos participantes. As entrevistas serão conduzidas pelo investigador principal e pelo investigador responsável. O anonimato e a privacidade dos participantes e confidencialidade dos dados obtidos pela entrevista serão mantidos. Os dados serão gravados em formato de áudio e vídeo que serão utilizados apenas com o objetivo da realização deste estudo de investigação e serão destruídos após a utilização dos mesmos. O estudo não implica riscos para os participantes nem qualquer tipo de custo.

Condições e financiamento: Não estão previstas condições de financiamento para o estudo.

Confidencialidade e anonimato: Será mantida a confidencialidade e anonimato dos participantes.

Assinatura do investigador:

¹ http://portal.arsnorte.mis-ssnle.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comissao/C3/A3e/20d/209/C3/89ica/Ficheiros/Declaracao_Helsinki_2008.pdf

² <http://br.pdf/odpe2001.01.002A00/00140036.pdf>

Perceção dos Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica Sobre os Fatores Influenciadores da sua Intervenção em Pediatria no Contexto Extra-hospitalar



Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura do participante/representante legal: _____

Data: __/__/____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:

ORIGINAL PARA O INVESTIGADOR, DUPLICADO PARA A PESSOA QUE CONSENTE

