



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Abordagem à Pessoa com Crise Convulsiva em Contexto de Serviço de Urgência

Ana Isabel Clemente Correia

Orientação: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias
Pedro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em
Situação Crítica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Abordagem à Pessoa com Crise Convulsiva em Contexto de Serviço de Urgência

Ana Isabel Clemente Correia

Orientação: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias
Pedro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em
Situação Crítica*

Relatório de Estágio

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Maria Alice Góis Ruivo

Arguente: Isabel Maria Tarico Bico

Orientador: Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Setúbal, 2023

“Nós somos o que repetidamente fazemos. A excelência, então, não é um ato, mas um hábito”

Will Durant

AGRADECIMENTOS

Ao professor Adriano Pedro, por toda a orientação, apoio e disponibilidade demonstrada.

À enfermeira supervisora, pelo empenho, incentivo e partilha de experiências e conhecimentos.

À equipa do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico, pelo acolhimento.

Aos elementos do meu grupo de trabalho do Curso de Mestrado, pela amizade, bom humor e companheirismo.

À minha família, por todo o apoio e ajuda.

Ao meu marido e aos meus filhos, pelo amor incondicional, paciência e compreensão pelas minhas ausências.

RESUMO

A elaboração deste relatório visa refletir sobre o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica e de Mestre em Enfermagem.

O Estágio Final teve um papel preponderante para esse processo pois constituiu-se como um momento de articulação entre a teoria e a prática. No decorrer desse estágio foi desenvolvido um Projeto de Intervenção Profissional, tendo em vista a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados à pessoa com crise convulsiva. Esse projeto, baseado na Metodologia do Projeto e alicerçado no Modelo de Mudança para a Prática Baseada em Evidências de June Larrabee, é apresentado neste relatório, onde se descrevem as atividades e estratégias implementadas para uniformizar os cuidados na abordagem à pessoa com crise convulsiva e prevenir complicações.

Concomitantemente, realiza-se uma análise crítica e reflexiva de todo o percurso formativo, fundamentada com base na evidência científica e nos referenciais éticos e deontológicos da profissão, demonstrando o seu contributo no processo de aquisição e desenvolvimento das competências almejadas.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica; Segurança do doente; Crise convulsiva.

ABSTRACT

This report aims to reflect on the process of acquisition and development of common and specific skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing - The Person in Critical Situation and Master in Nursing.

The Final Internship played a major leading role in this process, as it was a moment of articulation between theory and practice. During this internship, a Professional Intervention Project was developed, with the purpose of improving the quality and safety of care for people with seizures. This project, based on the Project Methodology and on the model for evidence-based practice change by June Larrabee, is presented in this report, which describes the activities and strategies implemented to standardize care in the approach to the person with a seizure crisis and prevent complications.

Concomitantly, one realizes a critical and reflective analysis of the whole formative training course, based on scientific evidence and the ethical and deontological standards of the profession, demonstrating its contribution to the process of acquisition and development of the aimed skills.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Person in Critical Situation; Patient safety; Seizures.

LISTA DE ABREVIATURAS

ed. – edição

et al. – entre outros

km – quilómetros

min. – minutos

n.º – número

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
ANEPC – Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil
APA – *American Psychological Association*
AR – Assembleia da República
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BMJ - *British Medical Journal*
BPS – *Behavioural Pain Scale*
CA – Conselho de Administração
CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros
CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CMPCOS – Centro Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro
DGS – Direção Geral de Saúde
ECG – Eletrocardiograma
EEG – Eletroencefalograma
ECDC – *European Centre for Disease Prevention and Control*
EE – Enfermeiro Especialista
EF – Estágio Final
EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica
EMC – PSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica
EME – Estado de Mal Epilético
EPVA – Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos
GPT – Grupo Português de Triagem
GUSS – *Gugging Swallowing Screen*
IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
ICN – *International Council of Nurses*
IH – Instituição Hospitalar
ILAE – *International League Against Epilepsy*
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
IPS – Instituto Politécnico de Setúbal
ITLS – *International Trauma Life Support*
JBI – *Joanna Briggs Institute*
MS – Ministério da Saúde
NICE – *National Institute for Health and Care Excellence*
OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAPA – Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica
PBE – Prática Baseada em Evidências
PIP – Projeto de Intervenção Profissional
PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
PSC – Pessoa em Situação Crítica
RA – Relação de Ajuda
RAM – Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos
RASS – *Richmond Agitation-Sedation Scale*
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RM – Ressonância Magnética
SARS-CoV-2 – Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SAV – Suporte Avançado de Vida
SE – Sala de Emergência
SIV – Suporte Imediato de Vida
SMI – Serviço de Medicina Intensiva
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SU – Serviço de Urgência
SUB – Serviço de Urgência Básico
SUMC – Serviço de Urgência Médico – Cirúrgica
SUP – Serviço de Urgência Polivalente
TC – Tomografia Computorizada
UC – Unidade Curricular
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UE – Universidade de Évora
UL – Unidade Local
UH – Unidade Hospitalar
VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VV – Via Verde
WHO – *World Health Organization*
ZCAP – Zonas de Concentração e Apoio à População

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	17
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO.....	19
1.1. INSTITUIÇÃO HOSPITALAR	19
1.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICO	20
1.2.1. Estrutura física e orgânica	20
1.2.2. Equipa de enfermagem.....	24
1.2.3. Análise da produção de dados	27
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO	30
2.1. MODELO PARA MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS.....	31
2.2. QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS	34
2.3. A PESSOA COM CRISE CONVULSIVA	37
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	42
3.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	42
3.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	50
3.3. PLANEAMENTO	50
3.4. EXECUÇÃO	54
3.5. AVALIAÇÃO.....	60
3.6. DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS	62
4. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	63
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	64
4.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	65
4.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	69
4.1.3. Domínio da gestão de cuidados	72
4.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	75
4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	78
4.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	78
4.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	83

4.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de 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.....	87
CONCLUSÃO.....	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido e Questionário à equipa de enfermagem do SUMC	105
Apêndice II - Cronograma de Atividades.....	110
Apêndice III - Resumo da Revisão <i>Scoping</i>	113
Apêndice IV - Protocolo de atuação “Abordagem à Pessoa com Crise Convulsiva em Contexto de Serviço de Urgência”	117
Apêndice V - Cartaz informativo para divulgação da Sessão de Formação	133

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I - Comprovativo de aprovação do Projeto de Intervenção Profissional pelo Centro de Formação, Investigação e Conhecimento da Instituição Hospitalar	136
Anexo II - Certificado de participação no 2.º Congresso Internacional “Cuidado Centrado no Cliente e nos Padrões de Qualidade”	138
Anexo III - Certificado de participação no Curso de formação profissional Governação Clínica/ Segurança doente	140
Anexo IV - Certificado de participação no VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos	142
Anexo V - Certificado de participação no 1.º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do CHUC	144
Anexo VI - Certificado de participação no 2.º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica	146
Anexo VII - Certificado de participação em Comunicação Livre em formato e-poster no 1.º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do CHUC	148
Anexo VIII - Certificado de participação no Curso Suporte Básico de Vida com Desfibrilhador Automático Externo	150
Anexo IX - Certificado de participação no Curso Suporte Avançado de Vida	152
Anexo X - Certificado de participação no Curso International Trauma Life Support	154
Anexo XI - Certificado de participação no Curso de formação profissional Vias Verdes AVC	156
Anexo XII - Certificado de participação no Curso de formação profissional Vias Verdes Coronária.....	158
Anexo XIII - Certificado de participação no Curso de formação profissional Vias Verdes Sépsis	160
Anexo XIV - Certificado de participação no Curso de formação profissional Vias Verdes Trauma.....	162
Anexo XV - Certificado de participação no Curso de formação profissional Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico	164
Anexo XVI - Certificado de participação no Curso de formação profissional Controlo de Infecção para enfermeiros	166

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema revisado do Modelo para a Mudança da PBE	33
Figura 2 - Classificação dos tipos de crise convulsiva.....	37
Figura 3 - Diagrama de flow PRISMA	56

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Tempo de experiência profissional dos enfermeiros do SUMC.....	26
Gráfico 2 - Área de especialidade dos enfermeiros do SUMC	26
Gráfico 3 - Episódios de Urgência Geral - Triage de Manchester.....	28
Gráfico 4 - Distribuição dos participantes quanto à idade (n=29)	44
Gráfico 5 - Distribuição dos participantes quanto ao género (n=29)	44
Gráfico 6 - Distribuição dos participantes quanto ao tempo de experiência profissional (n=29)	45
Gráfico 7 - Distribuição dos participantes quanto ao tempo de experiência profissional no SUMC (n=29).....	45
Gráfico 8 - Distribuição dos participantes quanto às suas habilitações académicas (n=29)	46
Gráfico 9 - Distribuição dos participantes quanto à sua categoria profissional (n=29)	46
Gráfico 10 - Distribuição dos participantes quanto à sua área de especialização (n=12)	47
Gráfico 11 - Distribuição dos participantes quanto a ser comum deparar-se com crises convulsivas no SUMC (n=29)	47
Gráfico 12 - Distribuição dos participantes quanto à abordagem à pessoa com crise convulsiva gerar sentimentos de ansiedade e stress (n=29)	48

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Análise SWOT.....	49
-------------------------------------	-----------

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Avaliação da sessão de formação pelo formando.....	60
--	----

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular [UC] Relatório, integrada no 3.º semestre do VI Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, área de especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica [EMC – PSC], a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal [IPS].

A elaboração deste relatório traduz o *términus* de um ciclo de estudos e visa refletir todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, com vista à obtenção do título de Enfermeiro Especialista [EE] em EMC – PSC e do grau de Mestre em Enfermagem.

Essa reflexão recai essencialmente numa análise fundamentada das atividades desenvolvidas na UC Estágio Final [EF], uma vez que foi obtida creditação à UC Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica [PSC], fruto da experiência profissional em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos [UCI].

A reflexão constitui-se como um instrumento de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo reconhecimento dos seus saberes e das suas práticas (Santos & Fernandes, 2004).

O estágio estabelece-se como uma fonte de aprendizagem, constituindo o espaço onde a teoria nutre a prática e a prática é, por sua vez, nutrida pela teoria (Moreira & Ferreira, 2014). Assim, este estágio foi centrado na articulação e integração dos conteúdos das diferentes UC que o precederam, encontrando-se numa lógica de coerência com essas competências.

O EF decorreu num Serviço de Urgência Médico – Cirúrgica [SUMC] de uma Instituição Hospitalar [IH] situada a sul do país, no período de 19 de setembro de 2022 a 27 de janeiro de 2023, sob orientação do Professor Doutor Adriano Pedro e com a supervisão de um EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica [EMC].

As crises convulsivas são uma causa comum de avaliação médica de emergência, representando 1% das admissões no serviço de urgência [SU] (Bank & Basil, 2019).

Os cuidados de enfermagem no SU são preponderantes para a prevenção de complicações e realização de um tratamento apropriado. A existência de um documento de orientação é fundamental para que se promovam cuidados de qualidade, baseados em evidências científicas (Taylor *et al.*, 2022).

No decorrer deste estágio foi identificada como problemática a inexistência de um protocolo de atuação que oriente e uniformize a abordagem à pessoa com crise convulsiva.

Assim, desenvolvemos um Projeto de Intervenção Profissional [PIP], inserido na linha de investigação previamente definida para o Curso de Mestrado do ramo EMC – PSC: Segurança e Qualidade de Vida, que se intitulou “Abordagem à Pessoa com Crise Convulsiva em Contexto de Serviço de Urgência” e que teve como objetivo melhorar a qualidade dos cuidados à pessoa com crise convulsiva no SUMC.

Este projeto foi desenvolvido e estruturado com base na Metodologia de Projeto e alicerçado no Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências [PBE], de June Larrabee, promovendo a investigação e uma prática baseada na evidência.

A elaboração deste relatório tem como objetivo geral:

- Demonstrar a aquisição e o desenvolvimento das competências conducentes ao título de EE em EMC – PSC e ao grau de Mestre em Enfermagem.

Como objetivos específicos estabelecemos:

- Caracterizar o contexto clínico onde decorreu o EF;
- Descrever o processo do PIP desenvolvido, nas suas diferentes etapas;
- Realizar uma análise crítico-reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento de competências.

O presente relatório encontra-se dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo é feita uma caracterização do contexto clínico onde decorreu o EF, sendo apresentada a sua estrutura física e orgânica, bem como a equipa de enfermagem que nele presta cuidados e a análise da produção de cuidados. No segundo capítulo é realizado um enquadramento teórico e conceptual, onde é abordado o modelo teórico e os conceitos chave que fundamentam este trabalho. No terceiro capítulo segue-se uma descrição das etapas de desenvolvimento do PIP, tendo por base a Metodologia de Projeto e interligando com o Modelo de Mudança para a PBE. No quarto e último capítulo é realizada uma análise crítico-reflexiva de todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências. Por fim, termina-se com uma breve conclusão, onde é realizada uma síntese dos aspetos mais relevantes, abordados ao longo do relatório.

Este relatório foi redigido à luz do novo acordo ortográfico da língua portuguesa, excetuando-se as citações diretas onde se mantém a redação original dos autores. A sua estrutura, organização e formatação respeita as normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde de Portalegre e a referência bibliográfica cumpre as normas da 7.^a edição da *American Psychological Association* [APA].

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

O estágio final consiste num momento no qual se pretende que o aluno desenvolva a sua prática clínica em contexto real de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, articulando e integrando os conteúdos programáticos das unidades curriculares desenvolvidas ao longo do curso (Santiago *et al.*, 2022).

Uma vez que a prestação de cuidados à PSC numa UCI concederam a equivalência da UC Estágio em Enfermagem à PSC, considerou-se que a prestação de cuidados de enfermagem diferenciados num SU seria uma mais valia para complementar e enriquecer o conhecimento nesta área. Assim, o local escolhido para a realização do estágio foi um SUMC de uma IH a sul do país, tendo decorrido no período de 19 de setembro de 2022 a 27 de janeiro de 2023.

Neste capítulo pretende-se realizar um breve enquadramento da IH onde decorreu o estágio assim como uma caracterização do serviço, nomeadamente estrutura física e orgânica, equipa de enfermagem e análise da produção de cuidados.

1.1. INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

A IH foi criada em 2013 e integra o sector público empresarial, caracterizando-se como uma das unidades hospitalares de referência e assumindo a responsabilidade direta pela prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os que habitam e visitam a região. Desenvolve ainda um trabalho de distinção na formação contínua dos profissionais de saúde, colaborando com universidades e cursos nas áreas médicas de enfermagem e ciências de saúde através de diversos protocolos (Conselho de Administração [CA], 2022a).

Esta IH é a única instituição pública hospitalar da região e, atualmente, é composta por três unidades hospitalares [UH], às quais se somam os Serviços de Urgência Básica da região e o Centro de Medicina Física e Reabilitação. Encontra-se, assim, presente ao longo de todo o território da região, sendo que as duas principais UH distam quase 70 km entre si e mais de 280 km dos hospitais que lhe servem de referência (CA, 2022a; CA, 2022b).

Os serviços assistenciais estão organizados em sete departamentos de serviços clínicos, sendo que um dos quais é o Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos. Deste fazem parte o Serviço de Urgência Polivalente [SUP], o SUMC, quatro Serviços de Urgência Básicos [SUB], dois Serviços de Medicina Intensiva [SMI], três Viaturas Médicas de

Emergência e Reanimação [VMER] e duas Viaturas de Suporte Imediato de Vida [SIV] (CA, 2022b).

Na UH onde decorreu o estágio localiza-se o SUMC, o SMI 2, uma das VMER e uma das SIV.

1.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICO

O presente estágio foi realizado num SUMC que, corresponde ao segundo nível de acolhimento das situações de urgência. Tal como preconizado para este nível, dá apoio diferenciado à rede de um SUB e referencia para um SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados, bem como de apoio de especialidades não existentes no mesmo, definidas nas respetivas redes de referenciação (Ministério da Saúde [MS], 2014).

Integra as valências médicas obrigatórias estabelecidas pelo Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, especificamente Medicina Interna; Pediatria; Cirurgia Geral; Ortopedia; Anestesiologia; Imuno-Hemoterapia; Bloco Operatório; Imagiologia e Patologia Clínica. Tem ainda uma sala de emergência [SE] com equipa com formação especializada em medicina de urgência, com apoio da equipa médica do SMI na receção do doente emergente e/ou crítico. Todos os elementos que prestam cuidados na SE têm formação permanente em Suporte Avançado de Vida [SAV] e Transporte de Doente Crítico (MS, 2014).

Ainda como previsto no Despacho n.º 10319/2014 e na Norma n.º 002/2018, este SUMC tem implementado as normas da Direção Geral de Saúde [DGS] sobre Via Verde [VV] do Acidente Vascular Cerebral [AVC], VV da Sépsis no Adulto, VV Coronária e VV do Trauma.

1.2.1. Estrutura física e orgânica

Encontra-se situado no piso 1 e, como estabelecido pelo despacho supra citado, compreende diversas áreas, sendo elas:

Área de admissão e registo

Formada por um balcão com três postos administrativos destinados à inscrição de doentes, dois desses postos para pessoas que se deslocam pelos próprios meios e outro para meios de emergência. Há ainda um administrativo responsável pela receção de espólios e pelo contacto com familiares das pessoas com alta.

Área de triagem de prioridades

Devido ao contexto pandémico da Covid-19 (doença por coronavírus 2019), o SUMC teve de adaptar-se a essa nova realidade e, no sentido de proteger os doentes e profissionais, houve necessidade da criação de dois circuitos distintos: o circuito destinado a doentes suspeitos ou confirmados de Covid-19 e o circuito geral. O posto de triagem passou para um pequeno edifício anexo ao SU e foi instituída uma área de pré-triagem, onde através de um questionário, se determina se a pessoa é um caso suspeito ou confirmado de Covid-19 ou não. Caso seja um caso suspeito ou confirmado de Covid-19, a pessoa não entra na UH e a inscrição é realizada através da deslocação do administrativo junto da mesma ou através de um elemento da equipa de transporte, caso a mesma venha acompanhada pela equipa extra-hospitalar. A triagem é realizada de imediato pelo enfermeiro da triagem, mas com a recolha de dados feita no exterior. De referir a impossibilidade de avaliação dos parâmetros vitais que só é realizada na sala onde posteriormente efetuará um teste rápido de pesquisa de SARS-CoV2 (síndrome respiratória aguda grave de coronavírus 2). Consoante resultado segue circuito adequado. Caso a pessoa não seja considerada como caso suspeito, a inscrição é feita na área de admissão e registo e, após inscrição, realiza a triagem na sala de triagem de prioridades e segue circuito geral.

Como recomendado pela DGS (2018), e de forma a distinguir os doentes por gravidade clínica, este SU tem implementada a versão mais atual do sistema de triagem de Manchester. Este consiste em identificar a queixa inicial e seguir o fluxograma de decisão, permitindo classificar a pessoa numa de 5 categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo de observação inicial (emergente = vermelho = 0 min; muito urgente = laranja = 10 min; urgente = amarelo = 60 min; menos urgente = verde = 120 min; não urgente = azul = 240 min). Este sistema permite ainda a atribuição de cor branca de acordo com critérios estabelecidos pelo Grupo Português de Triagem [GPT], solução encontrada para a utilização destes serviços para doentes recebidos por razões administrativas ou clínicas específicos referenciadas por um médico mas sem situação aguda ou de urgência (GPT, 2013).

Ainda de acordo com a Norma n.º 002/2018 da DGS, neste SUMC a triagem é realizada por um enfermeiro, podendo ser realizada também por médico e é efetuada a monitorização contínua dos indicadores da qualidade recomendados: demora média para triagem; demora média entre a triagem e a primeira observação médica por nível de prioridade; ponderação do número óbitos até à primeira observação médica por nível de prioridade; demora média entre a triagem e saída da pessoa do SU por nível de prioridade.

Área de espera

Esta área está destinada à alocação de doentes triados de acordo com a prioridade atribuída pelo sistema de triagem de Manchester e com a capacidade de deambulação. Existem duas salas de espera, a sala de doentes triados com azul ou verde que se situa junto à área de admissão e registo e a sala de espera dos doentes triados com amarelo ou laranja, que se localiza junto ao balcão de enfermagem.

Área de avaliação clínica

A área de avaliação clínica destina-se à avaliação dos doentes pela equipa médica, sendo constituída por seis gabinetes médicos. Destes gabinetes, quatro são de atendimento por médicos de clínica geral, um de atendimento pela especialidade de ortopedia e outro pela especialidade de psiquiatria. Apesar da especialidade de cirurgia não ter um gabinete atribuído, usa preferencialmente um gabinete localizado junto da sala de pequena cirurgia.

Sala de emergência para doentes críticos com condições para suporte avançado de vida

A SE constitui a interface entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar, constituindo uma área específica de abordagem, tratamento e observação de doentes críticos com um quadro clínico de descompensação das funções vitais. Esta SE, tal como recomendado, está fisicamente individualizada relativamente ao restante SU e localiza-se próximo da entrada de emergência e próximo da área de triagem de prioridades, com acesso fácil a partir do local de embarque e desembarque de ambulâncias de emergência (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2019).

A nível de equipamento médico é composta pelo equipamento recomendado pela ACSS, possuindo duas unidades totalmente equipadas, cada uma com maca com um monitor com possibilidade para monitorização invasiva, um ventilador, capnógrafo, bombas e seringas infusoras e material necessário para punção venosa e colheita de sangue. A SE possui ainda todo o material de intubação endotraqueal, carro de via aérea difícil (com respetivo equipamento), desfibrilhador elétrico (com pás multifunções), acesso vascular (venoso e arterial), intra-ósseo, drenagem torácica, cateterização urinária, cofre para fármacos controlados, material de imobilização e outro material necessário para a execução de pensos, entre outros.

A SE encontra-se ainda preparada para a possibilidade de colocação de um terceiro doente.

Na proximidade desta sala foi criada outra sala equipada também com estes equipamentos que funciona como SE para doentes confirmados ou com suspeita de Covid-19, sendo que apenas permite a permanência de um doente de cada vez.

Área de ortotraumatologia

Esta área visa a avaliação de doentes da área de ortopedia e trauma e é formada por dois gabinetes, sendo um deles utilizado para observação e outro usado para realização de tratamentos ortopédicos.

Área de curta permanência e observação

Esta área é formada pela área de pré atendimento (agora designada área de respiratórios), pelo balcão de enfermagem, área de decisão clínica e, após necessidade de adaptação do SU ao contexto da pandemia da Covid-19, pelo contentor respiratório.

A área de pré atendimento/ área de respiratórios está destinada a doentes admitidos com quadro de dispneia, mas com teste rápido de SARS-Cov2 negativo, ficando ainda assim separados dos outros doentes.

A área de balcão de enfermagem tem em vista a prestação de cuidados a doentes independentes ou dependentes parciais que podem permanecer sentados em cadeirão ou cadeira de rodas e que necessitem de monitorização contínua, vigilância por instabilidade hemodinâmica ou por risco de fuga.

A área de decisão clínica destina-se à alocação de doentes em maca que necessitem de monitorização hemodinâmica ou que aguardem pela realização de exames complementares de diagnóstico, análises clínicas, terapêutica ou por observação médica. Esta área aloca ainda os doentes que aguardam vaga no respetivo serviço, ficando no designado internamento geral ao cuidado da equipa médica da especialidade que o interna, a qual tem uma rotatividade a cada 24 horas. É composta por vinte e duas boxes separadas por cortinas, equipadas com rampas de oxigénio e sistema de aspiração. Pelo elevado número de atendimentos, quando as boxes estão todas ocupadas, as macas são alocadas na zona intermédia desta área, aumentando substancialmente o número de doentes para cada enfermeiro. Nestes casos, apenas doentes sem necessidade de oxigenoterapia podem ficar aqui alocados.

O contentor respiratório foi criado pela necessidade de prestar cuidados a pessoas confirmadas com Covid-19, sendo que estes podem ficar em cadeirão ou maca consoante a sua mobilidade. É composto por 10 boxes individualizadas, com casa de banho privativa, munidas de monitores para monitorização hemodinâmica, rampas de oxigénio e sistema de

aspiração. Esta área aloca também as pessoas confirmadas com Covid-19 que necessitam de internamento, mas que aguardam vaga nos respetivos serviços.

Área de informação e comunicação com familiares

Esta área é uma lacuna deste serviço, não existindo nenhuma sala de reuniões/formações destinada à informação e comunicação com a família. Esta lacuna é ultrapassada através da utilização de um gabinete situado perto da área de admissão e registo.

Outras áreas

Para além das áreas descritas anteriormente, faz parte ainda do SU:

- sala de pequena cirurgia, equipada também com rampa de oxigénio e sistema de aspiração, com lotação de uma pessoa. Esta sala é utilizada para a realização de pensos, suturas e realização de procedimentos;
- gabinetes do Enfermeiro Chefe, Diretor Clínico e Assistente Social;
- arrecadações para armazenamento de equipamento clínico e material clínico;
- sala de armazenamento e de eliminação de resíduos;
- casas de banho e copa.

1.2.2. Equipa de enfermagem

De acordo com o Despacho n.º 10319/2014, o SUMC deve dispor como recursos humanos, de equipas de médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e outros profissionais de saúde com dedicação e especialização adequada ao atendimento da população da respetiva área de influência, as quais devem ser ajustadas à situação de procura do SU.

Relativamente à equipa de enfermagem deste SUMC, esta é composta por 97 enfermeiros, sendo que faz parte deste número o enfermeiro em funções de chefia e o enfermeiro em funções de substituição de coordenação, na ausência do enfermeiro chefe.

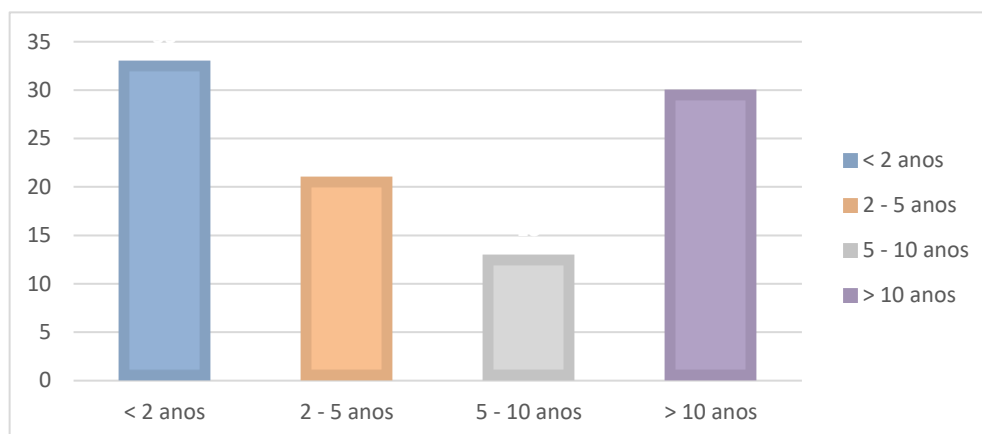
Os restantes 95 enfermeiros estão na prestação de cuidados e estão divididos por quatro equipas, cada uma formada por dezoito a dezanove elementos. Existe ainda uma quinta equipa composta por treze elementos, que se encontram em horário de amamentação ou horário flexível. Estes não estão inseridos em nenhuma equipa específica, mas complementam o horário dessas equipas. Os restantes enfermeiros (cinco elementos) encontram-se temporariamente ausentes do serviço por motivos de doença ou de gozo de licença parental.

Em cada uma das quatro equipas existe um elemento que desempenha papel de chefe de equipa. Este cargo é assumido por um EE, como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros [OE] no Regulamento n.º 743/2019, que fica responsável pela gestão do serviço, na ausência dos seus superiores hierárquicos, e pela distribuição dos enfermeiros. Embora todos os chefes de equipa sejam EE, nem todos os sub-chefes de equipa (que substituem os chefes de equipa na sua ausência) ainda o são. Neste caso, os sub-chefes de equipa são elementos considerados como peritos que, de acordo com Patrícia Benner, para além da vasta experiência, são capazes de identificar rapidamente problemas, fazer comparações com situações similares ou contrárias e utilizar o julgamento crítico para a tomada de decisões, apresentando um nível de compreensão profunda e global da situação (Benner, 2001).

A grande maioria dos enfermeiros tem um horário de trabalho por turnos. Os turnos são de, aproximadamente, oito horas: manhã (8-16h), tarde (15.30-24h) e noite (23.30-8.30h). Em todos os turnos há sobreposição de 30 minutos destinada à transição de cuidados, momento onde se verifica a transferência da responsabilidade dos cuidados e de informação com vista à continuidade e segurança dos mesmos.

Em cada turno estão escalados cerca de 17 enfermeiros, ficando distribuídos pelas diferentes áreas. A distribuição é efetuada pelo enfermeiro com funções de chefia através de um plano diário. Embora seja aleatória, a distribuição para determinadas áreas tem em conta a experiência profissional do enfermeiro, como é o caso da SE onde só podem ser colocados elementos que tenham pelo menos um ano de experiência no SU e que tenham formação específica em SAV, transporte de doente crítico e VV AVC, Coronária, Sépsis e Trauma. Outra área em que a distribuição depende da formação do enfermeiro é a de triagem de prioridades, em que os enfermeiros necessitam de experiência profissional de pelo menos seis meses no SU e realização do Curso de Triagem de Manchester promovido pelo GPT. De referir que, de acordo com o Regulamento n.º 743/2019, estes postos devem ser assegurados, preferencialmente, por EE em EMC, o que nem sempre acontece (OE, 2019a). Para além das áreas anteriormente descritas, os enfermeiros asseguram a transferência urgente de doentes pelo que existe um enfermeiro escalado para essas transferências e outro enfermeiro escalado para VV coronária.

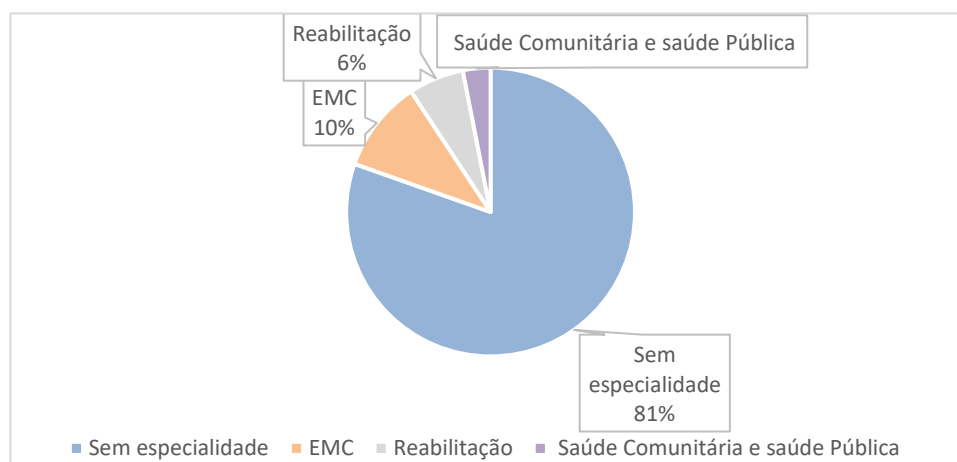
No que concerne ao tempo de experiência profissional, a equipa é muito jovem, sendo que um número significativo de enfermeiros tem menos de 2 anos de experiência no SUMC, como se pode constatar no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Tempo de experiência profissional dos enfermeiros do SUMC

Fonte: Autoria própria

Em 2014, o MS já preconizava no Despacho n.º 10319/2014 que, pelo menos 50% dos enfermeiros da rede de urgência possuisse competências específicas de EE em Enfermagem de PSC, atribuída pela OE. Este facto ganhou maior expressão com o Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, que reforça a mesma ideia acrescentando que estes devem-se encontrar em permanência nas 24 horas (OE, 2019a).

Contudo, dos 97 enfermeiros da equipa, apenas 10 são EE em EMC (10%), o que fica muito aquém do que está recomendado. Para além desta especialidade existem ainda 6 EE em enfermagem de reabilitação (6%) e 3 EE na área de enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (3%). De referir que existem mais 4 enfermeiros a integrar cursos de mestrado em EMC - PSC mas que ainda não terminaram. A distribuição de enfermeiros por especialidade pode ser visualizada no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Área de especialidade dos enfermeiros do SUMC

Fonte: Autoria própria

Relativamente à metodologia de organização dos cuidados de enfermagem, é utilizado o método individual de trabalho, caracterizado pela distribuição de doentes por cada enfermeiro, ficando este responsável pela totalidade dos cuidados a prestar a cada um. No entanto, devido à elevada afluência os enfermeiros redistribuem-se consoante necessidade e utilizam também o método funcional, que se baseia na distribuição de tarefas padronizadas pelos enfermeiros (Ventura-Silva *et al.*, 2021).

Os registos de enfermagem dos doentes que se encontram em observação são realizados através do programa informático *ALERT®* e os dos doentes em contexto de internamento geral são realizados na plataforma informática *Sclínico®*, sendo que a linguagem utilizada corresponde à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

1.2.3. Análise da produção de dados

Nas últimas décadas, as taxas de crescimento da população nesta região têm sido sistematicamente superiores ao crescimento médio nacional. Este facto contribui para que a capacidade de resposta seja insuficiente uma vez que as principais UH da IH foram concebidas numa época em que a procura aos cuidados de saúde era bastante inferior à procura atual (CA, 2022a).

Além disso, como acima referido, as duas principais UH distam cerca de 70 km entre si, o que coloca desafios relevantes quanto à alocação eficiente de recursos, acarretando um grande esforço financeiro comparativamente a outros hospitais do país. A distância das UH aos hospitais de referência, conjuntamente à dificuldade da região em fixar profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, origina tempos de resposta, equidade no acesso e preços dos serviços subcontratados menos eficientes (CA, 2022a).

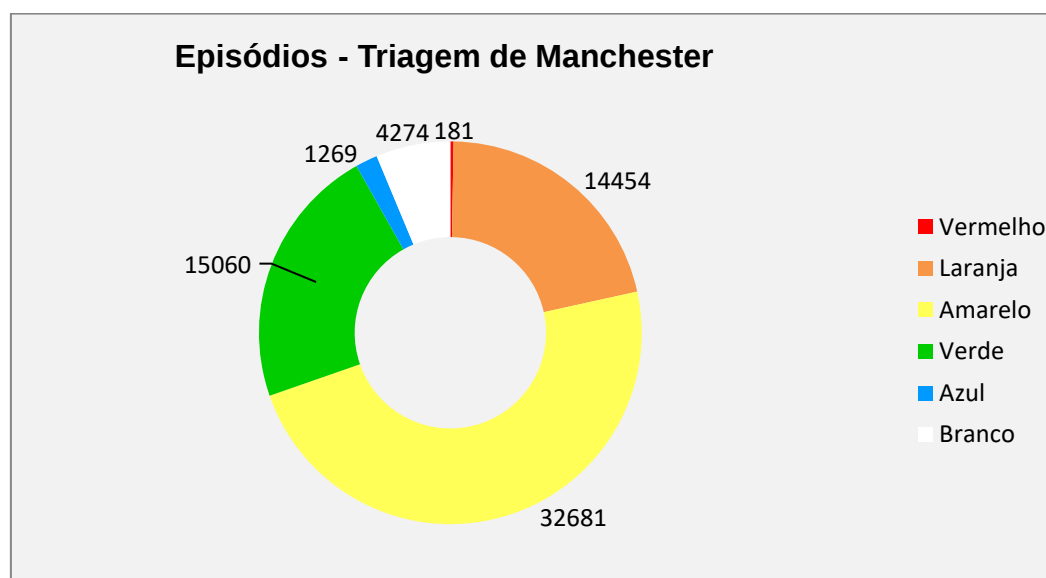
Segundo o plano de atividades e orçamento 2023 – 2025, o grupo profissional da área da enfermagem caracteriza-se por um histórico número reduzido de enfermeiros, tanto pela dificuldade de fixação dos profissionais como pela média de idades deste grupo profissional, que lhe confere um alto número de absentismo pelo cumprimento da legislação de apoio à parentalidade. O SU não é exceção, verificando-se esta redução de profissionais, o que faz com que este fique aquém das dotações seguras (CA, 2022b).

A área da urgência foi particularmente atingida pela pandemia Covid-19, tanto pela necessidade de reorganização assistencial como pelo comportamento da procura de cuidados pelos cidadãos. No entanto, com o alívio das restrições pandémicas, o comportamento de procura de cuidados de saúde pelos cidadãos retomou a tendência anterior de crescimento anual acentuado. Assim, e não obstante à pandemia, na área da urgência, as taxas médias entre 2014 e 2022 foram de mais 3,4% de atendimentos (CA, 2022b).

Segundo os dados do ACSS, durante o ano de 2022, foram efetuados um número total de 373927 atendimentos nos SU desta IH, dos quais cerca de 104655 foram realizados neste SUMC (ACSS, 2023). Do total de atendimentos neste SUMC, 67919 episódios foram registados no SU geral, sendo os restantes relativos ao SU pediátrico.

Considerando os episódios de urgência geral deste SUMC por triagem de Manchester pode-se verificar que um número significativo de atendimentos foi classificado como prioridade urgente (cor amarela) e muito urgente (cor laranja), representando no seu conjunto cerca de 69,5% dos atendimentos. No entanto, também se verificou um número elevado de atendimentos pouco urgentes (cor verde), totalizando, juntamente com os atendimentos não urgentes (cor azul) e programados (cor branca) cerca de 30,5% dos atendimentos (ALERT ADW, 2023). Relativamente à triagem programada (cor branca) totalizou 6,3% do número total de episódios, ficando ligeiramente acima dos 5% objetivados pelo GPT (GPT, 2013). Estes dados podem ser visualizados no Gráfico 3.

Gráfico 3 - Episódios de Urgência Geral - Triagem de Manchester



Fonte: Autoria própria (dados retirados da plataforma ALERT ADW)

Analisando estes dados, constata-se que a maioria dos casos correspondem mesmo a situações que carecem de atendimento de urgência, devendo por isso os enfermeiros estarem preparados para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou em risco de falência orgânica. No entanto verifica-se ainda a existência de um número elevado de casos pouco urgentes e não urgentes, o que pode levar a inferir que estes devem-se à carência da assistência dos cuidados de saúde primários da região, não conseguindo os mesmos dar uma resposta adequada a situações agudas que dispensavam resposta hospitalar (CA, 2022b).

Relativamente aos indicadores de qualidade, o tempo de demora média para triagem foi de 6 minutos e 6 segundos; o tempo de demora média entre a triagem e a primeira observação médica por nível de prioridade foi de 14 minutos para cor vermelha, 29 minutos para cor laranja, 85 minutos para cor amarela, 120 minutos para cor verde e 150 minutos para cor azul, verificando-se um tempo superior ao recomendado nos atendimentos urgentes, o que demonstra a incapacidade de resposta do serviço nos tempos previstos (*ALERT ADW*, 2023).

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

A enfermagem tem vindo a apresentar uma crescente diferenciação e relevância enquanto disciplina e profissão. Enquanto disciplina, a evolução da enfermagem como ciência e a diversidade de áreas de investigação têm contribuído para que os enfermeiros possuam um maior grau de diferenciação, apresentando um maior reconhecimento e uma maior responsabilidade na prestação de cuidados e funcionamento dos serviços de saúde. Enquanto profissão, a enfermagem tem evoluído de modo a responder às necessidades de cuidados nos diferentes contextos de atuação, assumindo uma complexidade de conhecimentos e práticas e potenciando o exercício profissional autónomo do enfermeiro e do EE (OE, 2022).

Assim, "na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados", recorrendo à existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem (OE, 2017: 15).

A aplicação de uma teoria na prática tem representado um interesse crescente por parte dos enfermeiros, uma vez que as teorias conferem significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática, descrevendo, explicando e prevendo determinados fenómenos. A teoria de enfermagem constitui assim um instrumento útil para o raciocínio, para o pensamento crítico e para a tomada de decisões na prática clínica (Alligood, 2018). A teoria e a prática devem ser, por isso, consideradas indissociáveis, já que "nem a prática decorre independentemente de teoria nem a teoria dispensa a realização da prática" (Nunes, 2018: 113).

Para referencial teórico deste trabalho foi selecionado o Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências de June Larrabee, pois considera-se que este é o que melhor se adequa à fundamentação da temática escolhida e do desenvolvimento da prática clínica em contexto de estágio.

Neste capítulo pretende-se realizar uma abordagem das bases teóricas e conceptuais que sustentaram este trabalho, de conceitos relativos à qualidade em saúde e segurança dos cuidados bem como uma fundamentação teórica sobre crise convulsiva, tendo por base a revisão da literatura efetuada.

2.1. MODELO PARA MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

A PBE tem as suas origens na década de 90 com a introdução do conceito Medicina Baseada em Evidências. Nesta altura começou a existir uma preocupação de evoluir de uma cultura baseada na experiência clínica para uma cultura onde a tomada de decisão médica fosse baseada em informação sem viés e onde os benefícios para o doente fossem valorizados (*Internacional Council of Nurses [ICN], 2012*).

A Medicina Baseada em Evidências foi definida como o “uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência existente para tomar decisões sobre cuidados de saúde aos doentes” (Sackett *et al.*, 1996: 71). Assim, os mesmos autores consideraram que a prática de uma medicina baseada em evidências incorpora a habilidade clínica, isto é, a proeficiência e o julgamento adquiridos através da experiência clínica, com a melhor evidência clínica externa disponível a partir de uma investigação sistemática.

Esta abordagem conduziu à redução de custos e a benefícios evidentes para o doente, pelo que outros clínicos demonstraram interesse por esta cultura, dos quais os enfermeiros não foram exceção (ICN, 2012). Deste modo, os enfermeiros deixaram de aceitar uma prática baseada na tradição, revendo e questionando as suas práticas, dando cada vez mais ênfase a uma PBE.

A PBE consiste na “(...) utilização simultânea da “experiência clínica” e da “melhor evidência clínica externa advinda da pesquisa sistemática” para guiar a tomada de decisão clínica e simultaneamente considerar os valores do paciente” (Larrabee, 2011: 24). Esta definição vai ao encontro da definição de Sackett *et al.* (1996) supracitada e à definição do ICN (2012: 10) que define PBE como um “método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do utente no contexto do cuidar”.

Ao longo dos anos surgiram vários modelos com o intuito de orientar os profissionais na utilização da investigação, mas a dificuldade por parte dos mesmos em sintetizar a evidência empírica e contextual e integrar as mudanças baseadas nas evidências na sua prática era notável (Rosswurm & Larrabee, 1999).

Assim, em 1999, Mary Ann Rosswurm e June Larrabee desenvolveram o Modelo para Mudança para a PBE com o objetivo de orientar os enfermeiros e outros profissionais de saúde, através de um processo estruturado, para a mudança para a prática baseada em evidências, deixando a prática baseada apenas na experiência clínica, na lógica fisiopatológica e nos processos baseados na opinião (Rosswurm & Larrabee, 1999).

Posteriormente, este modelo foi revisto, pela experiência da autora no ensino e na orientação de enfermeiros na aplicação do modelo original, e foram incorporados conceitos de melhoria contínua de qualidade (Larrabee, 2011).

O modelo revisado, titulado Modelo para Mudança da PBE, compreende seis etapas:

Etapa 1: Avaliar a necessidade de mudança da prática – Consiste em identificar e incluir as “partes interessadas” nos problemas da prática; colher dados internos sobre a prática e compará-los com dados externos para validar a necessidade de mudança; identificar o problema e relacioná-lo com intervenções e resultados.

Etapa 2: Localizar as melhores evidências – Consiste em identificar o tipo e as fontes da evidência, rever conceitos da pesquisa, planejar e conduzir a pesquisa.

Etapa 3: Fazer uma análise crítica das evidências – Compreende sintetizar as evidências e avaliar a viabilidade, os riscos e os benefícios da sua integração na prática.

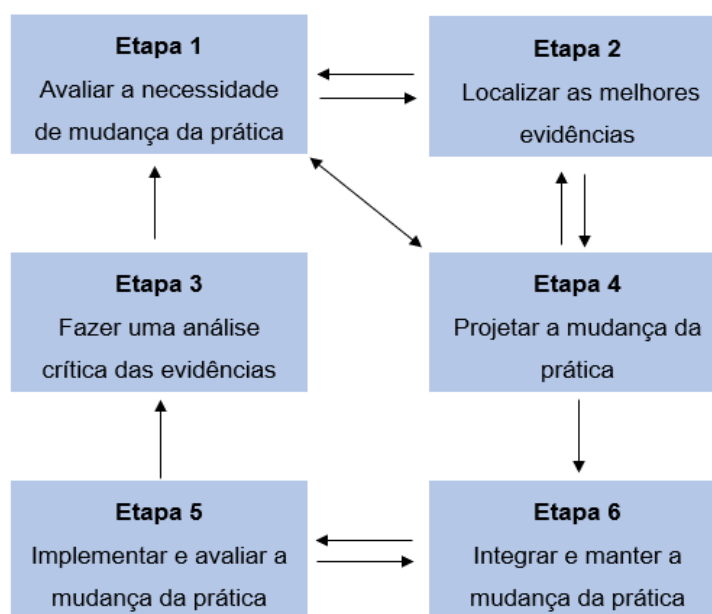
Etapa 4: Projetar a mudança na prática – Inclui definir a mudança proposta, identificar quais os recursos necessários, planejar a avaliação e implementação do plano delineado.

Etapa 5: Implementar e avaliar a mudança da prática – Consiste em implementar o plano definido, avaliar o processo, os resultados e os custos e, com base na análise efetuada, elaborar conclusões e recomendações.

Etapa 6: Integrar e manter a mudança na prática – Consiste em comunicar a mudança recomendada às “partes interessadas”, implementar a nova prática, monitorizando indicadores de processo e de resultado e, posteriormente, divulgar os resultados.

O esquema do modelo revisado, representado na Figura 1, mostra que apesar das etapas serem progressivas e interligadas, estas podem não ser seguidas de forma estritamente linear, já que atividades de uma etapa podem gerar atividades de outra etapa e, sempre que necessário, pode voltar-se a etapas anteriores (Larrabee, 2011).

Figura 1 - Esquema revisado do Modelo para a Mudança da PBE



Fonte: Autoria própria, adaptada de June Larrabee (Larrabee, 2011)

A investigação em enfermagem é um pilar fundamental para a excelência da enfermagem enquanto disciplina e profissão, promovendo a defesa da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem (OE, 2006).

O Modelo para Mudança da PBE, através da realização das suas seis etapas, promove a investigação em enfermagem, e o conhecimento gerado através dessa investigação conduz ao desenvolvimento de uma PBE, melhorando a qualidade dos cuidados, maximizando os resultados em saúde e o custo-efetividade das intervenções de enfermagem (ICN, 2012).

Este modelo teórico funciona assim como um guia orientador do PIP desenvolvido neste relatório uma vez que, corroborando com a autora, apresenta “(...) comprovada eficácia em melhorar a qualidade do cuidado e os resultados do paciente” (Larrabee, 2011: 14).

Esta teoria, sendo uma teoria de médio alcance, não apresenta conceitos metaparadigmáticos, pelo que se utiliza os referenciados pela OE: saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem (OE, 2001). Os conceitos metaparadigmáticos definem-se assim como “(...) conceitos globais que identificam os fenómenos de interesse central de uma disciplina, as proposições globais que descrevem os conceitos e as proposições globais que afirmam as relações entre os conceitos” (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013: 4).

Deste modo, a **Saúde** é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo, no qual a pessoa almeja atingir um estado de equilíbrio que se traduz no bem-estar físico, no controlo do sofrimento e no conforto emocional, espiritual e cultural; a **Pessoa** é um ser social, com comportamentos baseados em valores, crenças e desejos da natureza individual, o que torna

cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito de autodeterminação. De salientar que os comportamentos são influenciados pelo ambiente em que a pessoa vive e se desenvolve; o **Ambiente** é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos e organizacionais, que se repercutem no conceito de saúde, pelo que os enfermeiros, na sua prática dos cuidados, devem focalizar a sua atuação na interdependência pessoa/ambiente; e os **Cuidados de enfermagem**, os quais se centram na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa ou grupo de pessoas (famílias e comunidades). O enfermeiro, enquanto pessoa, também possui quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual, no entanto, no âmbito do exercício profissional, deve distinguir-se pela formação e experiência que lhe permite aceitar e respeitar o outro, abstendo-se de juízos de valor relativamente à pessoa alvo dos seus cuidados de enfermagem. Posto isto, a relação terapêutica desenvolvida no contexto do exercício profissional de enfermagem é caracterizada pela parceria estabelecida com a pessoa, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação tem assim como objetivo ajudar a pessoa a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde.

O conjunto destes principais conceitos é que fundamentam a prática de enfermagem e, como tal, é com base nos mesmos que o PIP desenvolvido se alicerça neste relatório.

2.2. QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS

O direito à proteção da saúde, consagrado no artigo n.º 64 da Constituição da República Portuguesa, assume-se como um dos pressupostos fundamentais da dignidade humana, sendo reconhecido como um direito fundamental de todos os cidadãos (AR, 2005). Considerando a relevância deste direito fundamental, a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019 a 4 de setembro, reforça na sua Base 1 o papel promotor do Estado, através do Serviço Nacional de Saúde [SNS], que deve ser pautado por vários princípios, sendo um deles o da qualidade. Na sua base 2, determina ainda que

as pessoas têm direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde (Assembleia da República [AR], 2019: 56).

A qualidade em saúde foi definida em 2015 como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (MS, 2015: 13551).

No entanto, para a *World Health Organization* [WHO], a definição de qualidade não é unânime, declarando que não existe, até à data, uma definição universalmente aceite, mas sim um entendimento comumente partilhado de conceitos. Deste modo, a WHO descreve

“cuidados de alta qualidade” como “cuidados que são seguros, eficazes, centrados nas pessoas, oportunos, eficientes, equitativos e integrados” (WHO, 2020: 13).

Face à complexidade dos cuidados de saúde, ao aumento da esperança média de vida e ao aumento da expectativa dos cidadãos, os sistemas de saúde a nível mundial têm-se deparado com uma crescente necessidade de prestar cuidados de saúde de qualidade e seguros (Ribeiro *et al.*, 2017).

A segurança do doente, intimamente ligada à qualidade, é fundamental para a prestação de cuidados de saúde em todos os ambientes (MS, 2015). A WHO define segurança do doente como

um quadro de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes em cuidados de saúde que reduz os riscos de forma consistente e sustentável, reduz a ocorrência de danos evitáveis, torna os erros menos prováveis e reduz o impacto do dano quando ele ocorre (WHO, 2021: 1)¹.

No entanto, eventos adversos evitáveis, erros e riscos associados aos cuidados de saúde continuam a ser grandes desafios para a segurança do doente em todo o mundo (WHO, 2021).

A implementação de políticas e estratégias que minimizem estes eventos e erros constitui assim uma aposta inequívoca em saúde (MS, 2021). Em Portugal, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, entendida como uma estratégia global e integrada, conduziu à criação de comissões da qualidade e segurança em todas as unidades de saúde, com o fim de se propagar a todos os profissionais de saúde, as melhores práticas clínicas e a interiorização da cultura de segurança (MS, 2015).

Fruto da experiência resultante da execução do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes [PNSD] 2015-2020 e da sua avaliação, foi elaborado o novo PNSD 2021-2026, tendo em conta as recomendações resultantes dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas, mais especificamente no seu terceiro objetivo, e do Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da WHO. Este plano constitui assim uma ferramenta de apoio, que visa aumentar a segurança da prestação de cuidados de saúde, e integra princípios como a cultura de segurança, a comunicação e a implementação de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos (MS, 2021; DGS, 2022).

Neste enquadramento, a qualidade e a segurança dos cuidados no sistema de saúde são consideradas como uma obrigação ética uma vez que contribuem para a redução de riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados (MS, 2015). Esta convicção vai de encontro a Larrabee

¹ “A framework of organized activities that creates cultures, processes, procedures, behaviours, technologies and environments in health care that consistently and sustainably lower risks, reduce the occurrence of avoidable harm, make errors less likely and reduce the impact of harm when it does occur.” (WHO, 2021: 1)

(2011: 15) que defende “que a busca de uma assistência de cuidados de alta qualidade ou excelente é uma obrigação ética tanto dos enfermeiros como de outros profissionais de saúde”.

Sendo consensual que a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional, as associações profissionais da área da saúde assumem um papel fundamental na criação de sistemas de qualidade e na definição de padrões para os domínios específicos que caracterizam cada profissão. Neste contexto, o Conselho de Enfermagem da OE definiu em 2001 os “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”. Estes padrões tornaram-se assim precursores dos cuidados de enfermagem, baseados na evidência, constituindo uma base estrutural relevante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (Ribeiro *et al.*, 2017).

Também o Colégio da Especialidade Médico-Cirúrgica, baseado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, definiu os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com o objetivo de criar um referencial para a prática especializada, que estimule a reflexão e a elaboração de projetos de melhoria contínua da qualidade, nas respetivas áreas de especialidade (OE, 2017a).

Focalizando a área da PSC, “(...) cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018: 19362), os enunciados descritivos foram divididos em sete categorias: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (OE, 2017a).

Assim, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EE procura os mais elevados níveis de satisfação, promovendo a saúde e prevenindo complicações através da identificação rápida dos problemas potenciais da PSC (OE, 2017a).

De acordo com o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, o enfermeiro deve desenvolver

(...) uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização (OE, 2018: 19360).

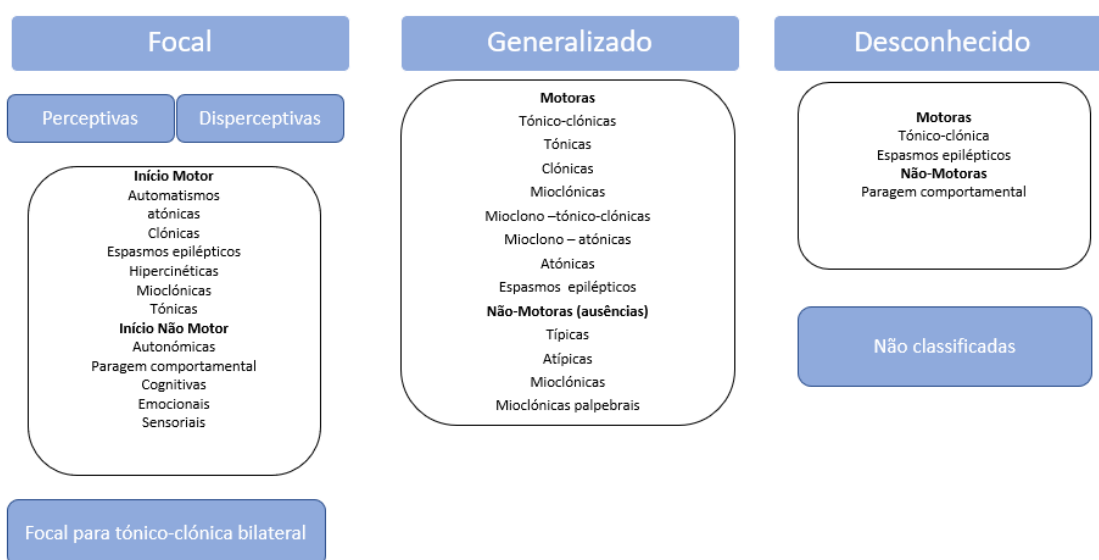
Assim, e corroborando a ideia de Larrabee (2011) de que muitos enfermeiros têm o desejo de se envolver em atividades que conduzam à mudança da PBE, surge o desenvolvimento deste PIP com o intuito de melhorar a qualidade e segurança dos cuidados à pessoa com crise convulsiva.

2.3. A PESSOA COM CRISE CONVULSIVA

As crises convulsivas são um distúrbio no normal funcionamento cerebral, caracterizado por uma alteração da condução elétrica das células cerebrais, que pode gerar um espectro de sintomas associados, desde breves lapsos de atenção ou espasmos musculares até convulsões graves e prolongadas (WHO, 2023).

Essas alterações da condução elétrica podem ocorrer em diferentes partes do cérebro. As crises, tendo em conta o seu início, são divididas em focais, generalizadas ou de início desconhecido, com subcategorias: motoras e não motoras, caso exista ou não atividade motora, como esquematizado na Figura 2 (Fisher *et al.*, 2017).

Figura 2 - Classificação dos tipos de crise convulsiva



Fonte: Autoria própria, adaptada de *International League Against Epilepsy* (Fisher *et al.*, 2017)

As **Crises de início focal** ocorrem quando a alteração da atividade elétrica envolve apenas uma região focal do cérebro. As manifestações clínicas das convulsões variam com base na localização e na quantidade de córtex envolvido. As crises focais podem ainda ser classificadas de acordo com a preservação ou alteração de estado de consciência (Schachter, 2022).

As Crises focais perceptivas (anteriormente chamadas de crises parciais simples) são crises focais com preservação do estado de consciência. Uma convulsão que envolva o córtex occipital pode resultar em luzes a piscar, enquanto uma convulsão que envolva o córtex motor resultará em movimentos espasmódicos da face, braço ou perna do lado oposto ao córtex

afetado. Uma convulsão que comece no córtex parietal pode provocar distorção da percepção espacial, enquanto que se atingir o córtex frontal pode causar dificuldades súbitas na fala (Fisher *et al.*, 2017; Schachter, 2022).

Neste tipo de crise, o doente pode apresentar sintomas no início de uma convulsão denominados de aura. Estas são convulsões focais que afetam o cérebro o suficiente para causar sintomas, mas insuficientemente para interferir no estado de consciência (Schachter, 2022).

As Crises focais disceptivas (anteriormente designadas convulsões parciais complexas) são crises focais associadas a alteração do estado de consciência no início da crise ou à medida que esta progride. Os doentes podem permanecer acordados, mas sem contacto com o ambiente, podem permanecer imóveis ou apresentar automatismos (comportamentos repetitivos). Geralmente duram menos de 3 minutos. A fase pós-ictal (pós convulsão) é caracterizada por sonolência, confusão e cefaleia (Fisher *et al.*, 2017; Schachter, 2022).

As **Crises de início generalizado** ocorrem quando a alteração da atividade elétrica envolve ambos os hemisférios do cérebro simultaneamente. Existem vários tipos de convulsões generalizadas, sendo as convulsões tónico-clónicas generalizadas (anteriormente denominadas de grande mal) o tipo mais comum. Neste tipo de convulsões ocorre perda abrupta do estado de consciência, por vezes associado a um grito. Este tipo de convulsões tem uma fase tónica, em que ocorre rigidez de todos os músculos, seguida de uma fase clónica, caracterizada por uma contração de todos os músculos. Durante esta fase clónica pode ocorrer mordedura da língua e pode ser visível a saída de secreções espumosas e sanguinolentas pela boca. Juntas estas fases demoram cerca de 2 a 3 minutos. A fase pós-ictal inicia-se quando os espasmos musculares terminam e é caracterizada por uma sonolência profunda, com um acordar gradual. A confusão ou agitação pós-ictal pode também ser comum (Fisher *et al.*, 2017; Schachter, 2022).

As convulsões podem ser apenas clónicas causando contrações musculares rítmicas que envolvem geralmente braços, pescoço e face, ou apenas tónicas, caracterizadas por rigidez muscular súbita, geralmente associado a alteração da consciência e queda. As convulsões podem ainda ser classificadas como mioclónicas sendo caracterizadas por contrações musculares súbitas e breves, que podem ocorrer isoladamente ou em grupos de músculos ou como atónicas quando ocorre perda repentina do controle dos músculos, principalmente das pernas, resultando em queda e possíveis lesões (Schachter, 2022).

As Crises de ausência (anteriormente denominadas de pequeno mal) são ainda outro tipo de crises de início generalizado, caracterizadas por uma paragem do normal comportamento acompanhada por olhar fixo com expressão facial vazia e alteração da consciência, durando geralmente 5 a 10 segundos (Schachter, 2022).

As **Crises de início desconhecido** são assim denominadas quando o seu início é desconhecido ou quando faltam informações sobre o início. Ainda assim, estas crises podem ser classificadas como motoras ou não motoras. Se houver informação mais tarde sobre as crises, essas crises podem ser reclassificadas como de início focal ou de início generalizado (Fisher *et al.*, 2017).

A crise convulsiva pode resultar de um processo sistémico com causa tratável ou de uma disfunção intrínseca do sistema nervoso central. As convulsões sintomáticas agudas são aquelas que ocorrem no momento de um dano sistémico ou tem uma estreita relação com um dano cerebral documentado. Em adultos, causas comuns podem ser AVC isquémico ou hemorrágico, hematoma subdural, hemorragia subaracnóidea, trombose venosa cerebral, lesão cerebral traumática ou meningite/encefalite. As convulsões sintomáticas agudas também podem ser causadas por doença médica aguda como distúrbios metabólicos (hipoglicémia/hiperglicémia, hiponatrémia, hipocalcémia, hipomagnesemia, urémia, hipertireoidismo), ingestão ou abstinência de álcool ou drogas. As convulsões não provocadas referem-se tanto a uma crise de etiologia desconhecida, como a uma crise que ocorre com relação a uma lesão cerebral pré-existente ou distúrbio progressivo do sistema nervoso (Schachter, 2022).

Uma única crise convulsiva não significa epilepsia. A epilepsia é diagnosticada após duas crises não provocadas que ocorrem com mais de 24 horas de intervalo ou após um único evento que ocorre numa pessoa considerada com alto risco de recorrência, isto é, com uma percentagem superior a 60% de risco num período de 10 anos (Schachter, 2022).

Embora a maioria das convulsões termine espontaneamente em 2 a 3 minutos, qualquer crise pode prolongar-se, levando a **estado de mal epilético** [EME] do tipo de crise em questão (Fisher *et al.*, 2017).

Assim, qualquer atividade convulsiva contínua com duração superior a 5 minutos é definida como EME, uma vez que após essa duração, é improvável que a atividade convulsiva pare espontaneamente. A *International League Against Epilepsy* [ILAE] define o EME como uma condição que resulta da falha dos mecanismos responsáveis pelo término da convulsão ou do início de mecanismos que levam a crises anormalmente prolongadas (após o ponto de tempo t1). Esta condição pode ter consequências a longo prazo (após o ponto t2), incluindo morte neuronal, lesão neuronal e alteração das redes neuronais, dependendo do tipo e duração das convulsões (Trinka *et al.*, 2015).

Desta forma, o ponto de tempo t1 determina o tempo em que o tratamento deve ser iniciado, devendo evitar-se que as convulsões persistam até t2, momento a partir do qual podem ocorrer danos neurológicos e consequências a longo prazo (Pazzim *et al.*, 2021).

Nas crises tónico-clónicas generalizadas t1 corresponde a 5 minutos e t2 a 30 minutos enquanto que nas crises focais com alteração da consciência t1 corresponde a 10 minutos e t2 a mais que 60 minutos (Trinka *et al.*, 2015).

O EME refratário define-se pela presença de convulsões clínicas ou eletrográficas contínuas mesmo após a administração de uma terapêutica de primeira linha (benzodiazepínicas) em dosagem adequada seguido por uma terapêutica de segunda linha (anticonvulsivantes). O EME super-refratário refere-se a crises contínuas ou intermitentes que persistam por mais de 24 horas depois da introdução de terapêutica de terceira linha (anestésicos) ou a recorrência de crises após a sua suspensão (Pichler & Hocker, 2017; Carvalho *et al.*, 2020).

O EME pode conduzir a respostas sistémicas que incluem a nível respiratório: edema pulmonar neurogénico, pneumonia/pneumonite por aspiração, insuficiência respiratória hipoxémica; a nível cardiovascular: hipertensão, hipotensão, choque, arritmias cardíacas, paragem cardíaca, cardiomiopatia induzida por *stress*; a nível musculoesquelético: fraturas esqueléticas, luxações articulares, laceração da língua, rabdomiólise; a nível renal: lesão renal aguda, hipercaliémia; distúrbios do sistema autónomo como hipertermia, sudorese excessiva, vômitos, desidratação e a nível metabólico: hiperglicémia e acidose (metabólica e/ou respiratória). Pode ainda conduzir a respostas cerebrais como edema cerebral e disfunção da barreira hematoencefálica, esclerose temporal, atrofia cerebral e epilepsia (Pichler & Hocker, 2017).

O EME é considerado uma emergência neurológica grave, estando associado a morbilidade e mortalidade elevada (Pranboon *et al.*, 2020).

A gestão da crise convulsiva consiste em avaliar e estabilizar o doente, interromper de forma emergente a atividade convulsiva prevenindo lesões cerebrais, caso esta não cesse espontaneamente, e identificar e tratar a causa subjacente (Paris & Reddy, 2021; Drislane, 2022).

A estratégia inicial de tratamento segue a metodologia de avaliação segundo a mnemónica ABCDE: A (*Airway*) – Via aérea; B (*Breathing*) – Ventilação e respiração; C (*Circulation*) – Circulação; D (*Disability*) – Défice neurológico e E (*Exposure*) – Exposição e controlo da temperatura (Drislane, 2022).

A maioria das crises convulsivas cessa espontaneamente até 2 minutos, sem que a administração de uma benzodiazepina ou anticonvulsivante seja necessária. No entanto, nas crises convulsivas com duração superior a 5 ou 10 minutos ou crises de repetição sem que a pessoa retorne à sua consciência de base, é necessário iniciar tratamento farmacológico. O tratamento preconizado pelas *guidelines* de 2016 da *American Epilepsy Society* e das *guidelines* de 2022 da *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) consiste em 3 linhas: primeira linha (benzodiazepinas), segunda linha (anticonvulsivantes) e terceira linha

(anestésicos gerais). A administração de anestésicos gerais, conduz geralmente à necessidade de entubação traqueal e transferência para uma UCI, preferencialmente com possibilidade de electroencefalograma contínuo (Glauser *et al.*, 2016; NICE, 2022).

O diagnóstico da crise convulsiva é clínico, mas requer diagnóstico diferencial de outros eventos clínicos que podem imitar as convulsões. A avaliação clínica começa com a anamnese, no sentido de identificar as características da crise, a sua duração, existência de crises convulsivas anteriores e a presença de fatores desencadeantes (luzes intermitentes, música alta, stress, privação de sono). O electrocardiograma [ECG] deve ser realizado em todos os doentes com perda de consciência, pois a síncope cardiogénica pode manifestar-se como uma convulsão. O objetivo do ECG é identificar alterações do traçado cardíaco que sejam possíveis causas de síncope, como síndromes adquiridas ou congénitas de QT longo (Schachter, 2022; Drislane, 2022).

Para identificar uma potencial causa da crise convulsiva devem ser solicitados exames laboratoriais e de imagem. Os exames laboratoriais devem incluir: glicose, eletrólitos séricos (sódio, potássio, cálcio e magnésio), ureia, creatinina, bicarbonato sérico, hemograma completo, tóxicos na urina, níveis séricos de toxinas específicas (teofilina ou lítio) e testes de função hepática. Se o doente tiver um distúrbio convulsivo conhecido, devem ser solicitados níveis de drogas antiepiléticas. A tomografia computadorizada [TC] de crânio é apropriada na maioria das situações para descartar uma hemorragia ou outra lesão e é mais facilmente obtida do que a ressonância magnética [RM] do cérebro. Apesar desta ser mais sensível para identificar malformações, pode ser difícil de obter e pode exigir sedação. A punção lombar com avaliação do líquido cefalorraquidiano deve ser solicitada em doentes com suspeita de infeção ou doença auto imune do sistema nervoso central (meningite, encefalite). A punção lombar só pode ser realizada após realização de TC para excluir hipertensão intracraniana. O eletroencefalograma [EEG] urgente deve ser realizado para exclusão de EME não convulsivo quando o doente mantém estado pós-ictal alterado ou após início de anestésicos (Schachter, 2022; Drislane, 2022).

Os cuidados de enfermagem à pessoa com crise convulsiva são preponderantes uma vez que o tratamento, quando iniciado precocemente, é muito mais eficaz e apresenta melhores resultados (Taylor *et al.*, 2022). Os enfermeiros do SU participam ativamente na prestação de cuidados à pessoa com crise convulsiva tornando-se por isso crucial aprimorar os conhecimentos dos enfermeiros para que estes promovam uma assistência de qualidade, baseada em evidências científicas, permitindo a prevenção de complicações e a realização de um tratamento adequado.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O presente PIP foi concebido no decorrer do EF, estando inserido na linha de investigação previamente definida para o Curso de Mestrado do ramo EMC – PSC: Segurança e Qualidade de Vida.

Para o seu desenvolvimento, foi utilizada a Metodologia de Projeto, uma vez que esta constitui-se como uma ponte entre a teoria e a prática, utilizando o conhecimento teórico para a aplicação na prática (Ruivo *et al.*, 2010).

Deste modo, esta metodologia resulta de uma “(...) investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução” sendo, através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais, promotora de uma PBE (Ferrito, 2010: 2).

A Metodologia de Projeto é constituída por 5 etapas: diagnóstico da situação; definição de objetivos; planeamento; execução e avaliação; e divulgação de resultados (Ferrito, 2010).

Ao longo deste capítulo objetiva-se assim descrever cada uma das etapas bem como as atividades desenvolvidas para a concretização das mesmas, adaptadas à realidade deste PIP.

3.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação é a primeira etapa da Metodologia de Projeto, na qual se pretende “(...) elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Ruivo *et al.*, 2010: 10).

No contexto de cuidados de saúde, quando se desenvolve um projeto, deve ser efetuada uma análise das necessidades da população e a possibilidade de desenvolvimento de estratégias e ações, que visem satisfazer as necessidades identificadas, resolvendo ou minimizando os problemas de saúde identificados (Ruivo *et al.*, 2010).

Pode considerar-se assim que esta etapa está em consonância com a primeira etapa do Modelo para a Mudança da PBE de June Larrabee, na qual se pretende identificar os problemas da prática através da colheita e comparação de dados internos e externos para validar a necessidade de mudança (Larrabee, 2011).

Posto isto, nas primeiras semanas de estágio foi possível conhecer as normas de orientação clínica e protocolos existentes no serviço, tendo-se constatado a ausência de um protocolo de atuação sobre as intervenções à pessoa com crise convulsiva no SU.

Com o intuito de validar a pertinência deste tema foi realizada uma entrevista exploratória não estruturada com a enfermeira supervisora e com o enfermeiro-chefe do SUMC que demonstraram muito interesse por esta problemática. Primeiro por ser uma situação que ocorre frequentemente neste SUMC tanto a nível da SE como nas diferentes áreas do serviço e, depois, porque a abordagem à pessoa com crise convulsiva conduzia muitas vezes a um encaminhamento incorreto dos doentes pelo facto destes estarem alocados em áreas sem vigilância ou na área de balcão de enfermagem, onde permanecem sentados. Foi ainda validada a pertinência desta temática com os diretores do SU e do SMI2, tendo os mesmos demonstrado igualmente interesse pelo tema e disponibilizado a sua colaboração no projeto.

Segundo Ruivo *et al.* (2010: 16) para “(...) identificar as necessidades de saúde alteradas, é fulcral o recurso aos instrumentos de avaliação, nomeadamente a entrevista, o questionário e a análise SWOT, entre outros”.

Assim, foi aplicado um questionário à equipa de enfermagem do SUMC, com a finalidade de conhecer a opinião dos enfermeiros do serviço quanto à pertinência do tema (Apêndice I). Este questionário foi elaborado na plataforma *Google Forms®* e o link de acesso ao questionário foi partilhado através do aplicativo *Whatsapp®*, num grupo da equipa de enfermagem do SUMC já existente e por onde são partilhadas todas as formações e informações relevantes do serviço.

A participação num projeto pressupõe o consentimento livre e esclarecido por parte dos participantes após explicação das fases da investigação e de potenciais consequências para o participante. Pressupõe ainda que seja dada a garantia que a pessoa pode retirar o seu consentimento em qualquer momento sem que isso implique quaisquer consequências para o próprio, bem como o anonimato e a confidencialidade das fontes (Nunes, 2020). Como tal, antes do preenchimento do questionário, foi solicitado aos participantes o preenchimento de um consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice I).

Do questionário, obtivemos um total de 29 respostas, equivalente a cerca de 31,5% da equipa ativa, isto é, do número total de enfermeiros após exclusão dos elementos temporariamente ausentes. A percentagem obtida no preenchimento do questionário (31,5%) reflete uma baixa adesão dos elementos da equipa, pelo que o perfil dos respondentes pode representar um perfil diferente da equipa.

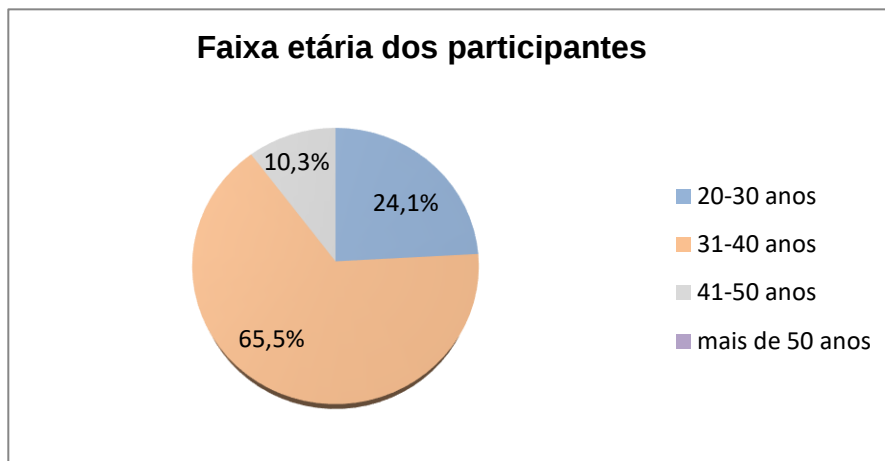
Dos 29 enfermeiros respondentes, 100% declararam participar de livre vontade.

Numa primeira fase do questionário foram realizadas questões sobre dados sociodemográficos, profissionais e académicos com o intuito de realizar uma caracterização dos participantes.

Assim, relativamente à idade dos respondentes, a faixa etária com maior percentagem situou-se na faixa dos 31 aos 40 anos, representando 65,5% dos participantes, seguindo-se a faixa dos 20 aos 30 anos com 24,1% dos participantes e, por fim, a faixa dos 41 aos 50 anos

com 10,3%, sendo que nenhum dos participantes (0%) apresentava idade superior a 50 anos (Gráfico 4).

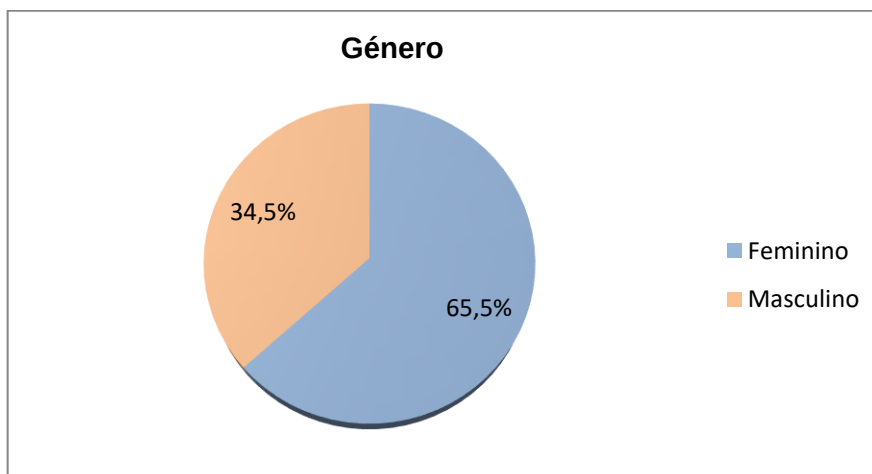
Gráfico 4 - Distribuição dos participantes quanto à idade (n=29)



Fonte: Autoria própria

No que diz ao respeito ao género dos respondentes, constatamos que a maioria é constituída por elementos do sexo feminino, representando estes 65,5% dos participantes (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Distribuição dos participantes quanto ao género (n=29)

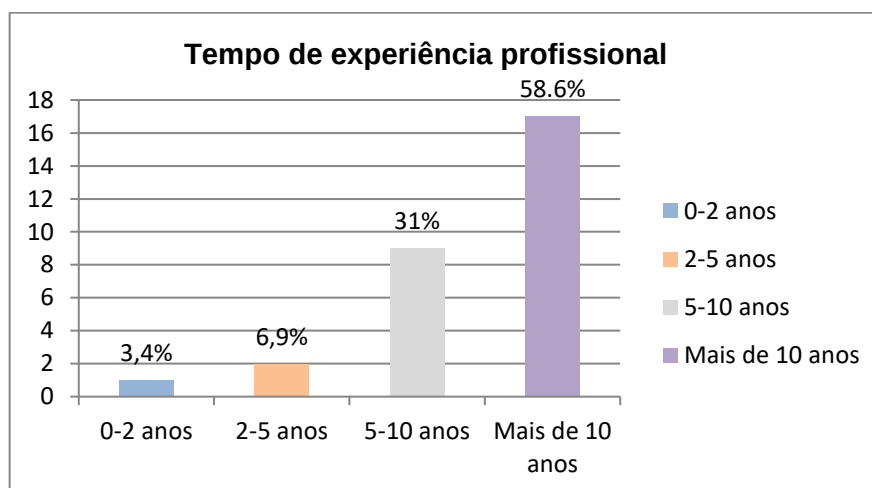


Fonte: Autoria própria

No que concerne ao tempo de experiência profissional, constatamos que a maioria dos respondentes tem mais de 10 anos de experiência profissional (58,6%), seguindo-se uma experiência profissional entre os 5 a 10 anos, 2 a 5 anos e, por fim, menos de 2 anos (Gráfico 6). Do mesmo modo, relativamente ao tempo de experiência profissional no SUMC, verificamos que a maioria dos respondentes tem mais de 10 anos de experiência no SUMC,

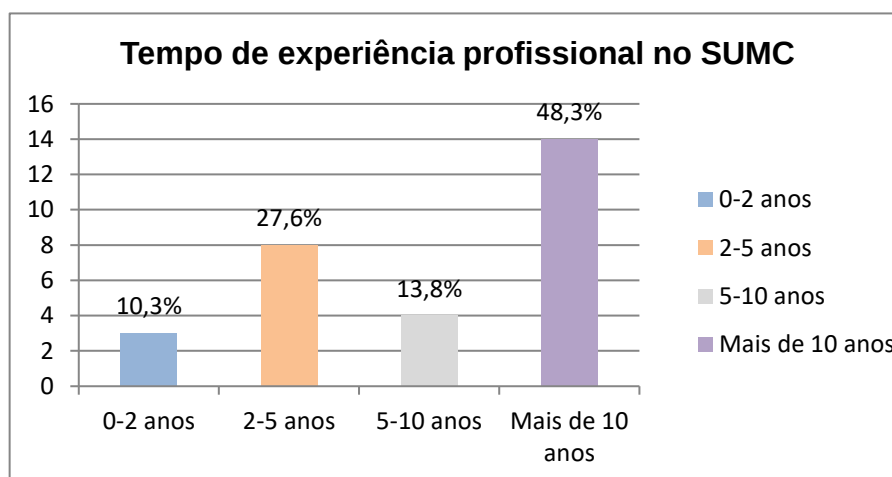
seguido por uma experiência de 2 a 5 anos, 5 a 10 anos e, por último, menos de 2 anos (Gráfico 7). Ora fazendo uma comparação dos respondentes com a caracterização da equipa apresentada no primeiro capítulo foi possível inferir, primeiro que os elementos que responderam ao questionário têm um perfil diferente da equipa como um todo e, em segundo, que os elementos participantes são os elementos com mais tempo de experiência profissional.

Gráfico 6 - Distribuição dos participantes quanto ao tempo de experiência profissional (n=29)



Fonte: Autoria própria

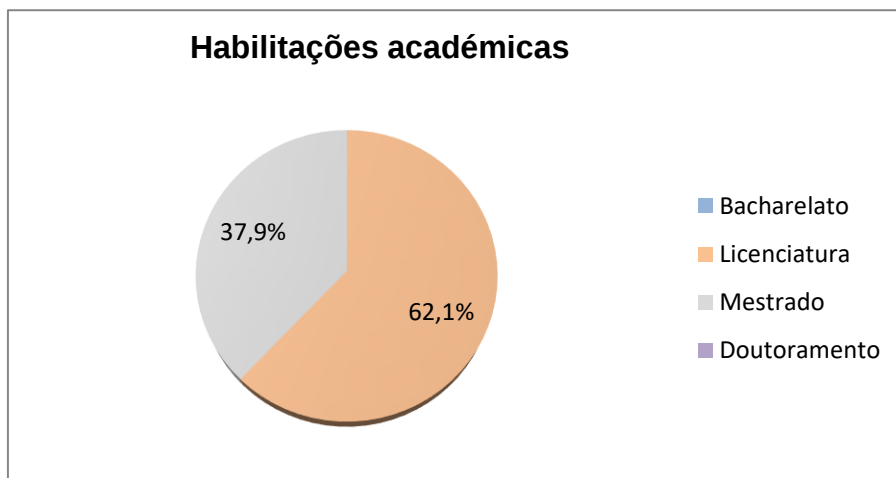
Gráfico 7 - Distribuição dos participantes quanto ao tempo de experiência profissional no SUMC (n=29)



Fonte: Autoria própria

Relativamente às habilitações académicas, verificamos que a maioria dos respondentes tem o grau de licenciatura (62,1%) e 37,9% tem mestrado em enfermagem, sendo que nenhum dos participantes tem bacharelato nem doutoramento (Gráfico 8).

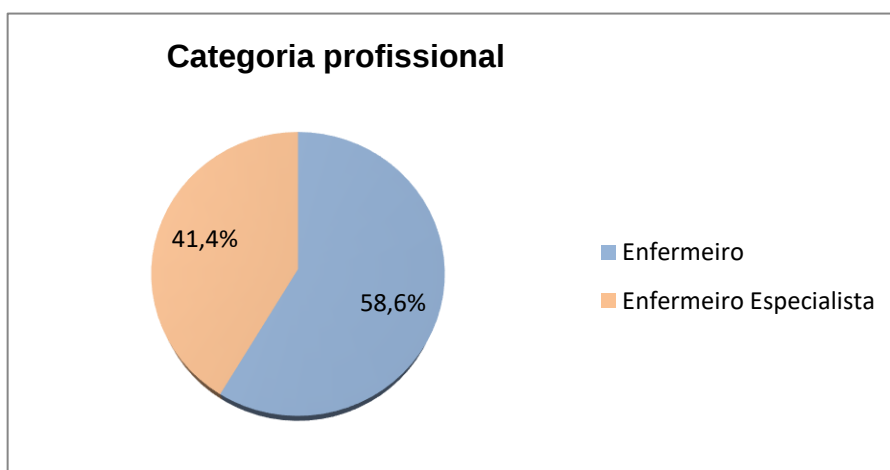
Gráfico 8 - Distribuição dos participantes quanto às suas habilitações académicas (n=29)



Fonte: Autoria própria

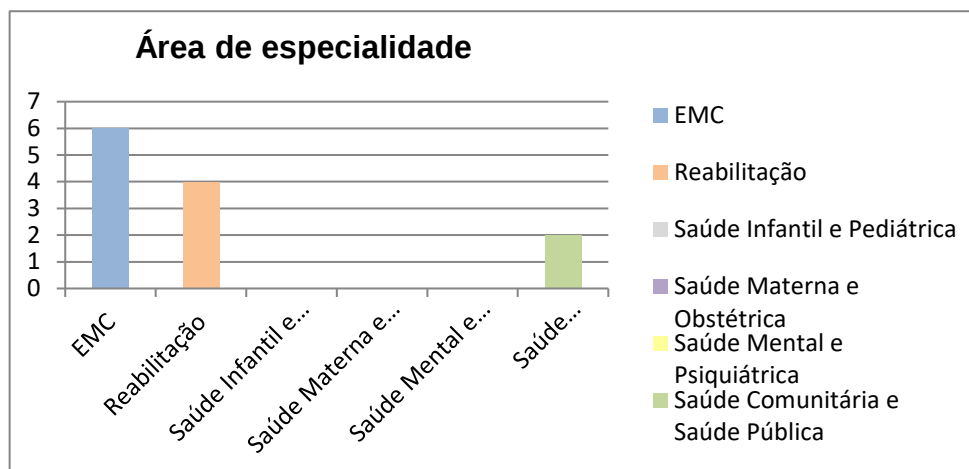
Quanto à categoria profissional, 58,6% referiram ser enfermeiros de cuidados gerais, enquanto 41,4% indicaram ser enfermeiros especialistas (Gráfico 9). Dos enfermeiros que referiram ser especialistas, a maioria possuía especialidade na área de EMC (50%), seguido por especialidade em Enfermagem de Reabilitação (33,3%) e, por fim, especialidade na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (16,7%) (Gráfico 10).

Gráfico 9 - Distribuição dos participantes quanto à sua categoria profissional (n=29)



Fonte: Autoria própria

Gráfico 10 - Distribuição dos participantes quanto à sua área de especialização (n=12)

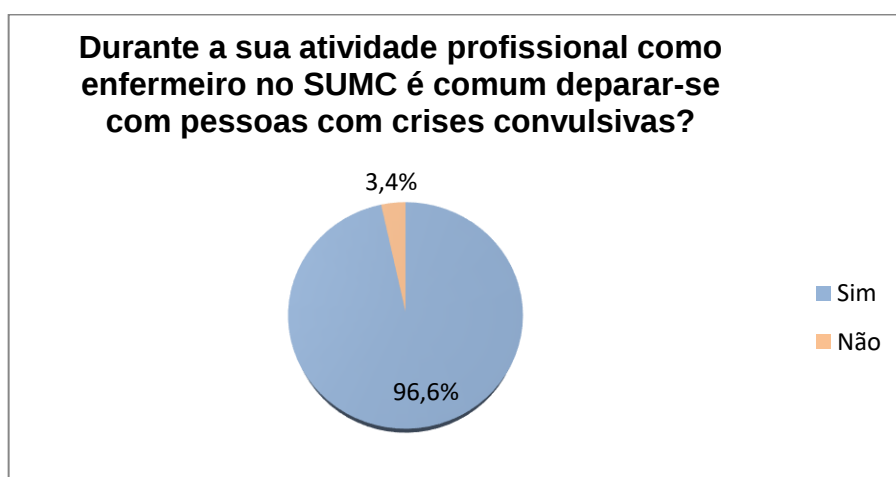


Fonte: Autoria própria

Após realização da caracterização dos participantes, a segunda parte do questionário foi constituída por questões relativas à pertinência do tema.

Deste modo, na primeira questão, quando questionados se era comum depararem-se com doentes com crises convulsivas, 96,6% responderam que sim, tendo apenas 3,4% respondido que não (Gráfico 11).

Gráfico 11 - Distribuição dos participantes quanto a ser comum deparar-se com crises convulsivas no SUMC (n=29)

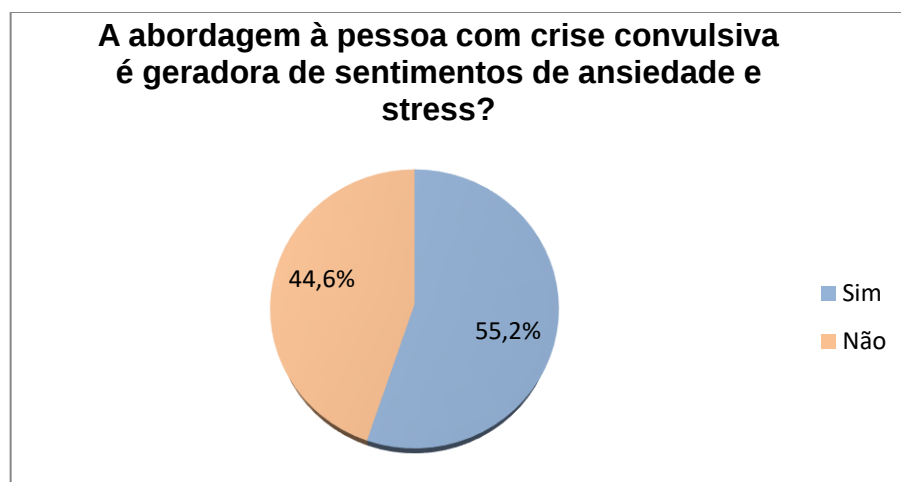


Fonte: Autoria própria

Já na segunda questão, relativa aos sentimentos experienciados aquando da abordagem à pessoa com crise convulsiva, 55,2% dos respondentes diz experimentar sentimentos de

ansiedade e stress (Gráfico 12), o que ganha principal destaque pelo facto de mais de metade dos enfermeiros respondentes apresentarem mais que 10 anos de experiência profissional.

Gráfico 12 - Distribuição dos participantes quanto à abordagem à pessoa com crise convulsiva gerar sentimentos de ansiedade e stress (n=29)



Fonte: Autoria própria

Relativamente às questões 3, 4 e 5, que diziam respeito à pertinência do PIP, verificou-se que a totalidade dos participantes (100%) consideram pertinente o desenvolvimento de formação em serviço sobre a abordagem à pessoa com crise convulsiva, benéfica a criação de um protocolo de atuação que oriente e uniformize a abordagem à pessoa com crise convulsiva e que a aquisição e consolidação de conhecimentos sobre crise convulsiva contribui para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Após a realização do questionário e análise dos resultados foi ainda utilizado, como instrumento de avaliação, a análise SWOT. Este tipo de análise, amplamente utilizada na investigação, permite indicar as fraquezas, ameaças, forças e oportunidades de um projeto, promovendo uma reflexão e confrontação entre os fatores positivos e negativos identificados perante uma situação (Ruivo *et al.*, 2010). A análise SWOT efetuada para o presente projeto encontra-se representada no Quadro 1.

Quadro 1 - Análise SWOT

Fatores internos	
Forças	Fraquezas
• Consentimento e apoio da enfermeira supervisora, enfermeiro-chefe e diretores de serviço; • Problemática reconhecida pela equipa de enfermagem do SUMC; • Inexistência de um documento orientador da prática sobre esta temática; • Ausência de custos associados.	• Elevada carga de trabalho da equipa; • Insuficiência de recursos humanos; • Desmotivação da equipa de enfermagem; • Baixa adesão dos elementos da equipa na participação no projeto desenvolvido; • Resistência da equipa de enfermagem à mudança.
Oportunidades	Ameaças
• Resposta a desafio estratégico 2023-2025 da instituição: investimento na eficiência e na qualidade da prestação de cuidados; • Participação da instituição em programas de melhoria contínua da qualidade; • Existência de recomendações de <i>guidelines</i> internacionais; • Promoção de uma prática baseada em evidência; • Redução de taxas de morbilidade e mortalidade e, consequentemente, de custos em saúde.	• Ausência de contratualização de recursos humanos; • Reduzido espaço temporal para implementação e avaliação do PIP.
Fatores externos	

Fonte: Autoria própria

Após análise dos demais instrumentos de avaliação utilizados, constatamos que a abordagem à pessoa com crise convulsiva no SUMC é uma problemática do serviço. Como tal, verificamos a necessidade de criação e implementação de um documento orientador da prática que incorpore as intervenções preconizadas pelas *guidelines*, de forma a fomentar uma PBE e a prevenir complicações, conduzindo assim a uma melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Uma vez que o conjunto dos conceitos metaparadigmáticos é que fundamentam a prática de enfermagem, o documento orientador vai ao encontro dos quatro principais conceitos descritos na fundamentação teórica deste relatório, objetivando a promoção da saúde da pessoa com crise convulsiva em contexto de serviço de urgência através de cuidados de enfermagem de qualidade.

3.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

A definição de objetivos corresponde à segunda etapa da Metodologia de Projeto e indica “os resultados que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico” (Ruivo *et al.*, 2010: 18).

Os objetivos gerais têm um carácter mais amplo e complexo, devendo ser formulados tendo em consideração os conhecimentos e capacidades a alcançar, enquanto os objetivos específicos são o resultado da subdivisão de um objetivo geral, indicando os conhecimentos e aptidões a adquirir ao longo de todo o processo formativo (Mão de Ferro, 1999).

Deste modo, tendo em conta os problemas e necessidades previamente identificados, definimos como objetivo geral:

- Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança à pessoa com crise convulsiva no SUMC.

Como objetivos específicos determinamos:

- Realizar uma revisão da literatura sobre as intervenções à pessoa com crise convulsiva em contexto de serviço de urgência;
- Elaborar um protocolo de atuação na abordagem à pessoa com crise convulsiva no SUMC;
- Partilhar com os enfermeiros do SUMC a evidência atual sobre as intervenções à pessoa com crise convulsiva;
- Criar as condições para implementação do protocolo de atuação elaborado.

3.3. PLANEAMENTO

A terceira etapa da Metodologia de Projeto é o planeamento, onde se realiza o levantamento dos recursos e limitações que possam condicionar o projeto, bem como a definição de atividades e estratégias a desenvolver e respetiva calendarização (Polit *et al.*, 2001).

A etapa do Planeamento coadune, deste modo, com as etapas 2, 3 e 4 do Modelo para a Mudança da PBE, nas quais é preconizado que se localize as melhores evidências, se

efetue uma análise crítica das mesmas e se projete a mudança na prática, identificando os recursos necessários, planeando a avaliação e implementação do projeto (Larrabee, 2011).

Assim, no decorrer do EF, foi elaborada uma proposta de PIP, onde constava uma síntese do projeto, com breve fundamentação da problemática e objetivos, instrumentos de colheita de dados (questionários), atividades a desenvolver e respetivo cronograma das mesmas. E, uma vez que segundo Nunes (2020: 26) “a realização de um trabalho académico numa instituição tem de estar devidamente autorizado (...) por quem tem a responsabilidade e a representação da organização”, após apreciação positiva por parte do professor orientador, enfermeira supervisora, enfermeiro-chefe e diretores de serviço do SUMC e SMI2, a proposta foi submetida ao Centro de Formação, Investigação e conhecimento da IH. A submissão foi realizada a 27 de outubro de 2022, e após parecer positivo da Comissão de Ética para a Saúde, foi aprovado pelo CA da IH a 28 de novembro de 2022 (Anexo I).

O cronograma inicial (Apêndice II) foi elaborado no sentido de funcionar como um guia orientador em termos temporais pois o desenvolvimento do cronograma assume-se como um processo interativo que determina as datas de início e de fim das atividades a desenvolver (Miguel, 2019). No entanto, ainda segundo o mesmo autor, este pode ser flexível, e neste caso em particular houve necessidade de realizar pequenos ajustes no cumprimento das datas face a dificuldades e contratempos encontrados, como por exemplo a demora pela aprovação do projeto.

Para Miguel (2019), a escolha e utilização das atividades, estratégias e meios deve ser realizada em função dos objetivos previamente delineados. Assim, tendo em conta os objetivos específicos estabelecidos, apresentam-se seguidamente as atividades, estratégias e meios planeados para alcançar cada um deles e, por conseguinte, o objetivo geral.

Objetivo específico 1: Realizar uma revisão da literatura sobre as intervenções à pessoa com crise convulsiva em contexto de serviço de urgência

Atividades e estratégias planeadas:

- Pesquisa preliminar sobre a temática;
- Reuniões de tutoria com o professor orientador;
- Formulação da questão de investigação;
- Pesquisa nas bases de dados científicas;
- Seleção dos descritores a utilizar nas bases de dados científicas;
- Construção da frase booleana;
- Definição do período temporal da pesquisa;
- Identificação de critérios de inclusão e exclusão;

- Seleção dos artigos;
- Análise e síntese dos resultados obtidos;
- Discussão dos resultados obtidos;
- Elaboração das conclusões da revisão da literatura.

Recursos humanos: Professor orientador.

Recursos materiais e tecnológicos: Computador, internet, plataforma de bases de dados científicas.

Indicador de avaliação: Elaboração de uma Revisão *Scoping* sobre as intervenções de enfermagem à pessoa com crise convulsiva no serviço de urgência.

Objetivo específico 2: Elaborar um protocolo de atuação na abordagem à pessoa com crise convulsiva no SUMC

Atividades e estratégias planeadas:

- Criação de um grupo de trabalho que inclua elementos da equipa de enfermagem e da equipa médica;
- Consulta de *guidelines* de prática clínica, normas, protocolos de atuação e artigos científicos;
- Integração dos resultados obtidos na revisão *scoping* na elaboração do protocolo;
- Elaboração de proposta de protocolo de abordagem à pessoa com crise convulsiva em contexto de serviço de urgência;
- Discussão da proposta de protocolo com o grupo de trabalho e professor orientador;
- Reformulação do protocolo de atuação elaborado de acordo com as alterações sugeridas;
- Elaboração de um poster com o fluxograma de abordagem à pessoa com crise convulsiva no SUMC para consulta rápida na sala de triagem, SE e área de Decisão Clínica;
- Criação da proposta final de protocolo de abordagem à pessoa com crise convulsiva em contexto de serviço de urgência;
- Submissão da proposta final de protocolo de atuação da abordagem à pessoa com crise convulsiva no serviço de urgência para aprovação do CA da IH.

Recursos humanos: Professor orientador, enfermeira supervisora de estágio, enfermeiro-chefe do SUMC, médica destacada pelo diretor de serviço, diretor do SUMC e diretor do SMI2.

Recursos materiais e tecnológicos: Computador, internet, bibliografia relevante, impressora.

Indicador de avaliação: Elaboração de um protocolo de atuação sobre a abordagem à pessoa com crise convulsiva em contexto de serviço de urgência e poster com o fluxograma, aprovados pelo grupo de trabalho.

Objetivo específico 3: Partilhar com os enfermeiros do SUMC a evidência atual sobre as intervenções à pessoa com crise convulsiva

Objetivo específico 4: Criar as condições para implementação do protocolo de atuação elaborado

Atividades e estratégias planeadas:

- Planeamento da sessão de formação aos enfermeiros do SUMC;
- Elaboração de diapositivos em programa *PowerPoint®* para apresentação da sessão de formação;
- Agendamento da sessão de formação com a enfermeira supervisora, enfermeiro responsável pela formação em serviço e professor orientador;
- Marcação de sala de formação e de meio audiovisual;
- Divulgação da sessão de formação à equipa de enfermagem, através de um cartaz informativo afixado no SUMC e de aplicativo *WhatsApp®*;
- Apresentação da sessão de formação à equipa de enfermagem, presencialmente e via *online*, através de aplicativo *Microsoft Teams®*;
- Elaboração de um questionário de avaliação da sessão de formação na plataforma *GoogleForms®*;
- Entrega do questionário de avaliação da sessão de formação através do aplicativo *WhatsApp®* para preenchimento pelos participantes.

Recursos humanos: Professor orientador, enfermeira supervisora de estágio, enfermeiro responsável pela formação em serviço do SUMC, enfermeiro-chefe do SUMC e equipa de enfermagem do SUMC.

Recursos materiais e tecnológicos: Computador, internet, impressora, aplicativo *WhatsApp*®, sala de formação (biblioteca), videoprojector, programa *PowerPoint*®, aplicativo *Microsoft Teams*®, plataforma *GoogleForms*®.

Indicador de avaliação: Realização da sessão de formação e análise dos resultados obtidos através do questionário de avaliação da sessão de formação.

3.4. EXECUÇÃO

De acordo com Ferrito (2010), a quarta etapa da Metodologia de Projeto, a execução, traduz a realização de tudo o que foi planeado na prática. Neste sentido, tudo o que foi construído mentalmente é, nesta fase, transportado para uma situação real (Ruivo *et al.*, 2010).

Fazendo uma analogia com o modelo teórico que norteia este trabalho, esta etapa enquadra-se na etapa 5 do Modelo para a Mudança da PBE, na qual o plano definido é implementado (Larrabee, 2011).

Posto isto, procede-se à análise e reflexão das atividades e estratégias inicialmente planeadas com as atividades e estratégias desenvolvidas, para cada objetivo específico.

Objetivo específico 1: Realizar uma revisão da literatura sobre as intervenções à pessoa com crise convulsiva em contexto de serviço de urgência

A pesquisa é a investigação rigorosa e sistemática que contribui para desenvolver ainda mais o conhecimento existente e produzir novos conhecimentos para orientar a prática (Larrabee, 2011).

Deste modo, primeiramente, efetuou-se uma pesquisa preliminar sobre a temática, consultando *guidelines* de prática clínica e artigos científicos recentes no sentido de localizar as melhores evidências disponíveis relevantes para o projeto.

Posteriormente, e de forma a identificar as intervenções de enfermagem a instituir à pessoa com crise convulsiva no serviço de urgência realizou-se uma revisão *scoping*, uma vez que este tipo de revisão visa identificar e mapear a amplitude de evidências disponíveis sobre determinado tópico, campo, conceito ou questão, independentemente da fonte (pesquisa primária, revisões, evidências não empíricas) em contextos específicos (Munn *et al.*, 2022).

A questão inicial foi formulada a partir do acrónimo PCC (P - população, C - conceito e C - contexto). Assim, a questão de pesquisa norteadora para o presente estudo foi: quais as

intervenções de enfermagem (C) a instituir à pessoa com crise convulsiva (P) no serviço de urgência (C)?

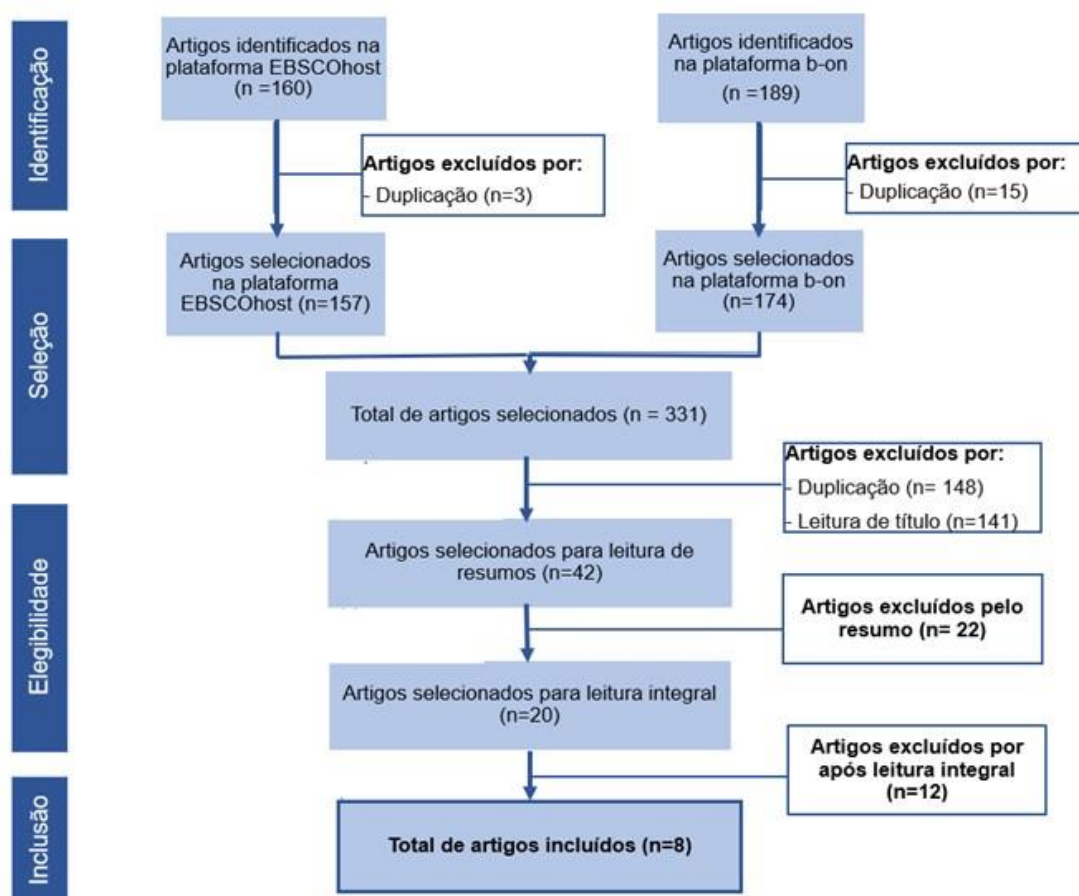
Para dar resposta à questão de investigação, foi efetuada uma pesquisa nas plataformas EBSCOhost e b-on. Na Plataforma EBSCOhost foram selecionadas as bases de dados CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Cochrane Clinical Answers; Library, Information Science & Technology Abstracts e MedicLatina. Como termos de pesquisa foram utilizados os descritores DeCS/ MeSH: *seizures, status epilepticus, epilepsy, nursing, emergencies, pediatrics* e *child*. A palavra *nursing* foi truncada para *nurs** no sentido de alargar a pesquisa para recuperar as variantes do mesmo termo. Além destes, apesar de não ser um descritor ao nível das ciências da saúde, foi essencial utilizar o termo *management* para direcionar a pesquisa especificamente para artigos relacionados com o tema e por ter sido frequentemente encontrado na literatura durante a pesquisa preliminar.

Foram utilizados os operadores booleanos AND, OR e NOT, combinados com os descritores e termos de linguagem natural na seguinte fórmula de pesquisa: *seizures OR status epilepticus OR epilepsy [Título] AND management OR nurs* [Resumo] AND emergencies [Resumo] NOT pediatrics OR child [Texto Completo]*.

Este estudo foi conduzido de acordo com a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* [JBI], identificando critérios de inclusão e exclusão para Participantes, Conceito e Contexto, tendo em conta os itens da questão de investigação. Como tal, esta revisão considerou estudos que incluíssem como participantes pessoas adultas, com idade igual ou superior a 18 anos, com crise convulsiva. Relativamente ao conceito foram considerados estudos que avaliassem as intervenções de enfermagem. Quanto ao contexto, foram incluídos estudos realizados em serviços hospitalares de urgência ou emergência. Esta revisão *scoping* considerou estudos publicados em revistas, jornais ou periódicos científicos, com data de publicação compreendida entre os anos 2018 e 2022, inclusive.

A aplicação da frase booleana nas plataformas EBSCOhost e b-on, com limitação temporal aos anos entre 2018 e 2022, originou um total de 160 artigos na plataforma EBSCOhost e 189 na plataforma b-on. O processo de exclusão e seleção dos estudos encontra-se representado na Figura 3, através do diagrama de *flow* PRISMA 2020.

Figura 3 - Diagrama de flow PRISMA



Fonte: Autoria própria, adaptado de *British Medical Journal* [BMJ] (BMJ, 2021).

As conclusões desta revisão foram ao encontro das *guidelines*, demonstrando que a nível do serviço de urgência as intervenções à pessoa com crise convulsiva têm como objetivo estabilizar o doente, interromper de forma emergente a atividade convulsiva clínica e electrográfica, caso esta não cesse espontaneamente, e identificar e tratar a causa subjacente (Paris & Reddy, 2021; Harris & Angus-Leppan, 2020).

Os enfermeiros desempenham assim um papel importante nos cuidados à pessoa com crise convulsiva, tanto no início numa fase de estabilização da pessoa, como no final da convulsão, colaborando com os tratamentos e exames a serem realizados.

Foi possível concluir ainda que as crises convulsivas necessitam de um protocolo e gestão adequados, sendo os cuidados de enfermagem no SU preponderantes, uma vez que a sistematização pode melhorar a qualidade dos cuidados à pessoa com crise convulsiva.

Desta forma, consideramos que este objetivo foi alcançado, uma vez que a revisão *scoping* foi concluída e entregue ao professor orientador. Esta revisão foi ainda sujeita a

alterações de acordo com os requisitos da revista selecionada para a publicação, foi submetida para publicação e está aceite, a aguardar publicação após correções sugeridas pelos revisores. O resumo da revisão *scoping* encontra-se no Apêndice III.

Objetivo específico 2: Elaborar um protocolo de atuação na abordagem à pessoa com crise convulsiva no SUMC

Inicialmente, e de forma a dar cumprimento a este objetivo, foi criado um grupo de trabalho constituído pela autora do PIP, pela enfermeira supervisora, pelo enfermeiro-chefe do SUMC, por uma médica destacada pelo diretor de serviço, pelo diretor do SUMC e pelo diretor do SMI2, responsável pela SE. A constituição deste grupo, formado pelas duas classes profissionais, foi fundamental para o sucesso do protocolo na medida que este visa uma mudança da prática clínica desenvolvida por enfermeiros e médicos, sendo por isso necessário uma representação de todas as partes interessadas da prática (Larrabee, 2011).

Os protocolos são documentos que incluem recomendações de condutas, ações e técnicas, baseadas em evidências científicas, que são consideradas adequadas a determinadas situações e que têm como objetivo a garantia do melhor cuidado de saúde (MS, 2019). Posto isto, para a elaboração do protocolo, e no sentido de localizar as melhores evidências disponíveis, foram consultadas *guidelines* de prática clínica, normas, protocolos de atuação e artigos científicos e foram integrados os resultados obtidos da revisão *scoping* sobre as intervenções de enfermagem a instituir à pessoa com crise convulsiva no serviço de urgência, previamente elaborada.

As reuniões com o grupo de trabalho tiveram um papel preponderante na criação do documento uma vez que, nessas reuniões, foram expostos os objetivos do protocolo e definidas estratégias e meios para os alcançar. Um dos pontos determinantes discutido foi os critérios de admissão na SE da pessoa com crise convulsiva visto que este sempre foi um motivo de discórdia entre os elementos da equipa. Este ponto deu origem a outras questões relativas à segurança da pessoa com crise convulsiva ou com história de crise convulsiva nas 6 horas anteriores, pelo que houve, ainda que não tivesse sido uma atividade planeada, necessidade de efetuar ligeiras alterações no protocolo e definir o circuito da pessoa com crise convulsiva no SUMC.

Assim, e de forma a fornecer uma orientação prática sobre a aplicação do protocolo, foi elaborado um fluxograma, que contempla o circuito bem como as intervenções a instituir à pessoa com crise convulsiva neste SUMC. Este fluxograma, para além de fazer parte integrante do protocolo, foi impresso e plastificado, ficando disponível na sala de triagem, SE e área de Decisão Clínica.

A versão final do Protocolo de Atuação da Abordagem à Pessoa com Crise Convulsiva em Contexto de Serviço de Urgência com respetivo fluxograma (Apêndice IV) foi validada pelo enfermeiro-chefe do SUMC e pelos diretores dos serviços integrantes. A submissão do protocolo ao CA é da responsabilidade do enfermeiro-chefe do SUMC, pelo que, após término do estágio, a aprovação e implementação deste protocolo ficou à responsabilidade do enfermeiro-chefe do serviço e da enfermeira supervisora de estágio.

Deste modo, consideramos que este objetivo foi atingido, uma vez que o protocolo sobre a Abordagem à Pessoa com Crise Convulsiva no Serviço de Urgência foi finalizado e validado, bem como estipuladas responsabilidades para submissão do mesmo após término do estágio.

Objetivo específico 3: Partilhar com os enfermeiros do SUMC a evidência atual sobre as intervenções à pessoa com crise convulsiva

Objetivo específico 4: Criar as condições para implementação do protocolo de atuação elaborado

De forma a melhorar a qualidade e segurança da pessoa com crise convulsiva no SUMC, consideramos crucial a partilha da evidência atual recolhida sobre a temática com a equipa de enfermagem.

Segundo a OE (2016: 1), a formação e o desenvolvimento profissional dos enfermeiros constitui “(...) um pilar fundamental e determinante para a melhoria contínua de qualidade do desempenho profissional e, conseqüentemente, dos serviços prestados.

A formação permanente é um processo contínuo de aprendizagem e é constituída pela formação contínua e formação em serviço. A formação em serviço assume uma particular importância uma vez que permite uma reflexão conjunta sobre os cuidados prestados, permitindo um confronto entre a teoria e a prática, ou seja, entre o real e o ideal, o que poderá conduzir a mudanças na prática (Dias, 2004).

Por esta razão, foi planeada uma sessão de formação no sentido de apresentar aos enfermeiros do serviço a evidência atual sobre as intervenções à pessoa com crise convulsiva bem como a proposta do protocolo de atuação criado. A sessão de formação para a equipa médica ficou a cargo da médica destacada para a elaboração do protocolo.

A data para realização da sessão de formação aos enfermeiros foi discutida com enfermeira supervisora, o enfermeiro responsável pela formação em serviço e o professor orientador e ficou agendada para a semana final do estágio, de forma a que fosse possível divulgar a versão final da proposta do protocolo de atuação. Quando ficou definida a data, foi realizada marcação de sala de formação (biblioteca da IH) bem como do meio audiovisual (videoprojetor) para garantir as suas disponibilidades nesse dia.

Como material de suporte para a apresentação da sessão de formação foram elaborados diapositivos em programa *PowerPoint®*, constando os objetivos da sessão, a problemática, a pertinência do tema e a apresentação do protocolo de atuação.

A divulgação da sessão de formação à equipa de enfermagem foi feita através de um cartaz informativo (Apêndice V) afixado no SUMC e ainda, de forma digital, através do aplicativo *Whatsapp®*, no grupo da equipa já existente, e de emails, para os contactos profissionais de todos os elementos da equipa.

De forma a obter uma maior taxa de participação na sessão de formação, a mesma foi apresentada em formato híbrido, possibilitando a assistência de forma presencial, na biblioteca, ou via *online*, através da plataforma *Microsoft Teams®*.

A sessão de formação teve uma taxa de participação bastante aceitável, contando com um total de 43 formandos, o que representa cerca de 47% da equipa de enfermagem ativa. Esta taxa de participação tem especial destaque tendo em conta que, segundo o enfermeiro responsável da formação, a adesão às formações em serviço é baixa (cerca de 30%) devido ao elevado número de horas de trabalho e à desmotivação da equipa.

Não obstante, e de forma a que todos os elementos da equipa de enfermagem pudessem ter acesso à formação e, conseqüentemente, conhecimento do protocolo de atuação criado, a apresentação da formação foi enviada a todos os elementos através do email institucional.

No final da formação, como forma de avaliação da sessão de formação, foi solicitado aos formandos o preenchimento de um questionário previamente elaborado no *GoogleForms®* relativo ao conteúdo da formação e ao desempenho do formador. Dos 43 formandos presentes, obteve-se um total de 22 respostas neste questionário, representando cerca de 50% de respondentes.

Através da análise dos questionários, verificamos que a avaliação foi positiva uma vez que os itens apresentados foram classificados, pela maioria dos respondentes, como “muito bom” (Tabela 1).

Tabela 1 - Avaliação da sessão de formação pelo formando

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Formação				
Pertinência do tema			13,6%	86,4%
Adequação dos objetivos propostos			18,2%	81,8%
Temas abordados face às expectativas			27,3%	72,7%
Utilidade prática da sessão de formação			13,6%	86,4%
Duração da sessão de formação			31,8%	68,2%
Adequação dos meios audiovisuais utilizados			31,8%	68,2%
Formadora				
Conhecimento/ domínio do tema			18,2%	81,8%
Clareza dos conteúdos			18,2%	81,8%
Capacidade de esclarecer dúvidas			31,8%	68,2%
Métodos pedagógicos utilizados			31,8%	68,2%
Apreciação global da sessão de formação			4,5%	95,5%

Fonte: Autoria própria

Face ao número de participantes na sessão de formação e às estratégias concebidas para que todos os elementos da equipa de enfermagem tivessem acesso à mesma, entendemos que estes objetivos foram cumpridos, uma vez que através da sessão de formação partilhamos a evidência atual sobre a temática e divulgamos o protocolo de atuação elaborado.

3.5. AVALIAÇÃO

A etapa da avaliação implica a comparação entre os objetivos previamente definidos com os objetivos alcançados (Ruivo *et al.*, 2010).

Uma das características da Metodologia de Projeto é o facto da avaliação ser contínua, podendo distinguir-se dois momentos principais. A avaliação intermédia é realizada em simultâneo com a etapa da execução, constituindo um momento de pausa e reflexão sobre o caminho traçado até ao momento (Ruivo *et al.*, 2010). Deste modo, ao longo da execução, o

desenvolvimento das atividades planeadas foram avaliadas e, em caso de necessidade, foram efetuados reajustes das mesmas, como acima descrito.

Já a avaliação final é efetuada, como o próprio nome indica, no final do projeto e visa avaliar o produto final, verificando a consecução de cada um dos objetivos definidos inicialmente e o impacto provocado na atuação da equipa à pessoa com crise convulsiva (Ruivo *et al.*, 2010). Esta etapa enquadra-se assim também na etapa 5 do Modelo da Mudança para a PBE, que considera a avaliação do processo, dos resultados e dos custos e, com base na análise efetuada, a elaboração de conclusões e recomendações.

Para Ruivo *et al.* (2010), para fazer essa avaliação, pode ser necessário ter um método de verificação da consecução dos objetivos, como uma lista dos objetivos. Assim, tendo em conta os objetivos iniciais, avalia-se cada um deles, verificando se o mesmo foi atingido e, em caso positivo, se teve pertinência e utilidade ao processo.

Deste modo, consideramos que os objetivos iniciais foram alcançados e que os mesmos foram bastante pertinentes e úteis para implementação do PIP, uma vez que a revisão da literatura sobre a temática e por, conseguinte, a elaboração da revisão *scoping* foi crucial para a elaboração do protocolo de atuação e a criação deste documento orientador da prática juntamente com a sua divulgação à equipa de enfermagem através da sessão de formação, produziram as condições necessárias para a implementação do mesmo.

Como referido, apesar de criadas as condições para a implementação do protocolo, devido ao reduzido espaço temporal, a implementação deste aguarda aprovação por parte do CA da IH.

No entanto, para que seja possível a avaliação da implementação deste projeto, foram concebidos indicadores de avaliação. Assim, foi incluído no referido protocolo uma grelha de observação da abordagem à pessoa em crise convulsiva no serviço de urgência com o objetivo de avaliar o cumprimento do mesmo. A grelha é constituída por parâmetros definidos e, para que se considere que o protocolo é cumprido, tem de apresentar uma taxa de conformidade acima de 85%. Deste modo, ficou desde logo estipulado com o grupo de trabalho que seriam realizadas auditorias com uma periodicidade semestral e que estas ficariam a cargo de um dos elementos deste grupo, a enfermeira supervisora de estágio.

Apesar deste protocolo ainda não se encontrar formalmente aprovado, segundo a enfermeira supervisora tem sido colocado em execução pois, com o conhecimento do mesmo, a equipa de enfermagem mudou determinadas práticas que até então prestava passando a efetuar as intervenções de acordo com o protocolo.

Posto isto, consideramos que o desenvolvimento deste PIP permitiu o alcance do objetivo geral: melhorar a qualidade e a segurança da pessoa com crise convulsiva no SUMC, conscientes de que para avaliarmos com fiabilidade a implementação do PIP deverão ser monitorizados resultados através das auditorias.

3.6. DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

Por fim, a última etapa da Metodologia de Projeto é a divulgação de resultados, que consiste na disseminação dos resultados obtidos após a implementação de um projeto. Esta etapa adquire uma elevada importância na medida em que é nesta fase que se dá a conhecer à população em geral e a outras entidades a pertinência do projeto e o percurso percorrido na resolução de um determinado problema (Ruivo *et al.*, 2010).

A etapa da divulgação de resultados coadune desta forma com a etapa 6 do Modelo para a Mudança da PBE que considera a comunicação da mudança recomendada às “partes interessadas”, a implementação da nova prática, com recurso a indicadores de processo e de resultado para monitorização da mesma, e divulgação dos resultados (Larrabee, 2011).

A divulgação de resultados pode ser realizada de diversas formas, como reuniões informais, posters, artigos em revistas científicas ou elaboração de um relatório (Ruivo *et al.*, 2010; Larrabee, 2011).

Assim, no desenvolvimento deste PIP, consideramos como forma de disseminação de resultados a elaboração da revisão *scoping* e respetiva submissão em revista científica com vista a publicação de artigo, a realização de poster com o fluxograma para consulta rápida afixado no serviço para o qual o projeto foi desenvolvido e a realização da sessão de formação para partilhar com a equipa a evidência atual sobre a temática e dar a conhecer o protocolo de atuação criado.

A redação do presente relatório e posterior discussão pública pretende igualmente materializar a disseminação de resultados através da apresentação de todo o processo de desenvolvimento do projeto. Por fim, e sendo um dever do investigador, objetiva-se ainda a divulgação de todas as apresentações, publicações, resultados e relatórios de investigação ao Centro de Formação, Investigação e Conhecimento da IH.

Esperamos desta forma que a nossa participação na disseminação de informação demonstre que uma mudança da PBE pode ser recompensadora e motive outras pessoas a elaborar projetos e a prestar cuidados com base na PBE.

4. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A noção de competência é reconhecida, segundo a OE (2017b: 1) como “um conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação inicial de base e à experiência da ação adquiridas ao longo do tempo que sobressai em situações concretas de trabalho”. Deste modo, considera-se competência como “um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação” (OE, 2017b: 1).

O processo de aquisição e desenvolvimento de uma competência desenvolve-se, segundo Benner, ao longo do tempo e de forma gradual, passando por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito. Desta forma, o perito é aquele que “tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreendem directamente o problema sem se perderem com soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001: 54).

Nunes (2010: 8) corrobora com a mesma ideia defendendo que “o profissional é aquele que tem a competência, a autonomia e a responsabilidade de realizar actividades com formulação fundamentada de resultados esperados, numa situação complexa”.

Face à complexidade e à exigência técnica e científica que os cuidados de enfermagem assumem nos dias de hoje, os profissionais procuram cada vez mais a diferenciação e especialização (OE, 2019b).

O EE é aquele “(...) que detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem (...)”, demonstrando “(...) níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2017b: 1).

O presente Curso de Mestrado em Enfermagem, com área de especialização em EMC – PSC, prevê a aquisição e o desenvolvimento de competências de EE, quer as comuns quer as específicas desta área. Prevê ainda a aquisição de competências de Mestre em Enfermagem, sendo que, segundo o Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, republicado no Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, o grau mestre é conferido numa especialidade àqueles que demonstrem:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

- ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Presidência do Conselho de Ministros, 2018: 4162).

Segundo Benner (2001), o desenvolvimento de competências resulta da associação entre os conhecimentos teóricos e os saberes práticos, pelo que a prática clínica e sua análise reflexiva são o alicerce para o desenvolvimento de conhecimentos e competências do enfermeiro.

Deste modo, ao longo deste capítulo pretende-se realizar uma análise reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas de EE em EMC-PSC, assim como das competências inerentes à aquisição do grau de Mestre em Enfermagem, neste Curso de Mestrado, dando especial atenção ao EF. Neste contexto, é indispensável ter como base as competências explanadas no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019b), no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC (OE, 2018) e no documento de pedido de acreditação no novo ciclo de estudos à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (Universidade de Évora [UE], 2015).

De salientar que para a análise e reflexão deste processo será ainda tido em consideração as experiências vivenciadas ao longo do percurso profissional, sendo que 12 anos foram na prestação de cuidados de enfermagem à PSC, numa UCI, tendo por esse motivo obtido creditação à UC Estágio em Enfermagem à PSC, perante processo de reconhecimento e validação de competências.

Atendendo à correlação das competências comuns e específicas do EE em EMC-PSC com as competências de Mestre em Enfermagem, opta-se por abordá-las conjuntamente, sempre que seja coerente e apropriado.

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Para além das competências enunciadas para as diversas especialidades em enfermagem, todos os EE devem partilhar de um conjunto de competências comuns,

aplicáveis em todos os âmbitos de prestação de cuidados de saúde. Deste modo, a OE (2019b: 4745) define competências comuns como

competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, estas competências encontram-se estruturadas em quatro domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Para a aquisição e desenvolvimento destas competências foram desenvolvidas atividades e estratégias que iremos apresentar em seguida tendo por base cada um dos quatro domínios.

4.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

- 1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- 2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019b: 4745).

Estas competências coadunem com as competências de mestre:

- 3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
- 7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade (UE, 2015: 27).

Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (OE, 2015a: 95).

Tendo por base a definição da profissão de Enfermagem infere-se que esta é uma profissão de relação para com o outro. E, partindo da premissa que, tanto o enfermeiro, como a Pessoa alvo dos seus cuidados possuem quadros de valores e crenças, o enfermeiro deve distinguir-se pelo respeito pelo outro (Nunes, 2016).

Os enfermeiros declaram deste modo o compromisso de cuidado às pessoas, ao longo do ciclo vital, de forma a prestarem bem-estar e qualidade de vida às pessoas alvo dos seus

cuidados, tendo por base o estabelecimento de uma relação de ajuda alicerçada numa interação com a pessoa a cuidar. O exercício profissional desenvolve-se assim em relações estruturadas, assentes num compromisso de cuidado das pessoas, na regulação e na deontologia profissional (Nunes, 2016).

A deontologia é a formulação de um “dever ser profissional” e define-se, essencialmente, como um conjunto de normas referentes ao exercício profissional, alicerçadas nos princípios da moral e do direito, procurando definir as boas práticas (OE, 2015b).

A enfermagem tem a sua prática orientada pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE], criado no Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro, e pelo Código Deontológico de Enfermagem [CDE]. O CDE encontra-se inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, publicado no ano de 1998, sendo aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril e, posteriormente, alterado pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, especificamente no Capítulo VI - “Deontologia Profissional” (AR, 2015). Segundo a OE (2015a), o CDE consiste num conjunto de deveres articulados com os direitos da pessoa a quem se prestam cuidados e com as responsabilidades da profissão, sendo um pilar essencial para a prática dos enfermeiros.

Este Curso de Mestrado, nomeadamente os conteúdos programáticos abordados na UC Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem e o trabalho realizado na mesma UC sobre a decisão de não tentar reanimar, deu um contributo importante para o desenvolvimento das competências acima referidas. O escrutínio desses conteúdos, bem como a leitura complementar de documentos que regulamentam a profissão de Enfermagem e de documentos relativos aos direitos humanos tornaram-se determinantes, levando-nos a realizar uma análise reflexiva da nossa conduta profissional.

O REPE, no seu artigo 8.º, refere que os enfermeiros devem “adotar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015a: 97-98).

A responsabilidade, enunciada como um princípio orientador da prática de enfermagem, surge centrada nas decisões que o enfermeiro toma e nos atos que pratica (OE, 2015b). No nosso exercício profissional, enquanto enfermeiros, somos muitas vezes confrontados com problemas éticos e, quando estes ocorrem, devemos procurar a ação adequada para resolver o problema, de forma a tomar uma decisão eticamente correta para a pessoa em causa. O processo de tomada de decisão não é fácil mas sempre que participamos na construção da tomada de decisão, baseamo-nos nos princípios éticos e deontológicos que regem as boas práticas associadas aos cuidados de saúde.

Deste modo, consideramos que, no decurso do estágio, tal como estabelecido no artigos 97.º e 99.º do código deontológico da profissão, exercemos a profissão com conhecimentos científicos e técnicos adequados, respeitando a vida, a dignidade humana, a saúde e o bem-

estar da população, e que realizamos as intervenções de enfermagem tendo sempre como preocupação a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, estabelecendo uma relação profissional pautada pela igualdade, verdade, justiça e competência profissional (OE, 2015a).

Os princípios da liberdade e dignidade humana prendem-se com a autonomia, isto é, com a liberdade de fazer escolhas no que diz respeito à vida de cada um (OE, 2015b).

O artigo 105.º reforça a ideia do respeito pelo direito à autodeterminação, defendendo que o enfermeiro tem o dever de promover o direito da pessoa ao consentimento informado. Também a Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina determina, no seu artigo 5.º, que “qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido”. Defende ainda que a pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, assim como às suas consequências e riscos e que, a pessoa em questão pode revogar livremente o seu consentimento em qualquer momento (AR, 2001: 15). Ora esta situação em contexto de urgência nem sempre é fácil pois, muitas vezes, a pessoa está incapacitada para expressar a sua vontade ou prestar o seu consentimento. No contexto profissional em UCI e ao longo deste estágio, nomeadamente a nível da SE, deparamo-nos frequentemente com situações em que a PSC apresenta alteração do estado de consciência ou encontra-se sedada ou ventilada. Nessas situações a nossa prática foi baseada no artigo 8.º da Convenção que assume que “sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa” (AR, 2001: 15). Deste modo, sempre que a pessoa se encontrava incapacitada para manifestar o seu consentimento, pressupôs-se um consentimento presumido e a nossa conduta foi fundamentada no princípio da beneficência (Campos & Oliveira, 2017; OE, 2015b).

No entanto, e sendo um direito das pessoas ser “(...) informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação (...)” (AR, 2019: 56), sempre que possível foram dadas informações à pessoa e família, respeitando o artigo 105.º que declara o dever do enfermeiro em “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” (OE, 2015a: 84). Ainda que, em situações de emergência, essas informações não pudessem ser dadas no imediato pela necessidade de assegurar uma intervenção precisa, concreta e eficiente em tempo útil, houve sempre a preocupação de informar a família assim que a situação permitisse, respeitando os limites impostos pela área de competência da enfermagem. O envolvimento da família foi um cuidado presente ao longo de todo o estágio, tendo sido sempre dadas informações aos familiares/ cuidadores sobre a evolução da doença e necessidades que a pessoa poderia apresentar, uma vez que a família

deve ser vista “(...) ela própria como um todo, alvo dos cuidados ou considerada como unidade de cuidados e, aqui sim, destinatária da informação” (OE, 2015b: 73).

Contudo, a transmissão de informação foi também um dos dilemas com que nos deparámos durante o estágio, tendo merecido a nossa atenção. A título de exemplo, relatamos o caso de uma pessoa internada, em que foi diagnosticada uma neoplasia. A Senhora, que se encontrava consciente e orientada, afirmou que não queria que o filho, com quem tinha uma relação distante, soubesse do diagnóstico, o que suscitou alguma discordância entre os elementos da equipa. Mas, o dever de informar é ao doente e não à família pois “a informação sobre cada um a cada um pertence”, pelo que a informação à família deve ser facultada ou não, de acordo com a vontade expressa do doente (OE, 2015b: 73). O artigo 106.º, do dever do sigilo, reforça esta ideia pois, respeitando o direito da pessoa à confidencialidade, a pessoa “(...) deve decidir, sempre que possível, sobre aquilo que, da informação, pode ser partilhado” (OE, 2015b: 80).

No que se refere às informações à pessoa e família, também as UC Relação de Ajuda [RA] e EMC 1, presentes neste Curso de Mestrado, deram uma importante contribuição, nomeadamente nos princípios inerentes à relação de ajuda e na comunicação de más notícias.

Devido à estrutura física do SU deparamo-nos com algumas dificuldades na salvaguarda da privacidade e intimidade da pessoa pois, sendo este constituído na sua maioria por áreas em “*open space*”, coloca em causa o cumprimento do artigo 107.º do CDE. No entanto, consideramos que, através de estratégias como colocação de biombo e cortinas e a deslocação de camas para locais mais reservados, conseguimos respeitar e salvaguardar a privacidade e a intimidade da pessoa.

Também esta estrutura causa dificuldades no cumprimento do artigo 106.º, do dever de sigilo, pela proximidade com que as camas ou cadeirões se encontram, sendo um verdadeiro problema manter confidencial e partilhar a informação apenas com aqueles que estão implicados no plano terapêutico. Nesse sentido, foram também realizadas estratégias como a utilização de um tom baixo ou, sempre que possível, a realização da colheita de dados ou da partilha de informação num local mais afastado e calmo, conseguindo deste modo ultrapassar os obstáculos encontrados.

Acrescentar ainda que o desenvolvimento das competências referidas foi também expresso na elaboração do PIP, no qual foram respeitados os princípios éticos da investigação, remetendo o projeto para apreciação da comissão de ética, requerendo o consentimento informado, livre e esclarecido dos participantes e mantendo a confidencialidade de todos os dados obtidos.

Posto isto, consideramos ter adquirido e desenvolvido as competências que fazem parte deste domínio, bem como as competências de mestre em enfermagem.

4.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

- 1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- 2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria clínica;
- 3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019b: 4745).

Estas competências cruzam-se com as competências de mestre:

- 2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- 5 – Participa de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
- 6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
- 7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade (UE, 2015: 27).

A qualidade dos cuidados de saúde é uma das prioridades do SNS e, como anteriormente referido, a segurança está intimamente ligada à qualidade (MS, 2015).

A produção de linhas orientadoras de boas práticas de cuidados, sustentadas na evidência científica, constituem uma base estrutural para a melhoria contínua do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001).

A melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do doente exige envolvimento multidisciplinar e organizacional. Segundo Larrabee (2011), há fortes indícios de que a mudança bem sucedida para a PBE pode melhorar os resultados dos doentes, e de que a liderança, o comprometimento e o apoio das organizações contribuem para o sucesso da mudança para essa prática. Por esses motivos, a mesma autora defende que os líderes de enfermagem devem estar motivados para fornecer o apoio e os meios necessários a fim de permitir que os enfermeiros alcancem a PBE.

Para o desenvolvimento das competências mencionadas, consideramos que os conteúdos programáticos lecionados nas UC Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde e Gestão em Saúde e Governação Clínica se revestiram de grande importância, na medida em que foram abordadas temáticas pertinentes relativas à qualidade e à segurança dos cuidados. Como tal, procedemos à revisão desses conteúdos e de documentos que consideramos relevantes como o Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e o

Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em PSC, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 – 2020, o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 e o PNSD 2021-2026.

Para além disso, achamos ainda pertinente consultar e analisar documentos da IH e do SUMC onde decorreu o EF relativos a esta temática, como projetos de melhoria contínua da IH, normas e protocolos vigentes no SUMC.

Na análise destes documentos constatamos que um dos desafios estratégicos da IH é o investimento na eficiência e na qualidade da prestação de cuidados, no qual tem atividades planeadas para 2023-2025 como o desenvolvimento de uma política de qualidade e a densificação da aplicação de normas e protocolos clínicos.

Nesse contexto, face a uma necessidade identificada no serviço, foi desenvolvido um PIP, no qual foi criada uma proposta de protocolo de atuação, de forma a melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados à pessoa com crise convulsiva no SUMC. A elaboração deste protocolo foi baseada na melhor evidência científica, indo ao encontro a *guidelines* de prática clínica, que segundo Larrabee (2011: 95) são “documentos que apresentam recomendações para a prática baseadas em revisões sistemáticas das evidências disponíveis”. Para a pesquisa da melhor evidência, não podemos deixar de referir a importância da UC Investigação em Enfermagem.

Ainda na análise dos documentos, verificamos que a IH faz a monitorização de indicadores de qualidade, nomeadamente no que diz respeito a quedas, úlceras de pressão e imobilização dos doentes. Assim, no decorrer do EF procedemos à aplicação da escala de *Morse* para avaliação do risco de queda e da Escala de *Braden* para avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão a doentes internados na área de Decisão Clínica. Importante referir que, tendo por base o *score* apresentado nas escalas, foram adequadas as estratégias para diminuir o risco de quedas e úlceras de pressão, como a colocação de grades nas macas, a utilização de materiais e equipamentos para aliviar a pressão, o aumento da frequência dos posicionamentos, entre outras. Aplicamos também a escala de *Gugging Swallowing Screen* [GUSS] para avaliação da deglutição, como forma de prevenir a pneumonia associada à aspiração e, caso o doente apresentasse a deglutição comprometida, a alimentação ficava sempre a cargo do enfermeiro e eram instituídas outras medidas preventivas, como o uso de espessante. Durante o estágio, em alguns casos em que foi detetada disfagia grave, foi feita referenciação para a terapia da fala e realizada entubação nasogástrica para alimentar a pessoa com nutrição entérica, enquanto a alimentação oral estivesse contra-indicada. Deste modo, consideramos que as intervenções de enfermagem instituídas no sentido de prevenir quedas, úlceras de pressão e pneumonias de aspiração traduzem-se em ganhos de saúde, promovendo a satisfação da pessoa e prevenindo complicações.

De referir ainda que esta IH colabora com o projeto *Angels* e foi distinguida internacionalmente em programa de qualidade na área do AVC, tendo sido deste modo reconhecido o empenho de todos os profissionais que trabalham diariamente com os doentes com AVC e garantem a qualidade na prática dos cuidados. Ao longo do estágio, colaboramos com este projeto inúmeras vezes, predominantemente a nível da SE, tendo sido também identificado um caso na área de Decisão Clínica.

Ainda relativamente à segurança do doente, a identificação inequívoca do doente foi uma das nossas preocupações, realizando-a sempre antes de qualquer intervenção, tratamento ou informação. Em serviços como os de urgência existe uma elevada afluência de doentes e de profissionais envolvidos na prestação de cuidados, o que potencia a probabilidade de ocorrência de erros. Os erros na área do medicamento são uma realidade nestes serviços, pelo que sempre que encontramos práticas menos corretas como fármacos preparados sem identificação, reforçamos a importância da identificação e da dupla validação na administração dos mesmos. Estas problemáticas não são indiferentes à IH, encontrando-se estabelecidas normas e realizando-se auditorias ao cumprimento das mesmas.

Como forma de fortalecer uma cultura de segurança, na IH existe uma aplicação informática para notificação e gestão de incidentes de segurança do doente, materializado no PNSD 2021-2026, que permite a notificação voluntária e anónima dos mesmos (DGS, 2022). Durante o estágio tivemos a oportunidade de notificar alguns incidentes que podiam comprometer a segurança da pessoa, relativos a dispositivos/equipamentos médicos, nomeadamente uma sonda vesical que apresentava defeito e um monitor desfibrilhador, onde foi identificado um problema na desfibrilhação.

A comunicação constitui também um pilar fundamental para a segurança do doente, sendo essencial ao longo de todo o cuidado, mas apresentando um particular destaque em momentos em que existe transferência de responsabilidade ou passagem de informação entre os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde (MS, 2021; DGS, 2022). No SUMC encontra-se implementada a Norma n.º 001/2017 da DGS relativa à comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, pelo que a passagem de informação foi realizada sempre através da mnemónica ISBAR: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações).

No que diz respeito a infeções, procuramos manter medidas de prevenção e controlo da infeção, cumprindo sempre as normas de boas práticas. Neste âmbito, não podemos deixar de acrescentar a necessidade da leitura dos «feixes de intervenção» emanados pela DGS no período imediatamente antes e durante a realização do EF e a partilha dessa informação junto da equipa de enfermagem, de forma a reforçar as boas práticas.

Durante o estágio, colaboramos ainda na realização de auditorias clínicas, nomeadamente na auditoria do cumprimento do protocolo da VV AVC, o qual é da

responsabilidade da nossa enfermeira supervisora, na auditoria do carro de via aérea difícil, dos kits existentes na SE para a realização de procedimentos técnicos urgentes e dos kits de catástrofe.

Segundo a OE (2001: 7), “a qualidade exige reflexão sobre a prática”, pelo que, de forma a refletirmos sobre as nossas práticas, realizávamos no final dos turnos e sempre que se considerasse pertinente, momentos de reflexão com a enfermeira supervisora, no sentido de identificarmos práticas de qualidade e outras que pudessem colocar em causa a segurança da pessoa, identificando quais os aspetos a modificar.

Durante o estágio, ainda como forma de desenvolver o domínio da melhoria da qualidade, participamos no 2.º Congresso Internacional “Cuidado Centrado no Cliente e nos Padrões de Qualidade (Anexo II) e no Curso de formação profissional Governação Clínica e Segurança do Doente (Anexo III).

De acordo com o exposto, consideramos ter desenvolvido as competências comuns do enfermeiro especialista do domínio da melhoria da qualidade, assim como competências de mestre supracitadas.

4.1.3. Domínio da gestão de cuidados

- 1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- 2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019b: 4745).

Estas competências articulam-se com as competências de mestre:

- 1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.
- 7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (UE, 2015: 27).

As organizações de saúde exigem gestão e coordenação, sendo imprescindível, para isso, o desenvolvimento de líderes e a adoção de comportamentos de liderança. A resposta às exigências do ambiente laboral e a promoção de um ambiente organizacional positivo proporcionam motivação e satisfação, contribuindo para a procura de qualidade e segurança nos cuidados prestados (Fernandes *et al.*, 2021).

Também o REPE determina que “os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem” (OE, 2015a: 103).

Deste modo, o EE deve realizar “(...) a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” e adequar “(...) os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019b: 4748).

De forma a almejar as competências supramencionadas, procedemos à revisão dos conteúdos programáticos abordados na UC Gestão em Saúde e Governação Clínica e de bibliografia relativa à gestão de cuidados e tipos de liderança, de modo a mobilizar os conhecimentos adquiridos para o contexto da prática.

Ainda objetivando o alcance dessas competências, consideramos pertinente realizar um turno de observação, acompanhando as funções do enfermeiro que exerce funções de chefia no SUMC, uma vez que

sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros (OE, 2015c: 5949).

Neste contexto, foi possível observar a realização dos horários dos enfermeiros e assistentes operacionais e o ajuste do mesmo consoante as trocas e faltas, através de aplicação informática; a planificação da distribuição dos enfermeiros e assistentes operacionais pelas diferentes áreas de trabalho, tendo em atenção o equilíbrio na distribuição e a rotatividade dos elementos; a gestão dos recursos materiais, através do pedido de materiais de consumo clínico e de medicação, ao armazém e à farmácia da IH, respetivamente; e o parecer técnico de instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem, mais especificamente, de um termómetro auricular, através de aplicação informática.

Foi ainda possível colaborar com a equipa de gestão de altas, acompanhando as vagas existentes nos diferentes serviços hospitalares, as transferências de serviço intra-hospitalares e as transferências inter-hospitalares, com necessidade de acompanhamento de enfermagem; e observar a resolução de problemas e a gestão de conflitos dentro e fora da equipa pois, sendo os conflitos inevitáveis nos locais em que existam interações entre pessoas, depende dos líderes conseguir conduzir a situação (Martins *et al.*, 2020).

No decorrer do estágio, consideramos ainda fundamental observar as funções assumidas pelo enfermeiro responsável de equipa, fazendo uma análise das mesmas, uma vez que estas funções são atribuídas maioritariamente a EE “(...) enquanto profissional melhor preparado e com competências para a área de gestão” (OE, 2017c: 2). Como referido no primeiro capítulo deste relatório, alguns elementos que assumem a responsabilidade de chefia de equipa não são EE, mas são profissionais com uma vasta experiência e capazes de responder a situações

complexas, sendo vistos, de acordo com o modelo de aquisição de competências de Benner, como peritos (Benner, 2001).

Neste SUMC, os enfermeiros com função de responsável de equipa não asseguram um posto de trabalho mas supervisionam e gerem o trabalho de todas as áreas de trabalho, de forma a garantir o bom funcionamento do serviço. Deste modo, assumem uma posição de rotatividade, passando pelas diferentes áreas e prestando apoio aos elementos da equipa em situações mais complexas ou em áreas com maior carga de trabalho.

Embora a nossa enfermeira supervisora já assumisse anteriormente a função de responsável de equipa, neste momento, devido ao horário flexível, não assume essa função. Contudo, face à sua experiência e, por lhe ser reconhecida essa competência, realizamos reflexões conjuntas sobre essas funções. De qualquer forma, esta enfermeira supervisora, face aos seus conhecimentos e à longa experiência no serviço, era muitas vezes solicitada pelos seus pares para intervir em situações mais complexas, esclarecendo dúvidas e intervindo em processos de tomada de decisão.

Durante o estágio, disponibilizamos acessoria aos enfermeiros e restantes elementos da equipa e participamos nas decisões da equipa de saúde, demonstrando o nosso ponto de vista de forma fundamentada. Reconhecemos ainda situações que ultrapassavam a nossa área de atuação, pelo que efetuamos referência para outros profissionais de saúde devidamente qualificados. Nomeadamente, tivemos uma situação de uma pessoa com alta clínica mas que, quando abordamos os familiares, detetamos que seria um caso social, uma vez que a família referia não ter condições para o levar para casa. Deste modo, foi informado o médico assistente e referenciado para a assistente social.

Ainda no âmbito da gestão de cuidados, sempre que necessário e oportuno, realizou-se delegação de tarefas, transferindo determinada tarefa de enfermagem, escolhida em situação concreta, para um indivíduo competente. No entanto, todas as tarefas delegadas foram alvo de supervisão, orientação, avaliação e acompanhamento, até porque delegar tarefas não isenta quem delegou da responsabilidade, sendo o enfermeiro responsável “(...) pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega” (OE, 2007; OE, 2015b: 51).

Importa ainda referir que o desenvolvimento do PIP, apresentado no capítulo anterior, teve como objetivo melhorar a gestão dos cuidados prestados à pessoa com crise convulsiva no SUMC.

Face ao mencionado, consideramos que o estágio nos proporcionou momentos enriquecedores que favoreceram a análise e reflexão sobre a gestão dos cuidados, conduzindo ao alcance das competências deste domínio e de mestre acima descritas.

4.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

- 1 – Desenvolve o autoconhecimento e assertividade;
- 2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019b: 4745).

Estas competências articulam-se com as competências de mestre:

- 2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- 4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- 6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
- 7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade (UE, 2015: 27).

O enfermeiro, como pessoa do processo de cuidar, possui um quadro de valores, crenças e desejos da natureza individual, resultantes das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem (OE, 2001). Por isso, para exercer a profissão, os enfermeiros devem conhecer esses próprios valores, motivações e emoções, mas também os seus limites, crenças e aversões (Rispaill, 2003).

O autoconhecimento é indispensável à prática de enfermagem, interferindo no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Deste modo, a OE defende que o EE deve ter a capacidade de autoconhecimento, da dimensão de Si e da relação com o Outro (OE, 2019b).

Assim, e na procura da excelência do exercício profissional, o enfermeiro deve “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (OE, 2015a: 82).

Por vezes, essa análise não é uma tarefa fácil mas Phaneuf (2005: 177) alega que a auto-reflexão, a tomada de consciência das diversas estruturas da nossa personalidade e do seu funcionamento, e a retroacção pelos outros permite-nos descobrir bastante bem quem nós somos, como somos e o que precisaríamos de fazer para melhor nos actualizarmos.

Desta forma, a prática de enfermagem alicerçada na auto-reflexão apresenta grande importância ao nível da aprendizagem profissional, assumindo-se como premissa para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos e permitindo que estes se tornem autoconscientes e prestem melhores cuidados (Peixoto & Peixoto, 2016).

Neste âmbito, importa salientar a experiência profissional da estudante de dezassete anos, doze dos quais a prestar cuidados à PSC, numa UCI. Ao longo destes anos experienciamos diversas situações complexas que exigiram de nós momentos de reflexão, contribuindo para uma melhor gestão de sentimentos e emoções e para uma melhor relação tanto com a pessoa alvo dos cuidados e sua família, como também com os elementos da equipa multidisciplinar.

No contexto da prática, importa ainda referir que a UC EF teve um papel preponderante para o desenvolvimento de aprendizagens, uma vez que os ensinamentos clínicos constituem o contexto ideal para a transposição dos conhecimentos para a prática (Rua, 2012). A mudança de um serviço no qual prestamos cuidados para um SU exigiu uma adaptação a uma realidade muito diferente, pelo que diariamente realizávamos uma reflexão sobre as situações que nos marcavam de forma positiva e negativa, bem como da nossa conduta nessas situações. Muitas dessas situações diziam respeito a sentimentos de descontentamento e ansiedade das pessoas face aos tempos de espera para serem atendidas. Se por um lado era necessário, da nossa parte, uma gestão adequada de conflitos no sentido de acalmar a pessoa, demonstrando uma postura de empatia, compreensão e disponibilidade, por outro lado experimentávamos sentimentos de impotência por não conseguirmos chegar tão rápido como queríamos às necessidades das pessoas. Esses sentimentos foram expostos à nossa enfermeira supervisora que nos ajudou a gerir esses sentimentos, explicando que nem todas as situações que levam as pessoas a recorrer ao SU são situações graves, pelo que é fundamental a definição de prioridades, dando deste modo resposta a todas as necessidades das pessoas, mas de acordo com a sua gravidade.

Neste contexto, importa fazer referência ao contributo dos conteúdos lecionados na UC RA, no desenvolvimento de estratégias para gestão de sentimentos e emoções, assim como de técnicas de comunicação com a pessoa/ família. O trabalho desenvolvido nesta UC, baseado numa situação real, também se revelou fundamental no processo de aquisição e desenvolvimento da capacidade de auto-reflexão e autoconhecimento.

O desenvolvimento profissional surge, assim, de uma interação constante entre prática e os conhecimentos profissionais, sendo que o desenvolvimento pessoal e profissional implica “crescimento, mudança, melhoria, adequação, no que diz respeito ao próprio conhecimento e às atitudes no trabalho e para com o trabalho” (Bonito & Trindade, 2008: 352).

A OE “(...) considera a formação e o desenvolvimento profissional (...) um pilar fundamental e determinante para a melhoria contínua de qualidade do desempenho profissional e, conseqüentemente, dos serviços prestados” (OE, 2016: 1). Assim, o enfermeiro tem o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2015b).

Ao longo do estágio, procedemos tanto à revisão dos conteúdos abordados nas UC deste Curso de Mestrado, *guidelines* de prática clínica e normas de orientação clínica, como à pesquisa em bases de dados científicas. Estas revisões e pesquisas foram essenciais para que o nosso exercício profissional fosse fundamentado não só nos saberes decorrentes da experiência clínica e nos valores do doente, mas também na melhor evidência científica, exercendo deste modo uma PBE (Larrabee, 2011).

A elaboração do PIP proporcionou também o desenvolvimento de competências neste domínio, uma vez que o diagnóstico de uma necessidade existente no contexto clínico, conduziu a uma revisão de literatura, da qual resultou um protocolo de atuação, baseado na melhor e mais recente evidência científica. Por sua vez, a revisão *scoping* realizada foi estruturada em forma de artigo científico, almejando a sua publicação para disseminação de informação. Embora o artigo ainda não tenha sido publicado, encontra-se aceite, pelo que esta foi uma experiência nova e gratificante que aumenta “(...) o conhecimento e as habilidades profissionais” (Larrabee, 2011: 233). De salientar a importância da UC Investigação em Enfermagem na procura da melhor evidência científica e do rigor científico na elaboração do artigo.

A sessão de formação realizada no SUMC permitiu a divulgação dos resultados provenientes da evidência, contribuindo deste modo para “(...) a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros” do SUMC (OE, 2019b: 4749). Os conteúdos abordados na UC Formação e Supervisão em Enfermagem e o trabalho realizado nesta UC, no qual desenvolvemos um plano de prevenção tendo por base a metodologia de projeto, foram essenciais e muito úteis para o desenvolvimento deste PIP.

Por fim, reconhecendo a importância da formação profissional para o reforço da capacidade de resposta da enfermagem aos desafios emergentes e para um exercício profissional de excelência (OE, 2021), no decurso do nosso exercício profissional, participamos na formação em serviço como formanda, assistindo à maioria das formações apresentadas, e como formadora, apresentando pelo menos uma formação por ano tendo em conta as necessidades dos enfermeiros do serviço.

Também participamos em congressos e eventos formativos que consideramos relevantes para o nosso desenvolvimento profissional e realização pessoal, pelo que, durante o período em que decorreu o Curso de Mestrado, participamos, para além dos cursos de formação apresentados em cada domínio e competência específica, no: VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos (Anexo IV), 1.º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra [CHUC] (Anexo V) e 2.º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (Anexo VI).

De referir que no 1.º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do CHUC participamos com a apresentação de uma comunicação livre em formato e-poster, subordinado ao tema “Bioterrorismo: Uma Ameaça Real. Estamos Preparados?” (Anexo VII), cujo resumo foi aceite para publicação em formato *ebook* pela comissão organizadora deste congresso.

Perante esta análise, acreditamos ter alcançado as competências do domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais e as de mestre em enfermagem supramencionadas.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

As competências específicas são aquelas que resultam 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” (OE, 2019b: 4745).

O alvo do cuidado na área de especialização em Enfermagem à PSC é a pessoa cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cujos cuidados são altamente qualificados e prestados de forma contínua, como forma de resposta às necessidades afetadas, prevenindo complicações e limitando incapacidades, e tendo em vista a sua recuperação total (OE, 2018).

Para esta área de especialização foram definidas três competências específicas, nomeadamente, cuida da pessoa, família/cuidador que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe e maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos.

Posto isto, em seguida apresentaremos as principais atividades e estratégias desenvolvidas para o processo de aquisição e desenvolvimento de cada uma das competências específicas supramencionadas.

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

Esta competência concilia-se com as competências de mestre:

1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;

3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (UE, 2015: 27).

Face à complexidade das situações de saúde e das respostas necessárias à PSC, os cuidados de enfermagem à PSC e à sua família/cuidador

(...) exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (OE, 2018: 19363).

Cuidar da pessoa e da família que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma das competências especializadas do EE em EMC, pelo que o EE deve mobilizar os seus conhecimentos e habilidades para conseguir dar resposta à PSC e à sua família (OE, 2018).

Para Benner (2001), os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem. Neste âmbito, importa fazer novamente referência à experiência profissional da estudante na prestação de cuidados de enfermagem à PSC. Ao longo do percurso profissional em UCI experienciamos muitas situações complexas que nos proporcionaram conhecimentos nesta área, tendo sido por isso conferida a equivalência à UC Estágio em Enfermagem à PSC, como anteriormente referido.

Essas situações conduziram ao desenvolvimento de habilidades tanto na identificação e resposta a focos de instabilidade, como na execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica. Em termos técnicos, participamos na colocação, manutenção e remoção de cateter arterial, cateter venoso central, cateter de diálise; na interpretação da monitorização hemodinâmica invasiva (pressão arterial, pressão venosa central, variação de pressão de pulso, medição de débito cardíaco através de cateter PiCCO e cateter Swan-Ganz); na gestão de terapêutica vasopressora; na colocação e manutenção da via aérea avançada e difícil (entubação orotraqueal e traqueostomia percutânea); na gestão de ventilação mecânica invasiva e não-invasiva; na gestão de oxigenoterapia de alto fluxo; realização de gasometrias e interpretação das mesmas; e na implementação de técnicas de melhoria de oxigenação (posicionamento em decúbito ventral, recrutamento alveolar, aspiração de secreções). Colaboramos na realização de broncofibroscopia diagnóstica e terapêutica; na colocação e manutenção de terapias de substituição renal contínuas (com anticoagulação com citrato e

heparina e sem anticoagulação); no transporte do doente crítico intra e inter-hospitalar; e nos cuidados ao potencial dador de órgãos e tecidos. Participamos ainda na avaliação e gestão de situações de sedação através da utilização da escala de *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) ou da monitorização do índice biespetral; nos cuidados específicos da curarização; na avaliação e gestão da dor; na realização de tratamento a feridas cirúrgicas complexas (cuidados à pessoa com laparotomia e terapias por pressão negativa); e na aplicação de protocolos específicos (desmame ventilatório e extubação, administração de insulina por via endovenosa, fibrinólise, normotermia terapêutica).

Contudo, e apesar da experiência na área da estudante, este Curso de Mestrado foi fundamental para o desenvolvimento desta competência. Destacamos a importância das UC Fisiopatologia e Intervenção em Enfermagem Especializada e EMC 2, que contribuíram para relembrar conhecimentos sobre processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica de diversos sistemas, sobre a fisiopatologia que envolve a PSC e a sua abordagem. A UC EMC 4 também deu grandes contributos, permitindo reciclar conhecimentos e habilidades em SAV e trauma, através da realização dos Cursos de Suporte Básico de Vida com Desfibrilhador Automático Externo (Anexo VIII), Suporte Avançado de Vida (Anexo IX) e *International Trauma Life Support* [ITLS] (Anexo X), certificados internacionalmente, e nos quais obtivemos avaliação positiva.

Salientamos ainda a importância da UC EF, que se revelou crucial neste processo de aquisição e desenvolvimento de competências, uma vez que a abordagem à PSC em ambiente de urgência era uma lacuna na formação da estudante. O SU constitui-se como um cenário assimétrico, complexo e desafiador para a prestação de cuidados pois a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos humanos e o *stress* conduzem a uma imprevisibilidade de acontecimentos (Souza *et al.*, 2017).

Deste modo, o estágio neste SUMC permitiu-nos experienciar situações complexas num ambiente com especificidades diferentes do contexto de trabalho em UCI. Como referido anteriormente, durante o estágio foram desempenhadas funções nas diferentes áreas do SUMC e, embora seja na SE que as pessoas com focos de instabilidade são admitidas, também nas outras áreas é necessário ter conhecimentos e habilidades para detetar precocemente esses focos de instabilidade. Importa referir que durante o estágio tivemos diversas situações em que necessitamos de realizar novas triagens das pessoas, uma vez que detetamos focos de instabilidade, e que, apesar de no momento da admissão não apresentarem critérios para admissão na SE, no decorrer do tempo de espera no SU agravaram a sua situação, necessitando de uma resposta pronta e rápida.

Como preconizado, a abordagem utilizada na PSC foi a metodologia ABCDE (do inglês *airway, breathing, circulation, disability, expose*), pois esta permite uma avaliação transversal da pessoa, procurando detetar e resolver condições com risco de vida de acordo com a

prioridade estabelecida pelo ABCDE, antes de prosseguir o processo de avaliação (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2020). A abordagem inicial à pessoa com intoxicação por organofosforados e à pessoa com trauma major, AVC, sépsis ou doença coronária, através da ativação das respetivas VV, foi bastante enriquecedora uma vez que estas abordagens não fazem parte do nosso contexto de trabalho em UCI. A leitura dos protocolos existentes no SUMC e a pesquisa da melhor evidência científica foi fundamental para uma correta abordagem a essas tipologias de doentes, contribuindo assim para uma PBE. Durante o estágio houve ainda oportunidade de assistir aos Cursos de formação sobre VV AVC, Sépsis, Coronária e Trauma (Anexos XI, XII, XIII e XIV), contribuindo para aumentar os nossos conhecimentos nessa área.

No decorrer do estágio tivemos ainda oportunidade de desenvolver competências no transporte intra-hospitalar da PSC, tanto pela necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico como pela necessidade de internamento num serviço com nível assistencial superior (OE, 2017d; Ordem dos Médicos [OM] & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI], 2023). Durante o transporte, o nível de cuidados não pode ser inferior ao verificado no serviço de origem, pelo que foram seguidas as recomendações da OM e SPCI em relação ao transporte de doentes críticos em vigor (OE, 2017d; OM & SPCI, 2008). Para todos os profissionais, mesmo para os que habitualmente tratam de doentes críticos, deve promover-se a formação específica em transporte desses doentes (OM & SPCI, 2023). Neste contexto, participamos no Curso de formação profissional Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico (Anexo XV), que embora seja mais direcionado para o transporte da PSC para outras instituições também aborda aspetos importantes inerentes a qualquer transporte do doente crítico.

De salientar ainda a importância do PIP desenvolvido para o cuidado da pessoa com crise convulsiva permitindo, através da criação de um protocolo de atuação suportado pela melhor evidência científica, a uniformização e a melhoria dos cuidados à pessoa com crise convulsiva no SUMC.

O cuidado à PSC exige também que o EE realize uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar, otimizando as respostas (OE, 2018).

A dor em doentes críticos é comum, seja pela patologia de base que motivou a vinda ao SU, seja pelos procedimentos invasivos realizados (Ferreira *et al.*, 2014). A dor não detetada e não tratada pode levar a diversas complicações, envolvendo os sistemas cardiovascular, pulmonar e neurológico (Urden *et al.*, 2017). É, por isso, imperioso

(...) valorizar a dor, tomá-la verdadeiramente como «5.º sinal vital», avaliar e respeitar a avaliação que o Outro faz quando pode (pois que a intensidade da dor é a que a pessoa diz que é) e a que enfermeiro realiza por ele, quando o próprio não pode” (Nunes, 2008: 8).

Neste sentido, durante o estágio, para a mensuração da intensidade da dor, utilizamos escalas validadas internacionalmente, adaptando-as a cada caso. Assim, sempre que as pessoas se encontravam conscientes e colaborantes utilizamos a escala visual analógica ou a escala numérica, registando a dor referida pelo doente e, quando as pessoas se encontravam submetidas a ventilação mecânica e incapazes de comunicar utilizamos a escala comportamental *Behavioural Pain Scale* [BPS] através da observação da expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória (OE, 2008; SPCI, 2008).

A gestão da dor representa um desafio universal e, sendo o controlo eficaz da dor “(...) um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde” (DGS, 2003: 1), no decorrer deste estágio, procuramos desenvolver competências nesta área. Deste modo, durante a prestação de cuidados e técnicas em que se previa a ocorrência de dor ou aquando a avaliação evidenciasse a sua presença, instituímos medidas farmacológicas e/ou não farmacológicas, com vista ao alívio da dor e promoção do conforto e bem-estar da pessoa.

A título de exemplo, recebemos na SE uma pessoa vítima de uma queda de cerca de 5 metros, com um escalpe e fraturas dos membros, que embora estivesse consciente e orientado, encontrava-se ansioso e muito queixoso. Através da administração de terapêutica analgésica, opióide e não opióide, e de medidas não farmacológicas, como o posicionamento, foi visível o alívio da dor. Após estabilização e controlo da dor, possibilitamos ainda a visita da esposa, contribuindo para diminuição da ansiedade tanto do doente, como da esposa.

A falta de conhecimento acerca da situação clínica e dos meios de tratamento são fatores geradores de stress, medo, incerteza e instabilidade emocional para a pessoa doente e para a sua família, traduzindo situações de crise.

O cuidar em enfermagem, para além das competências técnicas, centra-se sobretudo numa relação interpessoal estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa/família, mediante habilidades de interação e comunicação (OE, 2001; Pott *et al.*, 2013).

Para Phaneuf (2005: 23), “a comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas” e que se transmite “(...) de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes”.

A comunicação com a PSC representa um verdadeiro desafio, uma vez que a presença de dispositivos, como o tubo endotraqueal, e a terapêutica sedativa impedem a pessoa de comunicar. Sempre que possível, foram instituídos meios de comunicação alternativos, como a escrita, a mímica labial ou o uso de quadros com imagens/letras.

Durante o estágio houve sempre a preocupação de envolver a família no processo do cuidar permitindo, sempre que possível, a presença da família/pessoas significativas junto da pessoa doente e transmitindo informações sobre a situação clínica do doente. No

estabelecimento dessas relações interpessoais, procuramos desenvolver habilidades, tanto a nível da comunicação verbal, como a nível da comunicação não verbal, adequando a nossa linguagem e tom de voz, postura e atitudes corporais, e demonstrando disponibilidade, respeito e empatia.

Desenvolvemos ainda habilidades na comunicação de más notícias, uma vez que, no decorrer do estágio, inevitavelmente ocorreram situações em que tivemos a responsabilidade de transmitir más notícias. Esta é uma das problemáticas mais difíceis e complexas nas relações interpessoais entre o enfermeiro e a pessoa doente/família, uma vez que tem um impacto negativo na perspetiva de futuro de quem recebe a má notícia, com eventuais repercussões na dinâmica pessoal, familiar e social (Pereira, 2005; Sequeira, 2016). Apesar de não existir uma forma correta de comunicar uma má notícia, a utilização de protocolos pode ser facilitadora quer para o profissional de saúde quer para a pessoa/família, pelo que o conhecimento destes protocolos foi fundamental para o desenvolvimento desta competência (Santos, 2017). Neste contexto, as UC RA e EMC 1 deram um enorme contributo para o desenvolvimento de habilidades no estabelecimento da relação terapêutica e comunicação.

No que concerne à comunicação, o estabelecimento de uma comunicação eficaz é fundamental, não só nas relações terapêuticas com a pessoa e família, como também na troca de informações entre os profissionais de saúde. Nos momentos de transição de cuidados, tal como acima referido, foi utilizada a metodologia ISBAR tal como preconizado na Norma nº 001/2017 da DGS, por permitir a uniformização da comunicação entre profissionais de saúde e por recorrer a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações dos cuidados (DGS, 2017a).

Perante tudo o exposto, consideramos que alcançamos esta competência específica bem como as competências de mestre suprarreferidas.

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

Esta competência cruza-se com as competências de mestre:

- 1 – Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
- 3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
- 7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (UE, 2015: 27).

Para além de situações de emergência, os cuidados à PSC podem advir de situações de exceção e catástrofe, que colocam a pessoa em risco de vida.

No contexto atual em que vivemos, a possibilidade de ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes proporções é uma realidade (INEM, 2012).

Uma situação de exceção consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis. Já a catástrofe é definida pela Lei de bases da Proteção Civil – Decreto Lei Nº 27/2006, como um “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (OE, 2018: 19362-19363).

Neste contexto, é fundamental que as “(...) diversas entidades realizem, periodicamente, uma análise da sua situação, tendo em consideração a envolvente interna e externa, em constante mutação, planeando, de forma sistemática e integrada, uma resposta de emergência a dar em qualquer um dos cenários acima referidos (...)” (INEM, 2012: 11)

Os enfermeiros, como o maior grupo de profissionais de saúde comprometidos, desempenham papéis vitais quando ocorrem este tipo de situações, atuando na triagem, prestação de cuidados, coordenação e educação. No entanto, para que os sistemas de saúde e a prestação de cuidados de saúde em situações de exceção e/ou catástrofe sejam bem-sucedidos, os enfermeiros têm de desenvolver competências ou habilidades nesta área para responder de forma rápida e eficaz (ICN, 2019).

Assim, espera-se que perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, o EE seja capaz de atuar concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, preservando os vestígios de indícios de prática de crime (OE, 2018).

Para a aquisição e desenvolvimento desta competência salienta-se a importância dos conteúdos abordados na UC EMC 3 deste Curso de Mestrado e do trabalho desenvolvido nesta UC que consistiu na elaboração de um poster científico intitulado “Bioterrorismo: Uma Ameaça Real. Estamos Preparados?”.

A UC EF também nos deu contributos relevantes para o alcance desta competência, uma vez que tivemos a oportunidade de consultar documentos importantes da IH desta área. Como tal, procedemos à leitura do Plano de Emergência da IH, dos quais fazem parte o Plano de Emergência Externo e o Plano de Emergência Interno.

Para uma melhor compreensão desses planos, no decorrer do estágio, tivemos uma sessão com a EE do SUMC que integra a Comissão de Catástrofe da IH, que nos facultou uma explicação pormenorizada sobre a operacionalização dos Planos de Emergência referidos e nos apresentou o «Armário da Catástrofe», que se localiza no SUMC. Como

anteriormente referido, participamos na auditoria aos kits do «Armário da Catástrofe», permitindo-nos conhecer todo o material que faz parte dele e a sua correta utilização.

Esta IH realiza anualmente simulacros nesta área mas, devido ao contexto pandémico, desde 2018 que não é realizado nenhum exercício desde género. Na impossibilidade de realizar simulacros, e de forma a praticar procedimentos definidos nos planos, têm sido realizados exercícios de *tabletop*, que consistem em exercícios com cenários transmitidos de forma escrita e/ou verbal, que visam avaliar a eficácia de determinados procedimentos, no contexto da gestão de emergências que permitam identificar eventuais limitações (Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil [ANEPC], 2020). No entanto, segundo informação da EE responsável, a realização destes simulacros retorna já este ano.

Ainda objetivando o desenvolvimento de competências neste área, realizamos um estágio de observação num Centro Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro [CMPCOS] da região, uma vez que em casos de ocorrência ou perigo de ocorrência de situações de acidente grave ou catástrofe, é nesta instituição que são desenvolvidas operações de proteção civil em harmonia com os planos de emergência previamente elaborados, com a finalidade de prevenir riscos coletivos inerentes nestas situações, atenuar os seus efeitos e proteger e socorrer as pessoas e bens em perigo (INEM, 2012).

Durante este estágio, orientado pelo Coordenador Municipal de Proteção Civil e EE em EMC, tivemos a oportunidade de conhecer o Plano Municipal de Emergência, que define o modo de atuação dos vários organismos, serviços e estruturas a praticar em operações de proteção civil a nível municipal e antecipa cenários suscetíveis de desencadear um acidente grave ou catástrofe, definindo a estrutura organizacional e os procedimentos para preparar e aumentar a capacidade de resposta à emergência (ANEPC, s.d.). Tivemos ainda oportunidade de conhecer a dinâmica e as funções dos elementos do CMPCOP, bem como assistir a reuniões diárias nas quais é realizado um ponto de situação relativamente às condições meteorológicas e à existência ou perigo de ocorrência de incêndios, a nível distrital.

Participamos no exercício público de âmbito nacional de sensibilização para o risco sísmico denominado “A Terra Treme”, promovido pela ANEPC. Nesse sentido, acompanhamos o referido EE a uma escola para observar e testar o exercício realizado pelos alunos e funcionários da instituição, identificando aspetos suscetíveis de melhoria.

Tivemos ainda oportunidade de participar num *Live Exercise*, que são exercícios em que “(...) existe mobilização real dos meios e recursos envolvidos nas ações de resposta, numa linha de tempo também real ou simulada” de forma a que o cenário seja o mais próximo possível da realidade (ANEPC, 2020: 17). Este exercício, cujo cenário fictício replicou a ocorrência de um tornado, visou testar o Plano de Emergência e Proteção Civil da Região, no âmbito da resposta ao alojamento de emergência e apoio às populações face a um acidente

grave ou catástrofe, através da instalação de duas Zonas de Concentração e Apoio à População [ZCAP].

Segundo a ANEPC (2020), estes exercícios são um ótimo método para validar os conhecimentos obtidos na qualificação técnica e de treinar e testar os procedimentos previstos no Plano Municipal de Emergência, entre outros, pelo que consideramos que a experiência adquirida durante estes exercícios contribuíram para nos preparar para uma resposta pronta e eficaz a um acidente grave ou catástrofe.

De salientar ainda, nesta área, a experiência profissional da estudante face à situação de emergência global, declarada pela Organização Mundial de Saúde [OMS], provocada pela disseminação do coronavírus-19. Os anos de pandemia foram caracterizados pela adoção de medidas excecionais a nível global e nacional e a IH onde exercemos a nossa atividade profissional não foi exceção.

O aumento do número de casos e a gravidade dos mesmos, conduziu a um aumento do número de internamentos em UCI, pelo que houve necessidade de transformar a UCI onde exercemos funções numa UCI destinada unicamente à prestação de cuidados à PSC com SARS-CoV2. Este facto conduziu à necessidade de reajuste da IH, transformando outros serviços em UCI, e transferindo alguns dos enfermeiros do nosso serviço, considerados peritos no cuidado à PSC, para esses serviços com o intuito de integrar e liderar essas equipas de enfermagem. Deste modo, verificou-se a necessidade da equipa do nosso serviço ser reforçada por novos elementos, com menos experiência na área, pelo que colaboramos na integração desses elementos, disponibilizando acessoria quando necessário.

Por fim, o EE em EMC – PSC deve assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem, salvaguardando a preservação de vestígios e encaminhando estas situações para as entidades competentes (OE, 2018).

Embora não nos tenhamos deparado com nenhuma situação de violência no decurso do estágio, tivemos oportunidade de conhecer a existência da Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos [EPVA] que promove um trabalho importante na sensibilização dos profissionais de saúde para esta problemática e na sinalização e prevenção de casos de violência.

A revisão de conteúdos lecionados na EMC 3, bem como a leitura de documentos pertinentes nesta área, foi fundamental para a aquisição de conhecimentos. Durante o EF tivemos ainda possibilidade de conhecer o protocolo de atuação para situações de abuso sexual no adulto da IH, verificando-se que o mesmo se encontra desatualizado. Nesse sentido, foi proposto a atualização do mesmo mas, segundo informação do enfermeiro chefe, o mesmo já se encontra em revisão por três enfermeiras que desenvolveram uma formação em serviço sobre essa temática.

Face à análise efetuada, entendemos que atingimos esta competência bem como as competências de mestre mencionadas.

4.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de 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

Esta competência coadune com as competências de mestre em enfermagem:

- 1 – Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
- 3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
- 7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (UE, 2015: 27).

As Infeções Associadas a Cuidados de Saúde [IACS] e o aumento da Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos [RAM] são transversais a todos os sistemas de saúde, representando um problema de crescente importância à escala mundial (DGS, 2017b).

Todas as instituições de saúde devem estar particularmente sensibilizadas, uma vez que as IACS têm fortes implicações nos doentes, nas comunidades e nas unidades de saúde, aumentando a morbilidade e a mortalidade, prolongando o tempo de internamento e aumentando os custos em saúde (DGS, 2017b).

Deste modo, desde que a segurança do doente e a necessidade de cuidados de saúde de qualidade foram consideradas uma prioridade global, as IACS são uma das áreas major de segurança do doente (Saúde, 2022).

Nesse sentido, em Portugal, através do Despacho n.º 2902/2013, de 22 de fevereiro, procedeu-se à criação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos [PPCIRA], fundindo, assim, os anteriores programas nacionais de Controlo de Infeção e de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos. Em 2022, face à necessidade de reforçar a melhoria de múltiplos indicadores de saúde no âmbito deste Programa e no contexto mais global de implementação do PNSD 2021-2026, procedeu-se à atualização do PPCIRA, através do Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro, adaptando a sua estrutura aos desafios crescentes e emergentes. Este programa tem assim como objetivos a redução da incidência de IACS, a promoção do uso correto e responsável de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência adquirida a antimicrobianos (Saúde, 2022).

No que diz respeito, à PSC esta problemática assume uma particular importância pela maior prevalência de IACS. A maioria das IACS da PSC está associada ao uso de dispositivos invasivos, nomeadamente, tubos endotraqueais, cateteres vasculares e urinários, sendo uma proporção significativa evitável. Além disso, a carga de resistência antimicrobiana é elevada devido à gravidade da situação clínica da pessoa e à utilização frequente de antibióticos (*European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2019*)

Assim, considerando a complexidade das situações e a diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica para a manutenção da sua vida, o EE em EMC – PSC deve responder eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos (OE, 2018).

As estratégias para a prevenção e controlo de infeções implicam uma atualização permanente. Neste sentido, os conteúdos lecionados na UC EMC 5 e o trabalho desenvolvido nesta UC, no qual elaboramos um plano de prevenção e controlo de infeção, relativo à prevenção da pneumonia associada à intubação, proporcionaram-nos conhecimentos importantes neste âmbito.

No decorrer do EF, para além da revisão desses conteúdos, consideramos também relevante a revisão de documentos de referência nesta área, nomeadamente, as principais orientações emanadas pela OMS, pelo ECDC e pela DGS. Entre eles, realçamos particularmente a necessidade de rever os «feixes de intervenção» e norma de vigilância epidemiológica das resistências aos antimicrobianos, emitidos pela DGS, que foram alvo de atualização no período imediatamente antes e durante a realização do estágio no SUMC, de forma a realizar uma prática baseada na evidência científica mais recente e disseminá-la no seio da equipa de enfermagem.

A experiência profissional da estudante numa UCI também assume um contributo importante, uma vez que a nossa prestação de cuidados tem sido sempre assente no cumprimento das Precauções Básicas de Controlo de Infeção, das Precauções Baseadas na Via de Transmissão, dos «feixes de intervenção» da DGS e nas normas de prevenção e controlo da infeção por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina, *Enterobacteriaceas* Resistentes aos Carbapenemos e *Clostridioides Difficile*.

Os SU, como já foi anteriormente referido, são serviços com elevada afluência de doentes e elevada carga de trabalho, pelo que os profissionais de saúde, pela falta de tempo, tendem a descurar algumas medidas de prevenção e controlo de infeção, levando a riscos evitáveis. No entanto, ao longo do estágio, procuramos ter uma atitude proactiva, transpondo os nossos conhecimentos para a prática e desempenhando as nossas funções sempre com base nas boas práticas em prevenção e controlo de infeção, sensibilizando a equipa para a sua importância.

No decorrer do estágio, foi possível a realização de uma entrevista não estruturada com o elo de ligação à atualmente denominada Unidade Local [UL] do PPCIRA. A enfermeira elo de ligação é a pessoa do serviço, nomeada pelo enfermeiro chefe, que funciona como um membro dinamizador entre a UL PPCIRA e os elementos do serviço, promovendo formação e divulgando informação relevante nesta área. A enfermeira elo de ligação do SUMC é também a enfermeira responsável pela campanha da Higiene das Mãos, realizando auditorias e monitorizando a aderência dos profissionais de saúde através do formulário de observação de Higiene das Mãos. Estas auditorias são realizadas anualmente, no entanto não coincidiram com o período em que decorreu o estágio. Os resultados são, posteriormente, revelados à equipa.

Ainda como forma de desenvolver competências nesta área, realizamos um estágio de observação na UL do PPCIRA, que nos permitiu consolidar conhecimentos e perceber a dinâmica e as funções do serviço. Estas UL asseguram o cumprimento dos programas de vigilância epidemiológica de IACS, de consumo de antimicrobianos e de resistências aos antimicrobianos, vigiando e notificando os microrganismos-problema e microrganismo-alerta (Saúde, 2022). Assim, ao longo do turno de observação foi possível perceber a articulação com o laboratório, que contacta este serviço sempre que estes microrganismos estão em crescimento em alguma amostra em cultura. Posteriormente, a UL PPCIRA contacta os serviços onde as pessoas colonizadas/infetadas por esses microrganismos estão alocadas de forma a garantir que são adotadas as medidas corretas para controlo da infeção. Os microrganismos-problema e os microrganismos-alerta identificados ficam registados na plataforma informática *Scĺnico*®, sendo emitido um alerta no processo do doente.

A UL PPCIRA garante assim o cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção e precauções baseadas nas vias de transmissão e garante ainda o cumprimento das normas e orientações da PPCIRA e DGS (Saúde, 2022). Conseguimos, deste modo, perceber como são realizadas as auditorias da higiene das mãos, a vigilância epidemiológica da infeção nosocomial da corrente sanguínea e da infeção do local cirúrgico, embora esta última não se encontre bem implementada por falta de colaboração médica.

Esta UL tem ainda como missão promover a aquisição de conhecimento pelos profissionais de saúde nesta área, pelo que os elementos que a compõem realizam formações para enfermeiros, médicos e assistentes operacionais, e ainda fornecem consultoria sempre que solicitados.

Por fim, este estágio de observação permitiu-nos conhecer o Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica [PAPA] implementado, que tem como finalidade a otimização da terapêutica antimicrobiana, de forma a evitar a prescrição desnecessária e o prolongamento inadequado (Saúde, 2022).

Sendo a formação dos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados fundamental para uma a realização de boas práticas na prevenção e controlo de infeção, durante o estágio, participamos no Curso de formação profissional “Controlo de Infeção para Enfermeiros” (Anexo XVI).

Dado o descrito, acreditamos ter desenvolvido competências no âmbito da prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, bem como as competências de mestre acima mencionadas.

CONCLUSÃO

Este relatório espelha o percurso desenvolvido ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em EMC – PSC , com especial ênfase na UC EF, onde foram integrados todos os conteúdos abordados nas diversas UC que o precederam. Pela sua componente prática, o EF constituiu um momento enriquecedor, possibilitando a transposição de todos os conhecimentos adquiridos para o contexto prático, conduzindo à aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas de EE e de Mestre em Enfermagem.

A apreciação do contexto do SUMC permitiu conhecer as particularidades do serviço onde decorreu o EF e onde se desenvolveu o PIP, possibilitando a adequação das atividades e estratégias desenvolvidas ao contexto selecionado.

O PIP desenvolvido, baseado na Metodologia de Projeto e alicerçado no Modelo de Mudança para a PBE, permitiu a identificação de uma necessidade do SUMC, nomeadamente na abordagem da pessoa admitida com crise convulsiva ou com história recente de crise convulsiva. Face à necessidade identificada, foram desenvolvidas atividades e estratégias para que esta fosse colmatada. Em primeira instância, foi realizada uma revisão *scoping* para identificar as intervenções de enfermagem a instituir à pessoa com crise convulsiva no SU. Esta revisão mostrou ainda que as crises convulsivas necessitam de um protocolo e gestão adequados, uma vez que esta sistematização pode melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa com crise convulsiva. Nesse sentido, com base nos resultados, foi construído um protocolo de atuação. Após aprovação e validação dos representantes do serviço, a proposta de protocolo foi divulgada à equipa de enfermagem através de uma sessão de formação, permitindo fomentar o conhecimento à equipa através da melhor e mais recente evidência científica sobre esta temática.

Como principais limitações, apontamos o limite cronológico estabelecido para a implementação do PIP, uma vez que aguardando aprovação por parte do CA da IH, não foi possível avaliar a adesão dos profissionais ao protocolo nem os resultados do mesmo para as pessoas admitidas com crise convulsiva ou história recente de crise convulsiva. Contudo, esperamos que seja dada continuidade ao projeto e que a implementação do protocolo seja monitorizada através da observação de parâmetros definidos da grelha de observação desenvolvida, para que seja possível avaliar mudanças na prática.

Almejamos ainda que este projeto sirva de incentivo para o desenvolvimento de outros projetos e que, futuramente, tenhamos oportunidades de desenvolver novos projetos de melhoria nesta área de especialização.

A descrição das atividades e estratégias desenvolvidas durante o EF, através de uma análise crítico-reflexiva e fundamentada, permitiu-nos desenvolver a nossa capacidade de reflexão crítica, julgamento clínico e tomada de decisão, contribuindo para o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas de EE em EMC – PSC e de Mestre em Enfermagem.

Consideramos assim ter alcançado os objetivos delineados para o presente relatório que, após discussão em provas públicas, encerrará o capítulo deste percurso formativo.

No entanto, acreditamos que este não é o fim, mas sim o início da busca de uma prática de excelência, baseada na evidência científica e nos referenciais éticos e deontológicos, tendo em vista a promoção da melhoria dos cuidados de saúde e do desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). Recomendações técnicas para a sala de emergência. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2023). Monitorização Mensal de Hospitais - Produção e Rácios de Eficiência: Urgências. https://benchmarking-acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficUrgenciaDashboard
- ALERT ADW. (2023). Análise estatística à Triagem de Manchester.
- Alligood, M. R. (2018). *Nursing theorists and their work* (9ª ed.). Elsevier
- Assembleia da República. (2001). Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001: Aprova, para ratificação, a convenção para a protecção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina: convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina. Diário Da República: I Série-A, 14– 36. <https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-assembleia-republica/1-2001-235128>
- Assembleia da República. (2005). Constituição Da República Portuguesa VII Revisão Constitucional. <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>
- Assembleia da República. (2015). Lei n.º 156/2015. Diário Da República: I Série, 8059 – 8105. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Assembleia da República. (2019). Lei n.º 95/2019: Aprova a Lei de Bases da Saúde. Diário Da República: I Série, n.º 169. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil. (2020). Instalação e Gestão de Zonas de Concentração e Apoio à População – Manual Técnico (1.ª ed.). <http://www.prociv.pt/bk/Documents/documentos%20associados%20a%20noticias/M anual%20ZCAP.pdf>
- Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil. (s.d.). Planos Municipais De Emergência: Perguntas E Respostas. http://www.prociv.pt/bk/RISCOSPREV/Documents/Perguntas_Frequentes_Planos.pdf

- Bank, A., & Bazil, C. (2019). Emergency management of epilepsy and seizures. *Seminars in neurology*, 39 (1). 73-81. Thieme Medical Publishers. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1677008>
- Benner: (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Bonito, J., & Trindade, V. (2008). Desenvolvimento profissional e formação de professores. In P. Callapez, R. Rocha, J. Marques, L. Cunha & P. Dinis. (Eds.), *A Terra: conflitos e ordem* (pp. 351-360). MMGUC.
- British Medical Journal. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372: n71, 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Campos, A., & Oliveira, D. R. (2017). A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*, 115, 13-45. DOI: 10.9732/P.0034-7191.2017V115P13
- Carvalho, J., Martins, M., Pereira, C., Robalo, C., Carrilho, I., & Monteiro, J. (2020). Abordagem ao Estado de Mal Convulsivo em Idade Pediátrica. *Sinapse*, 20 (2), 113-120. <http://doi.org/10.46531/sinapse/AR/200014/2020>
- Conselho de Administração. (2022a). Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde: 2021. Centro Hospitalar Universitário do Algarve. <https://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2022/11/Relatorio-sobre-o-acesso-a-cuidados-de-saude.pdf>
- Conselho de Administração. (2022b). Plano de Atividades e Orçamento: 2023-2025. Centro Hospitalar Universitário do Algarve. <https://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2022/12/2023-25-CHUA-PAO-CA.pdf>
- Dias, J. M. (2004). *Formadores: Que Desempenho?*. Lusociência
- Direção Geral de Saúde. (2003). Circular Normativa n.º 09/DGCG: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.asp>

- Direção-Geral da Saúde (2017b). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção Geral de Saúde. (2018). Norma n.º 002/2018: Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2022). Documento técnico para a implementação do plano nacional para a segurança dos doentes 2021-2026. Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Drislane, F. (2022). *Convulsive status epilepticus in adults: Management*. <https://www.uptodate.com/contents/convulsive-status-epilepticus-in-adults-management?csi=d9227763-78a8-4278-8193-a2a4909139cf&source=contentShare>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2019) Healthcare-associated infections in intensive care units – Annual Epidemiological Report for 2017. <https://www.ecdc.europa.eu/en/healthcare-associated-infections-acquired-intensive-care-units>
- Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (3.^a ed). F. A. Davis Company. https://books.google.pt/books?id=pdE-AAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Fernandes, V., Contente, C., Aljustrel Guerreiro, I., José, H., Gouveia, M. J., & Henriques, F. (2021). Liderança e satisfação na equipa de enfermagem: revisão narrativa. *Gestão e Desenvolvimento*, 29, 465-482. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2021.10226>
- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A. P., & Freitas: (2014). Dor e analgesia em doente crítico. *Revista Clínica Hospital Prof Dr. Fernando Fonseca*, 2(2), 17–20. <https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1383/1/95-213-1-SM.pdf>
- Ferrito, C. (2010). Editorial. In M. Ruivo, C. Ferrito & L. Nunes (Eds), *Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de Etapas*. (p.2). http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

- Fisher, R., Cross, J., French, J., Higurashi, N., Hirsch, E., Jansen, F., Lagae, L., Moshé, S., Peltola, J., Perez, E., Scheffer, I. & Zuberi, S. (2017). Classificação Operacional das Crises da ILAE: Artigo de Consenso da Comissão da ILAE para a Classificação e Terminologia. *Epilepsia*, 58 (4), 522-530. <http://doi.org/10.1111/epi.13670>
- Glauser, T., Shinnar, S., Gloss, D., Alldredge, B., Arya, R., Bainbridge, J., Bare, M., Bleck, T., Dodson, W. E, Garrity, L., Jagoda, A., Lowenstein, D., Pellock, J., Riviello, J., Sloan, E., & Treiman, D. M. (2016). Evidence-Based Guideline: Treatment of Convulsive Status Epilepticus in Children and Adults: Report of the Guideline Committee of the American Epilepsy Society. *Epilepsy Curr.*, 16 (1), 48-61. <https://doi.org/10.5698/1535-7597-16.1.48>
- Grupo Português de Triagem. (2013). *Cor Branca na Triagem*. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/01/Documentação-MTS-Critérios-Cor-Branca.pdf>
- Harris, L., & Angus-Leppan, H. (2020). Epilepsy: diagnosis, classification and management. *Medicine*, 48(8), 522-528. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.05.001>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situação de Exceção - Manual TAS* (1ª ed.). <http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situação-de-Exceção.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Instituto Nacional de Emergência Médica e Departamento de Formação em Emergência Médica. Versão 2.0 – 1.ª ed. 2020. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
- Internacional Council of Nurses. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf
- International Council of Nurses. (2019). *Core competencies in disaster nursing*. Versão 2.0. International Council of Nurses. https://www.icn.ch/system/files/2021-07/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf
- Larrabee, J. H. (2011). *Nurse to Nurse: Prática Baseada em Evidências em Enfermagem*. AMGH.
- Mão-de-Ferro, A. (1999). *Na Rota da Pedagogia*. Edições Colibri.

- Martins, M. M., Trindade, L. D. L., Vandresen, L., Amestoy, S. C., Prata, A. P., & Vilela, C. (2020). Estratégias de gestão de conflitos utilizadas por enfermeiros gestores portugueses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190294>
- Miguel, A. (2019). *Gestão Moderna de Projetos: Melhores Técnicas e práticas* (8ª ed.). FCA
- Ministério da Saúde. (2014). Despacho n.º 10319/2014. Diário da República: II Série, n.º 153, 20673-20678. <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Ministério da Saúde. (2015). Estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015-2020. Despacho n.º 5613/2015. Diário da República: II Série, n.º 102. <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Ministério da Saúde. (2019). Guia de elaboração: Escopo para protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (2.ª ed.). Brasília. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_elaboracao_protocolos_delimitacao_escopo_2ed.pdf
- Ministério da Saúde. (2021). Aprova o plano nacional para a segurança dos doentes 2021 - 2026 (PNSD 2021 -2026). Despacho n.º 9390/2021. Diário da República: II Série, n.º 187. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Moreira, F., & Ferreira, E. (2014). Teoria, Prática e Relação na Formação Inicial na Enfermagem e na Docência. *Educação, Sociedade e Culturas*, 41, 127-148. https://fpce.up.pt/ciie/sites/default/files/ESC41_F_Moreira_E_Ferreira.pdf
- Munn, Z., Pollock, D., Khalil, H., Alexander, L.; McInerney, , Godfrey, C. M., Peters, M., & Tricco, A. C. (2022). What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. *JBIM Evidence Synthesis*, 20(4), 950-952. <https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00483>
- National Institute for Health and care Excellence. (2022). Epilepsies in children, young people and adults. *NICE guideline*. 1-152. www.nice.org.uk/guidance/ng217
- Nunes, L. (2008). Prefácio In Ordem dos Enfermeiros, *Dor: Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos Ordem dos Enfermeiros* (pp. 7-8). Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

- Nunes, L. (2016). Regulação profissional: atos profissionais em debate. *Enfermagem em foco*. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19423/1/artigo-opinioao-revista-enfermagem-em-foco-2016.pdf>
- Nunes, L. (2018). *Para uma epistemologia de enfermagem* (2ª ed.). Lusodidacta.
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de enfermagem*. IPS, ESS, Departamento de Enfermagem. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos-eticos-investigacao-Enf-jun-2020.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Divulgar. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Delegação: Tomada de Posição. Parecer n.º 136/20017. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. Cadernos Ordem dos Enfermeiros. Série I (1). Lisboa, Portugal. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Deontologia profissional de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). Regulamento n.º 101/2015: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Diário da República: II Série — N.º 48 — 10 de

março de 2015.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Regulamento da formação profissional da Ordem dos Enfermeiros.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6153/regulamentoformacaoprofissionaloe.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2017a). Padrões de qualidade dos cuidados especializados 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. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017b). Parecer n.º 10/2017: Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência. Mesa do Colégio da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017c). Parecer Conjunto n.º 01/2017 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica: Atribuição de responsável de turno.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017d). Parecer n.º 9/2017: Transporte da pessoa em situação crítica. Mesa do Colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transporte_pessoasituacacritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018: 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, n.º 135. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Diário da República: II Série, n.º 184. <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República: II Série, n.º 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Regulamento n.º 656/2021: Regulamento de formação profissional da Ordem dos Enfermeiros, 173-191. <https://files.dre.pt/2s/2021/07/137000000/0017300191.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2022). Regulamento n.º 613/2022: Regulamento que define o ato do enfermeiro. Diário da República: II Série, n.º 131. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26825/regulamento_6132022.pdf

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações 2008*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações 2023*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-marc%CC%A7o-2023-final-II_CEMI_OM.pdf

Paris, M., & Reddy, U. (2021). Update on the management of status epilepticus. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 22 (2), 85-88. <http://doi.org/10.1016/j.mpaic.2020.12.005>

Pazzim, R., Lima, L., Baglie, S., Barbosa, F., & Miyoshi, E. (2021). Manejo Do Status Epilepticus Em Unidade De Terapia Intensiva: Estudo Retrospectivo Status Epilepticus Management In An Intensive Care Unit: A Retrospective Study. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical*, 35 (1), 6-11. <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>

Peixoto, T. A., & Peixoto, N. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(11), 121-131. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>

- Pereira, M. (2005). *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto: Contributos para a formação em enfermagem* [Dissertação de doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade do Porto]. Repositório aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/22906>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Pichler, M., & Hocker, S. (2017). Management of status epilepticus. *Handbook of Clinical Neurology*, 140, 131-151. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-63600-3.00009-X>
- Polit, B., Beck, C. T., & Hungler, R. (2001). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization* (5ª ed.). Lippincott Williams & Wilkins
- Pott, F., Stahlhoefer, T., Felix, J., & Meier, M. (2013). Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 66(2), 174– 179. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200004>
- Pranboon, S., Tiamkao, S., Chainirun, N., Sawanyawisuth, K., & Integrated Epilepsy Research Group. (2020). A fast-track care by a nursing case management concept improved status epilepticus outcomes. *Journal of Neuroscience Nursing*, 52(4), 200-204. <http://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000522>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018: Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, I Série, n.º 157, 4147 - 4182. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Ribeiro, O., Martins, M. M., & Tronchin, D. M. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV (14), 89-100. <https://doi.org/10.12707/RIV16086>
- Rispail, D. (2003). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar: uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Lusociência
- Rosswurm, M. A., & Larrabee, J. H. (1999). Model for Change to Evidence-Based Practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 31 (4), 317-322. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00510.x>
- Rua, M. (2012). A reflexão como estratégia de desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico. *Jornada de Innovación Educativa 2011*, 69. https://www.researchgate.net/publication/324759575_A_REFLEXAO_COMO_ESTR

TEGIA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS EM CONTEXTO DE E NSINO CLINICO

- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, n.º 15 (Janeiro-Março). http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sackett, D., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312, 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Santiago, D., Pedro, A., Sapeta, A., Franco, H., Bico, I., Ruivo, A., Costa, M., Marques, M., & Pereira, M. (2022). *Planeamento da Unidade Curricular*. https://moodle.ips.pt/2223/pluginfile.php/56833/mod_resource/content/1/Ficha%20UC%20Est%C3%A1gio%20Final%20e%20Orient.%20Gerais-6%C2%BAMEnf.pdf
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. *Revista Referência*, 11, 59-62. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2064&id_revista=5&id_edicao=10
- Santos: (2017). *Comunicação de más notícias em contexto de urgência: Práticas e dificuldades da equipa de saúde* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Leiria]. Repositório Institucional de Informação Científica do Instituto Politécnico de Leiria. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/3685>
- Saúde. (2022). Despacho n.º 10901/2022: Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. *Diário Da República: II Série*, n.º 174, 93-99. <https://files.dre.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>
- Schachter, S. (2022). *Evaluation and management of the first seizure in adults*. <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-the-first-seizure-in-adults?csi=a53db570-1db4-4d18-b5a4-30cd5158950c&source=contentShare>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda* (1ª ed.). Lidel
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Plano Nacional de Avaliação da Dor*. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Souza, J., Júnior, J. M., & Miranda, F. A. (2017). Stresse em serviço e os desafios para enfermeiros portugueses e brasileiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(12), 107-116. <https://doi.org/10.12707/RIV16064>

- Taylor, C., Tudur-Smith, C., Dixon, , Linehan, C., Gunko, A., Christensen, J., Pearson, M.; Tomson, T. & Marson, A. (2022). Care in Europe after presenting to the emergency department with a seizure; position paper and insights from the European Audit of Seizure Management in Hospitals. *European Journal of Neurology*, 29 (7), 1873-1884. <http://doi.org/10.1111/ene.15336>
- Trinka, E., Cock, H., Hesdorffer, D., Rossetti, A. O., Scheffer, I. E., Shinnar, S., ... Lowenstein, D. H. (2015). A definition and classification of status epilepticus—Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. *Epilepsia*, 56 (10), 1515-1523. <http://doi.org/10.1111/epi.13121>
- Universidade de Évora. (2015). CE/14/01772 — *Apresentação do pedido corrigido - Novo ciclo de estudos*. <https://www.ess.ips.pt/files/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20corrigido%20-%20Novo%20ciclo%20de%20estudos.pdf>
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2017). *Critical Care Nursing – Diagnosis and Management* (8th ed.). Elsevier. https://books.google.pt/books?id=VlglDgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O., & Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- World Health Organization. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- World Health Organization. (2023, fevereiro 9). *Epilepsy*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/epilepsy>

APÊNDICES

Apêndice I - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido e Questionário à equipa de enfermagem do SUMC

“ABORDAGEM À PESSOA COM CRISE CONVULSIVA EM CONTEXTO DE SERVIÇO DE URGÊNCIA”

Eu, Ana Isabel Clemente Correia, estudante do VI Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal, encontro-me a realizar o estágio final no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) do Centro Hospitalar Universitário.

No âmbito deste estágio, estou a desenvolver um projeto de intervenção profissional sobre a “Abordagem à pessoa com crise convulsiva em contexto de serviço de urgência”, sob supervisão da Enfermeria Especialista A.R.G. e orientação do Professor Doutor Adriano Pedro.

A realização deste projeto visa melhorar a qualidade e segurança da abordagem à pessoa em crise convulsiva no SUMC, através da formação da equipa de enfermagem e da elaboração de um protocolo de atuação na abordagem à pessoa com crise convulsiva.

No sentido de realizar uma caracterização sociodemográfica, profissional e académica da equipa de enfermagem, bem como validar a pertinência sobre o tema, solicito a vossa colaboração no preenchimento deste documento, que se encontra dividido em duas secções:

Secção 1 - Consentimento informado, livre e esclarecido;

Secção 2 - Questionário à equipa de enfermagem do SUMC.

O questionário é composto por questões fechadas de resposta individual e estima-se que o seu preenchimento não ultrapasse os 5 minutos.

A participação no estudo é voluntária, pelo que os participantes têm o direito em revogar o consentimento e abandonar o estudo em qualquer momento, sem quaisquer prejuízos.

Os dados obtidos serão usados unicamente para fins da investigação, garantindo-se a confidencialidade dos mesmos e o anonimato dos participantes.

Para qualquer esclarecimento ou informação adicional pode-me contactar através do endereço eletrónico:

anaiccorreia@hotmail.com

Grata pela sua atenção

Secção 1 – Consentimento informado, livre e esclarecido

Pede consentimento:

Ana Isabel Clemente Correia (Estudante n.º210531046)

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Declaro ter lido e compreendido o presente documento, assim como todas as informações que me foram transmitidas verbalmente. Compreendi as garantias de confidencialidade e protecção dos dados que me dizem respeito e que me foram asseguradas bem como a garantia de que os dados serão usados unicamente para fins da investigação.

Fui ainda informado(a) de ter total liberdade para, em qualquer momento, revogar o consentimento e desistir sem que seja necessário justificar a decisão e sem penalizações ou prejuízos.

Considerando-me esclarecido(a), declaro participar de livre vontade.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Secção 2 - Questionário à equipa de enfermagem do SUMC

Por favor, assinale com uma cruz (X):

Caracterização sociodemográfica, profissional e académica da equipa de enfermagem

1. Idade:

☐ 20– 30 anos ☐ 31 – 40 anos ☐ 41 – 50 anos ☐ >50 anos

2. Género:

☐ Masculino ☐ Feminino

3. Tempo de experiência profissional:

☐ 0– 2 anos ☐ 2 – 5 anos ☐ 5 – 10 anos ☐ >10 anos

4. Tempo de exercício profissional no SUMC:

☐ 0– 2 anos ☐ 2 – 5 anos ☐ 5 – 10 anos ☐ >10 anos

5. Habilitações académicas:

☐ Bacharelato ☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento

6. Categoria profissional:

☐ Enfermeiro ☐ Enfermeiro especialista

7. Se tem especialidade, assinale qual a sua especialidade:

- ☐ Enfermagem Médico-Cirúrgica
- ☐ Enfermagem de Reabilitação
- ☐ Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- ☐ Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- ☐ Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- ☐ Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Pertinência do Projeto de Intervenção Profissional

1. Durante a sua atividade profissional como enfermeiro no SUMC é comum deparar-se com pessoas com crises convulsivas?

☐ Sim

☐ Não

2. A abordagem à pessoa com crise convulsiva é geradora de sentimentos de ansiedade e stress?

☐ Sim

☐ Não

3. Considera pertinente a realização de formação em serviço sobre os cuidados na abordagem à pessoa com crise convulsiva?

☐ Sim

☐ Não

4. Considera benéfica a criação de um protocolo de atuação que oriente e uniformize os cuidados na abordagem à pessoa com crise convulsiva?

☐ Sim

☐ Não

5. Considera que a aquisição e consolidação de conhecimentos sobre crise convulsiva vai contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados?

☐ Sim

☐ Não

Obrigada pela sua colaboração

Apêndice II - Cronograma de Atividades

Apêndice 2 – Cronograma de atividades do projeto de intervenção profissional

Tempo Atividades	2022								2023			
	setembro		outubro		novembro		dezembro		janeiro		fevereiro	
	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
Reunião com o enfermeiro chefe do SUMC e enfermeira supervisora;												
Definição da problemática e das necessidades do SUMC;												
Reunião de tutoria com o Professor Orientador;												
Revisão <i>scoping</i> sobre o tema;												
Definição dos objetivos geral e específicos;												
Elaboração da Proposta de Projeto de Intervenção Profissional;												
Elaboração do questionário para aplicar à equipa de enfermagem do SUMC;												
Pedido de parecer ao Conselho de Administração e Comissão de Ética do CH;												
Criação de um grupo de trabalho;												
Aplicação do questionário à equipa de enfermagem do SUMC;												
Recolha dos questionários e tratamento de dados;												
Elaboração da proposta de protocolo de atuação;												

Reunião com o enfermeiro chefe do SUMC, com a enfermeira supervisora e com o Diretor do Serviço de urgência/Medicina Intensiva 2 no sentido de validar e, caso necessário, reformular a proposta de protocolo de atuação;													
Planeamento da sessão de formação;													
Divulgação da sessão de formação;													
Realização da sessão de formação;													
Apresentação da proposta de protocolo de atuação à equipa de enfermagem do SUMC;													
Apresentação da proposta de protocolo de atuação para aprovação do Conselho de Administração do CH;													
Realização de um póster com o protocolo de atuação;													
Elaboração e entrega de um artigo científico.													

Fonte: Elaboração própria

Apêndice III - Resumo da Revisão Scoping

Intervenções de enfermagem à pessoa com crise convulsiva no serviço de urgência: *scoping review*

Nursing interventions for people with seizures in the emergency department: *scoping review*

Intervenciones de enfermería para personas con convulsiones en el servicio de urgencias: *scoping review*

Resumo

Enquadramento: As crises convulsivas são um distúrbio no normal funcionamento cerebral, caracterizado por uma alteração da condução elétrica das células cerebrais. Qualquer crise pode prolongar-se, levando a estado de mal epilético. Os enfermeiros devem aprimorar os seus conhecimentos para prevenir complicações e realizar um tratamento adequado.

Objetivo: Mapear a evidência recente relativa às intervenções de enfermagem a instituir à pessoa com crise convulsiva no serviço de urgência.

Metodologia: Trata-se de uma revisão *scoping* conduzida pelo protocolo da *Joanna Briggs Institute*. Para a pesquisa utilizaram-se as plataformas EBSCOhost e b-on, com limitação temporal de estudos publicados entre os anos 2018 e 2022. A seleção baseou-se na aplicação de critérios de inclusão e exclusão, resultando num total de oito artigos.

Resultados: As intervenções de enfermagem incluem a segurança do doente; a distinção de crises; a avaliação e estabilização do doente através da metodologia ABCDE; interrupção da atividade convulsiva através de tratamento farmacológico, caso esta não cesse espontaneamente; e identificação e tratamento da causa subjacente.

Conclusão: Os enfermeiros têm um papel preponderante na assistência à pessoa com crise convulsiva, verificando-se a necessidade de um protocolo e gestão adequados. Os cuidados de enfermagem no serviço de urgência são preponderantes, uma vez que esta sistematização pode melhorar a qualidade da assistência à pessoa com crise convulsiva. Considera-se ainda pertinente o desenvolvimento de novos estudos, com maiores níveis de evidência, a fim de

contribuir para um maior conhecimento nesta área e melhorar os cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: convulsões; estado mal epilético; enfermagem; urgência.

Abstract

Background: Convulsive seizures are a disturbance in the normal functioning of the brain, characterized by a change in the electrical conduction of brain cells. Any crisis can be prolonged, leading to status epilepticus. Nurses must improve their knowledge to prevent complications and perform adequate treatment.

Objective: To map recent evidence regarding nursing interventions to be instituted for people with seizures in the emergency department.

Methodology: This is a scoping review conducted using the Joanna Briggs Institute protocol. For the research, the EBSCOhost and b-on platforms were used, with a temporal limitation of studies published between 2018 and 2022. The selection was based on the application of inclusion and exclusion criteria, resulting in a total of eight articles.

Results: Nursing interventions include patient safety; the distinction of crises; the evaluation and stabilization of the patient through the ABCDE methodology; interruption of the convulsive activity through pharmacological treatment, if it does not stop spontaneously; and identifying and treating the underlying cause.

Conclusion: Nurses have a preponderant role in assisting people with seizures, verifying the need for an adequate protocol and management. Nursing care in the emergency service is preponderant, since this systematization can improve the quality of care for people with seizures. It is also considered pertinent to develop new studies, with higher levels of evidence, in order to contribute to greater knowledge in this area and to improve nursing care.

Keywords: seizures; status epilepticus; nursing; urgency.

Resumen

Marco contextual: Las crisis convulsivas son una alteración en el funcionamiento normal del cerebro, caracterizadas por un cambio en la conducción eléctrica de las células cerebrales. Cualquier crisis puede prolongarse y conducir al estado epilético. Las enfermeras deben mejorar sus

conocimientos para prevenir complicaciones y realizar un tratamiento adecuado.

Objetivo: Mapear la evidencia reciente sobre las intervenciones de enfermería a ser instituidas para personas con convulsiones en el servicio de urgencias.

Metodología: Esta es una revisión de alcance realizada utilizando el protocolo del Instituto Joanna Briggs. Para la investigación se utilizaron las plataformas EBSCOhost y b-on, con limitación temporal de estudios publicados entre 2018 y 2022. La selección se basó en la aplicación de criterios de inclusión y exclusión, resultando un total de ocho artículos.

Resultados: Las intervenciones de enfermería incluyen seguridad del paciente; la distinción de crisis; la evaluación y estabilización del paciente mediante la metodología ABCDE; interrupción de la actividad convulsiva mediante tratamiento farmacológico, si no cesa espontáneamente; e identificar y tratar la causa subyacente.

Conclusión: Los enfermeros tienen un papel preponderante en la asistencia a las personas con convulsiones, verificando la necesidad de un adecuado protocolo y manejo. La atención de enfermería en el servicio de emergencia es preponderante, ya que esta sistematización puede mejorar la calidad de atención a las personas con convulsiones. También se considera pertinente desarrollar nuevos estudios, con mayores niveles de evidencia, para contribuir a un mayor conocimiento en esta área y mejorar la atención de enfermería.

Palabras clave: convulsiones; estado epiléptico; enfermería; urgencia.

Apêndice IV - Protocolo de atuação “Abordagem à Pessoa com Crise Convulsiva em Contexto de Serviço de Urgência”

	PROTOCOLO DE ATUAÇÃO	Nº Data: janeiro 2023	FOLHA 1/15
ASSUNTO:	ABORDAGEM À PESSOA COM CRISE CONVULSIVA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	ELABORADA POR:	
		VALIDADO POR:	janeiro 2023
DIVULGAÇÃO: Manual Hospitalar Quadro de referências - Protocolos		APROVADO POR :	Conselho de Administração do
ENTRADA EM VIGOR: Imediata			Em:
SUBSTITUI: Sem antecedentes			
PALAVRAS-CHAVE: Convulsões, estado mal epiléptico, serviço urgência		A REVER EM:	janeiro 2026

I – ENQUADRAMENTO

Segundo a *World Health Organization* (WHO) (2022), cerca de 10% da população em todo o Mundo tem pelo menos um episódio de convulsão durante a sua vida.

Cerca de 50 milhões de pessoas no Mundo sofrem de epilepsia, tornando-se assim num dos distúrbios neurológicos mais comuns. Estima-se ainda que 70% das pessoas com epilepsia poderiam não apresentar sintomas se devidamente diagnosticadas e tratadas (WHO, 2022).

As pessoas com história de convulsões tendem a ter risco acrescido de trauma, assim como problemas psicológicos uma vez que o medo, a discriminação e o estigma social cercam a epilepsia há centenas de anos, afetando a qualidade de vida dos doentes e as suas famílias (WHO, 2019).

Qualquer crise convulsiva pode prolongar-se conduzindo a estado de mal epiléptico (Fisher et al., 2017).

O estado de mal epiléptico é uma emergência neurológica grave, estando associado a morbilidade e mortalidade elevada (Pranboon et al., 2020).

O princípio terapêutico "tempo é cérebro" aplica-se não só para o Acidente Vascular Cerebral (AVC), mas também para o estado de mal epiléptico, uma vez que o seu prognóstico piora com o aumento da duração da crise convulsiva (Trinka & Kalviainen, 2017).

O tratamento, quando iniciado precocemente, é muito mais eficaz e apresenta melhores resultados. Contudo, os serviços especializados de neurologia nem sempre estão disponíveis como parte dos cuidados de emergência, podendo estar disponíveis apenas noutro hospital especializado (Taylor et al., 2022).

A criação de um documento de orientação é fundamental para que todos os hospitais utilizem a mesma abordagem multidisciplinar e promovam um encaminhamento adequado (Taylor et al., 2022). Atendendo às necessidades específicas do serviço de urgência para qual é desenhado este protocolo, são desenvolvidas orientações para a pessoa com convulsão ativa e pessoas com episódio de convulsão nas 6 horas anteriores à sua admissão.

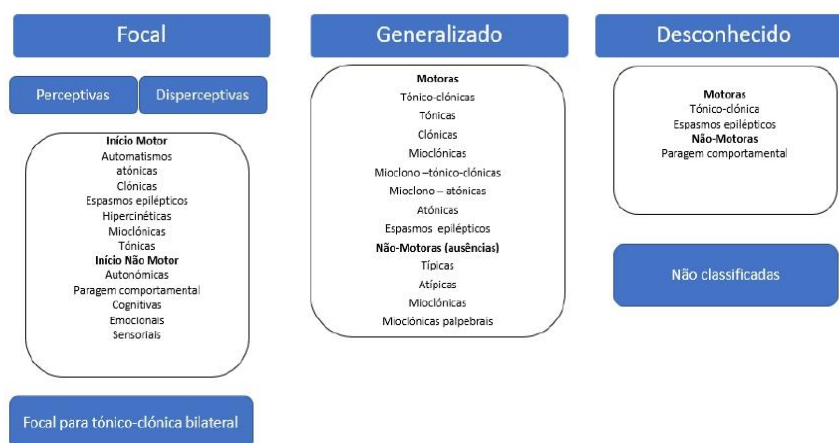
II – DEFINIÇÕES

As crises convulsivas são um distúrbio no normal funcionamento cerebral, caracterizado por uma alteração da condução elétrica das células cerebrais, podendo gerar um espectro de sintomas associados como breves lapsos de atenção ou espasmos musculares até convulsões graves e prolongadas (WHO, 2022).

ABORDAGEM À PESSOA COM CRISE CONVULSIVA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	Nº Data: janeiro 2023	FOLHA 2/15
---	--	-----------------------------

Essas alterações da condução elétrica podem ocorrer em diferentes partes do cérebro. As crises, tendo em conta o seu início, são divididas em focais, generalizadas ou de início desconhecido, com subcategorias: motoras e não motoras, caso exista ou não atividade motora (Fisher et al., 2017).

Figura 1 – Classificação dos tipos de Crise convulsiva



Fonte: Própria, adaptada de de International League Against Epilepsy (Fisher et al., 2017)

- Crises de início focal** – Quando a alteração da atividade elétrica envolve apenas uma região focal do cérebro. As manifestações clínicas das convulsões variam com base na localização e na quantidade de córtex envolvido. As crises focais podem ainda ser classificadas de acordo com a preservação ou alteração de estado de consciência.

- Crises focais perceptivas** (anteriormente chamadas de crises parciais simples) – Crises focais com preservação do estado de consciência. Uma convulsão que envolva o córtex occipital pode resultar em luzes a piscar, enquanto uma convulsão que envolva o córtex motor resultará em movimentos espasmódicos da face, braço ou perna do lado oposto ao córtex afectado. Uma convulsão que comece no córtex parietal pode provocar distorção da percepção espacial, enquanto que se atingir o córtex frontal pode causar dificuldades súbitas na fala.

O doente pode apresentar sintomas no início de uma convulsão denominados de aura. Estas são convulsões focais que afetam o cérebro o suficiente para causar sintomas, mas insuficientemente para interferir no estado de consciência.

- Crises focais disperceptivas** (anteriormente designadas convulsões parciais complexas) – Crises focais associadas a alteração do estado de consciência no início da crise ou à medida que esta progride. Os doentes podem permanecer acordados, mas sem contacto com o ambiente. Podem permanecer imóveis ou apresentar automatismos (comportamentos repetitivos). Geralmente duram menos de 3 minutos. A fase pós-ictal (pós convulsão) é caracterizada por sonolência, confusão e cefaleia (Schachter, 2022).

ABORDAGEM À PESSOA COM CRISE CONVULSIVA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA [REDACTED]	Nº Data: janeiro 2023	FOLHA 3/15
---	--	-----------------------------

2. **Crises de início generalizado** – Quando a alteração da atividade elétrica envolve ambos os hemisférios do cérebro simultaneamente.

2.1. Convulsões tónico-clónicas generalizadas (anteriormente denominadas de grande mal) - São o tipo mais comum de convulsões generalizadas. Neste tipo de convulsões ocorre perda abrupta do estado de consciência, por vezes associado a um grito. Este tipo de convulsões tem uma fase tónica, em que ocorre rigidez de todos os músculos, seguida de uma fase clónica, caracterizada por uma contração de todos os músculos. Durante esta fase clónica pode ocorrer mordedura da língua e pode ser visível a saída de secreções espumosas e sanguinolentas pela boca. Juntas estas fases demoram cerca de 2 a 3 minutos. A fase pós-ictal inicia-se quando os espasmos musculares terminam e é caracterizada por uma sonolência profunda, com um acordar gradual. A confusão ou agitação pós-ictal pode também ser comum.

2.2. Crises de ausência (anteriormente denominadas de pequeno mal) – Caracterizada por uma paragem do normal comportamento acompanhada por olhar fixo com expressão facial vazia e alteração da consciência. Geralmente duram 5 a 10 segundos.

2.3. Convulsões clónicas – Este tipo de convulsões causam contrações musculares rítmicas envolvendo geralmente braços, pescoço e face.

2.4. Convulsões mioclónicas – Caracterizadas por contrações musculares súbitas e breves, podendo ocorrer isoladamente ou em grupos de músculos. Geralmente, não existe alteração de estado de consciência.

2.5. Convulsões tónicas – Caracterizadas por rigidez muscular súbita, geralmente associado a alteração da consciência e queda.

2.6. Convulsões atónicas – Consiste na perda repentina do controle dos músculos, principalmente das pernas, resultando em queda e possíveis lesões (Schachter, 2022).

3. **Crises de início desconhecido** – São classificadas crises de início desconhecido quando faltam informações sobre o início. As crises de início desconhecido podem ser classificadas como motoras ou não motoras. Se houver informação mais tarde sobre as crises, essas crises podem ser reclassificadas como de início focal ou de início generalizado (Fisher et al., 2017).

A maioria das convulsões termina espontaneamente em 2 a 3 minutos. Contudo, qualquer crise pode prolongar-se, levando a estado de mal epilético do tipo de crise em questão (Fisher et al., 2017).

4. Estado de mal epilético

Qualquer atividade convulsiva contínua com duração superior a 5 minutos é definida como estado de mal epilético, uma vez que após essa duração, é improvável que a atividade convulsiva pare espontaneamente. Assim, a *International League Against Epilepsy (ILAE)* define o estado de mal epilético como uma condição que resulta da falha dos mecanismos responsáveis pelo término da convulsão ou do início de mecanismos que levam a crises anormalmente prolongadas (após o ponto t1). Esta condição pode ter consequências a longo prazo (após o ponto t2), incluindo morte neuronal, lesão neuronal e alteração das redes neuronais, dependendo do tipo e duração das convulsões (Trinka et al., 2015).

ABORDAGEM À PESSOA COM CRISE CONVULSIVA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	Nº Data: janeiro 2023	FOLHA 4/15
---	--------------------------------------	-----------------------

Desta forma, o ponto de tempo t1 determina o tempo em que o tratamento deve ser iniciado, devendo evitar-se que as convulsões persistam até t2, momento a partir do qual podem ocorrer danos neurológicos e consequências a longo prazo (Pazzim et al., 2021).

Nas crises tónico-clónicas generalizadas t1 corresponde a 5 minutos e t2 a 30 minutos enquanto que nas crises focais com alteração da consciência t1 corresponde a 10 minutos e t2 a mais que 60 minutos (Trinka et al., 2015).

O mal epilético refratário define-se pela presença de convulsões clínicas ou eletrográficas contínuas mesmo após a administração de uma terapêutica de primeira linha (benzodiazepinas) em dosagem adequada seguido por uma terapêutica de segunda linha (anticonvulsivantes). O estado de mal epilético super-refractário refere-se a crises contínuas ou intermitentes que persistam por mais de 24 horas depois da introdução de terapêutica de terceira linha (anestésicos) ou a recorrência de crises após a sua suspensão (Pichler & Hocker, 2017; Carvalho et al., 2020).

O estado de mal epilético pode conduzir a respostas sistémicas e cerebrais, que incluem:

Sistémicas

- Respiratório: Edema pulmonar neurogénico, pneumonia/pneumonia por aspiração, insuficiência respiratória hipoxémica;
- Cardiovascular: Hipertensão, hipotensão, choque, arritmias cardíacas, paragem cardíaca, cardiomiopatia induzida por stress;
- Musculoesquelético: Fraturas esqueléticas, luxações articulares, laceração da língua, rabdomiólise;
- Renal: Lesão renal aguda, hipercaliémia;
- Distúrbios do sistema autónomo: hipertermia, sudorese excessiva, vômitos, desidratação;
- Metabólico: Hiperglicémia, acidose (metabólica e/ou respiratória).

Cerebrais

- Edema cerebral e disfunção da barreira hematoencefálica, esclerose temporal, atrofia cerebral e epilepsia (Pichler & Hocker, 2017).

III – OBJECTIVOS

São objetivos do presente protocolo:

- Melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados à pessoa com crise convulsiva;
- Uniformizar os procedimentos na abordagem da pessoa com crise convulsiva no serviço de urgência;
- Prevenir complicações;
- Definir circuito dos doentes com crise convulsiva no serviço de urgência.

IV – INFORMAÇÕES GERAIS

A – QUEM EXECUTA

- O médico;
- O enfermeiro.

ABORDAGEM À PESSOA COM CRISE CONVULSIVA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA [REDACTED]	Nº Data: janeiro 2023	FOLHA 5/15
---	--	-----------------------------

B – HORÁRIO

- De acordo com a orientação do presente protocolo;
- Segundo prescrição médica.

C – ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO

1. Critérios de admissão da pessoa com crise convulsiva

1.1. Na sala de emergência:

- Admissão no serviço de urgência em crise convulsiva, em que a duração da crise é desconhecida;
- Não recuperação do estado de consciência entre crises convulsivas;
- Convulsões tónico-clónicas com duração superior a 5 minutos ou focais com alteração da consciência superior a 10 minutos;
- Convulsões refratárias à terapêutica de primeira linha.

1.2. Na área de decisão clínica:

- Convulsões tónico-clónicas com duração inferior a 5 minutos ou convulsões focais com alteração da consciência com duração inferior a 10 minutos;
- Doentes com história recente (nas 6 horas anteriores) de crise convulsiva.

2. Tratamento/ gestão

A gestão da crise convulsiva consiste em avaliar e estabilizar o doente, interromper de forma emergente a atividade convulsiva prevenindo lesões cerebrais, caso esta não cesse espontaneamente, e identificar e tratar a causa subjacente (Paris & Reddy, 2021; Drislane, 2022).

2.1. Avaliação e estabilização do doente

A estratégia inicial de tratamento segue a metodologia de avaliação segundo a mnemónica ABCDE:

- A (Airway) – Via aérea;
- B (Breathing) – Ventilação e respiração;
- C (Circulation) – Circulação;
- D (Disability) – Défice neurológico;
- E (Exposure) – Exposição e controlo da temperatura.

2.2. Tratamento farmacológico

A maioria das crises convulsivas cessa espontaneamente até 2 minutos, sem que a administração de uma benzodiazepina ou anticonvulsivante seja necessária.

A decisão de iniciar terapêutica anticonvulsiva após uma primeira convulsão depende de fatores como a causa e risco de convulsões recorrentes.

No entanto, nas crises convulsivas com duração superior a 5 a 10 minutos ou crises de repetição sem que a pessoa retorne à sua consciência de base, é necessário iniciar tratamento farmacológico.

ABORDAGEM À PESSOA COM CRISE CONVULSIVA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	Nº Data: janeiro 2023	FOLHA 6/15
---	--------------------------------------	-----------------------

Tratamento de 1ª Linha

Administrar benzodiazepina conforme recomendado e segundo prescrição médica:

- Se acesso venoso: diazepam EV 0,1 – 0,15 mg/Kg (Pode ser repetido 1 vez)
- Na ausência de acesso venoso: midazolam 10 mg IM para peso superior a 40 Kg e 5 mg para peso entre 13 a 40 kg (dose única) ou diazepam rectal 0,3-0,5 mg/kg

Não administrar diazepam IM. O diazepam pode ainda ser administrado em acesso intraósseo, na mesma dose EV.

Tratamento de 2ª Linha

Além das benzodiazepinas, é administrado uma terapêutica anticonvulsivante para prevenir a recorrência, mesmo que as convulsões tenham cessado com o tratamento com benzodiazepina.

Administrar anticonvulsivante conforme recomendado e segundo prescrição médica:

- Levetiracetam EV 40-60 mg/Kg (Máx. 4500mg), dose única, durante 15 minutos
- Fenitoína EV 15 – 20 mg/Kg (Máx. 30mg/Kg), dose única, durante 20 minutos
- Valproato de sódio EV 20-40 mg/Kg (Máx. 3000mg), dose única, durante 15 minutos

(Se não responder, considerar a introdução de outro anticonvulsivante de 2ª Linha alternativo)

Tratamento de 3ª Linha (idealmente com monitorização electroencefalograma contínua)

Administrar anestésicos conforme indicação médica:

- Propofol EV (dose de indução de 2 a 5 mg/kg e a dose de manutenção de 5 a 10 mg/kg/h)
- Midazolam EV (dose de indução de 0,2 mg/kg e uma dose de manutenção de 0,05 – 2 mg/kg/h)
- Fenobarbital EV (dose de indução de 10 mg/kg e uma dose de manutenção de 0,5 – 2 mg/kg/h)

2.3. Identificação e tratamento da causa

O objetivo principal na avaliação de uma convulsão é perceber se a crise convulsiva resultou de um processo sistémico com causa tratável ou de uma disfunção intrínseca do sistema nervoso central.

Convulsão sintomática aguda – Ocorre no momento de um dano sistémico ou tem uma estreita relação com um dano cerebral documentado. Em adultos, causas comuns podem ser AVC isquémico ou hemorrágico, Hematoma subdural, Hemorragia subaracnóidea, Trombose venosa cerebral, Lesão cerebral traumática ou meningite/encefalite. As convulsões sintomáticas agudas também podem ser causadas por doença médica aguda como distúrbios metabólicos (Hipoglicémia/hiperglicémia, Hiponatremia, Hipocalcémia, Hipomagnesemia, Uremia, Hipertiroidismo), ingestão ou abstinência de álcool ou drogas.

Convulsão não provocada – Refere-se a uma crise de etiologia desconhecida, bem como a crise convulsiva que ocorre em relação com uma lesão cerebral pré-existente ou distúrbio progressivo do sistema nervoso (convulsões sintomáticas remotas).

Epilepsia - Uma única crise convulsiva não significa epilepsia. A epilepsia é diagnosticada após duas crises não provocadas que ocorrem com mais de 24 horas de intervalo ou após um único evento que ocorre numa pessoa considerada com alto risco de recorrência (> 60% de risco num período de 10 anos).

ABORDAGEM À PESSOA COM CRISE CONVULSIVA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA [REDACTED]	Nº Data: janeiro 2023	FOLHA 7/15
---	--	-----------------------------

3. Diagnóstico

O diagnóstico da crise convulsiva é clínico, mas requer diagnóstico diferencial de outros eventos clínicos que podem imitar as convulsões. A avaliação clínica começa com a anamnese, no sentido de identificar as características da crise, a sua duração, existência de crises convulsivas anteriores e a presença de fatores desencadeantes (luzes intermitentes, música alta, stress, privação de sono).

O **electrocardiograma (ECG)** deve ser realizado em todos os doentes com perda de consciência, um pois a síncope cardiogénica pode manifestar-se como uma convulsão. O objetivo do ECG é identificar alterações do traçado cardíaco que sejam possíveis causas de síncope, como síndromes adquiridas ou congénitas de QT longo.

Para identificar uma potencial causa da crise convulsiva devem ser solicitados exames laboratoriais e de imagem.

Os **exames laboratoriais** devem incluir: glicose, eletrólitos séricos (sódio, potássio, cálcio e magnésio), ureia, creatinina, bicarbonato sérico, hemograma completo, tóxicos na urina, níveis séricos de toxinas específicas (teofilina ou lítio) e testes de função hepática.

Se o doente tiver um distúrbio convulsivo conhecido, devem ser solicitados níveis de drogas antiepiléticas.

Em mulheres em idade fértil, deve ser sempre realizado teste de gravidez.

A **tomografia computadorizada (TC)** de crânio é apropriada na maioria das situações para descartar uma hemorragia ou outra lesão e é mais facilmente obtida do que a ressonância magnética (RM) do cérebro. Apesar desta ser mais sensível para identificar malformações, pode ser difícil de obter e pode exigir sedação.

A **punção lombar** com avaliação do líquido cefalorraquidiano deve ser solicitada em doentes com suspeita de infeção ou doença auto imune do sistema nervoso central (meningite, encefalite). A punção lombar só pode ser realizada após realização de TC para excluir hipertensão intracraniana.

O **electroencefalograma (EEG)** urgente deve ser realizado para exclusão de estado de mal epilético não convulsivo quando o doente mantém estado pós-ictal alterado ou após início de anestésicos.

ABORDAGEM À PESSOA COM CRISE CONVULSIVA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	Nº Data: janeiro 2023	FOLHA 8/15
---	--	-----------------------------

V – EXECUÇÃO

INTERVENÇÕES	JUSTIFICAÇÃO
1 – Aplicar os critérios de admissão da pessoa com crise convulsiva na sala de emergência e decisão clínica; 2 – Manter doente sob vigilância de enfermagem; 3 – Providenciar medidas de proteção individual; 4 – Deitar o doente em maca, verificar se as grades da maca estão colocadas e seguras; Remover objetos que possam ferir o doente; Alocar o doente em local com pouco ruído/ luzes, quando possível; 5 – Elevar cabeceira ou colocar doente em decúbito lateral de segurança; 6 – Avaliar o doente segundo a mnemónica ABCDE: A – Via aérea - Avaliar a presença de sons respiratórios; - Inspeccionar a cavidade oral e remover corpos estranhos da via aérea; - Aspirar secreções, vômito ou sangue da via aérea; - Se necessário, aplicar manobras de permeabilização da via aérea: elevação do queixo; - Considerar adjuvantes básicos de permeabilização da via aérea: tubo nasofaríngeo ou orofaríngeo (se o doente apresentar rigidez da mandíbula não colocar orofaríngeo); - Antecipar a necessidade de intubação endotraqueal nas seguintes situações: - Convulsões tónico-clónica contínuas superiores a 5 minutos ou focais com alteração da consciência superiores a 10 minutos	Minimizar riscos. Promover segurança dos cuidados e dos doentes. Garantir a segurança dos profissionais de saúde e dos doentes. Proteger a pessoa em crise convulsiva do risco de traumatismos; Evitar fatores desencadeantes. Diminuir risco de aspiração. Identificar e corrigir precocemente alterações; Avaliar permeabilidade da via aérea; Diminuir risco de aspiração; Permeabilizar a via aérea; Prevenir complicações;

ABORDAGEM À PESSOA COM CRISE CONVULSIVA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA 	Nº Data: janeiro 2023	FOLHA 9/15
ou convulsões recorrentes sem retorno ao estado basal; - Entubar orotraquealmente todos os doentes com: - Ventilação inadequada; - Hipoxémia; - Convulsões contínuas superiores a 30 minutos; - Necessidade de proteção das vias aéreas. - Em situações específicas de trauma, aplicar protocolo de traumatismo do serviço; B – Ventilação e respiração: - Avaliar padrão respiratório: frequência, amplitude, ritmo; - Monitorizar saturação periférica de oxigénio; - Administrar oxigénio para manter saturações periféricas de 94-98% ou, no caso de doentes com insuficiência respiratória hipercápnica, 88-92%; - Em convulsões contínuas superiores a 5 minutos ou convulsões recorrentes sem retorno ao estado basal administrar oxigénio por alta concentração com recurso a máscara de Hudson; - Auscultar o tórax bilateralmente, se suspeita de aspiração ou trauma; - Realizar colheita de sangue para gasimetria arterial nos doentes com convulsões contínuas superiores a 5 minutos ou sem retorno ao estado basal; C – Circulação: - Avaliar pulso: frequência, ritmo e amplitude; - Avaliar tensão arterial; - Em convulsões contínuas superiores a 5 minutos ou convulsões recorrentes sem retorno ao estado basal monitorizar traçado cardíaco; - Avaliar perfusão de pele: cor, temperatura, humidade, tempo de preenchimento capilar; - Assegurar dois acessos venosos periféricos de grande calibre, assim que possível; - Realizar colheita de sangue para estudo de hemograma, bioquímica e coagulação;	Prevenir complicações; Proteger a coluna cervical. Identificar alterações no padrão respiratório; Identificar défice de oxigenação; Otimizar a oxigenação; Identificar alterações da ventilação; Verificar o equilíbrio ácido-base e oxigenação do sangue. Detetar alterações cardíacas/arritmias; Detetar sinais de hipoperfusão; Identificar potenciais causa da crise convulsiva.	

ABORDAGEM À PESSOA COM CRISE CONVULSIVA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA		Nº Data: janeiro 2023	FOLHA 10/15
D – Disfunção neurológica: - Avaliar o nível de consciência através da Escala de Comas de Glasgow; - Avaliar as pupilas: tamanho, simetria e resposta à luz; - Avaliar resposta motora e sensitiva nos 4 membros; - Avaliar glicémia capilar; - Em caso de hipoglicémia e suspeita de alcoolismo, administrar 4 fórmulas de glicose 30%, acompanhada por tiamina 100mg. E – Exposição e controlo de temperatura: - Expor a área corporal para verificar a presença de eventuais lesões associadas à convulsão; - Observar as características das crises convulsivas; - Avaliar temperatura corporal; - Manter normotermia; 7 – Administrar terapêutica conforme protocolo; 8 – Realizar colheita da história da convulsão: crises convulsivas anteriores, características da crise convulsiva, duração da convulsão, fatores desencadeantes; 9 – Colaborar na realização de exames complementares de diagnóstico como eletrocardiograma (ECG), radiografia de tórax, tomografia computadorizada craneo encefálica, punção lombar; 10 – Prestar apoio emocional à pessoa e família/ pessoas significativas do doente; 11 – Antecipar a necessidade de transferência intra-hospitalar ou inter-hospitalar do doente (Unidade de Cuidados Intensivos preferencialmente com monitorização por EEG contínua).		Despistar lesão neurológica; Despistar e tratar hipoglicémia. Identificar lesões significativas; Determinar a área do cérebro envolvida; Prevenir hipertermia. Parar convulsões. Obter informações relevantes para o diagnóstico/ tratamento. Identificar e tratar a causa subjacente. Reduzir a ansiedade de pessoa e familiares; Envolver a família nos cuidados. Promover a continuidade dos cuidados; Promover o tratamento definitivo adequado.	

ABORDAGEM À PESSOA COM CRISE CONVULSIVA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA [REDACTED]	Nº Data: janeiro 2023	FOLHA 11/15
---	--	------------------------------

VI – REGISTOS

Os registos deverão ser realizados na plataforma *Alert®* e deve constar as características da crise convulsiva, duração, fatores desencadeantes, estado de consciência pós-ictal, terapêutica administrada e exames realizados.

VII – MONITORIZAÇÃO

A implementação do presente protocolo deverá ser monitorizada semestralmente através da observação de parâmetros definidos no Apêndice 1. A Taxa de Conformidade é obtida através da seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de Conformidade (\%)} = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de parâmetros definidos aplicáveis}} \times 100$$

O protocolo é cumprido se atingir uma taxa de conformidade acima de 85%.

Qualquer exceção ao protocolo deve ser registada e fundamentada em processo clínico.

ABORDAGEM À PESSOA COM CRISE CONVULSIVA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA [REDACTED]	Nº Data: janeiro 2023	FOLHA 12/15
---	--	------------------------------

VIII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carvalho, J., Martins, M., Pereira, C., Robalo, C., Carrilho, I. &, Monteiro, J. (2020). Abordagem ao Estado de Mal Convulsivo em Idade Pediátrica. *Sinapse*. 20 (2), 113-120. DOI: 10.46531/sinapse/AR/200014/2020
- Drislane, F. (2022). Convulsive status epilepticus in adults: Management. Acedido a 20 de dezembro em <https://www.uptodate.com/contents/convulsive-status-epilepticus-in-adults-management?csi=d9227763-78a8-4278-8193-a2a4909139cf&source=contentShare>
- Fisher, R., Cross, J., French, J., Higurashi, N., Hirsch, E. , Jansen, F. , Lagae, L. , Moshé, S. , Peltola, J. , Perez, E., Scheffer, I. & Zuberi, S. (2017). Classificação Operacional das Crises da ILAE: Artigo de Consenso da Comissão da ILAE para a Classificação e Terminologia. *Epilepsia*, 58(4), 522-530. DOI:10.1111/epi.13670
- National Institute for Health and care Excellence. (2022). Epilepsies in children, young people and adults. NICE guideline. 1-152. Acedido a 30 de novembro em www.nice.org.uk/guidance/ng217
- Paris, M., & Reddy, U. (2021). Update on the management of status epilepticus. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 22 (2), 85-88. DOI: 10.1016/j.mpaic.2020.12.005
- Pazzim, R., Lima, L., Baglie, S., Barbosa, F. & Miyoshi, E. (2021). Manejo Do Status Epilepticus Em Unidade De Terapia Intensiva: Estudo Retrospectivo Status Epilepticus Management In An Intensive Care Unit: A Retrospective Study. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical*. 35 (1), 06-11. Acedido a 12 de outubro de 2022 em <http://www.mastereditora.com.br/bjsr>
- Pereira, M., Abreu, G., Silva, N., Duarte, K., & Nobre, J. (2020). Crise convulsiva: Cuidados de enfermagem ao paciente na urgência e emergência. *Revista Interdisciplinar em Violência e Saúde*, 3(1). Acedido a 12 de outubro de 2022 em <https://editoraverde.org/portal/revistas/index.php/revis/article/view/145>
- Pichler, M. & Hocker, S. (2017). Management of status epilepticus. *Handbook of Clinical Neurology* (140), 131-151. DOI: 10.1016/B978-0-444-63600-3.00009-X
- Pranboon, S., Tiamkao, S., Chainirun, N., Sawanyawisuth, K., & Integrated Epilepsy Research Group. (2020). A fast-track care by a nursing case management concept improved status epilepticus outcomes. *Journal of Neuroscience Nursing*, 52(4), 200-204. DOI: 10.1097/JNN.0000000000000522. Acedido a 12 de outubro em https://journals.lww.com/jnnonline/Abstract/2020/08000/A_Fast_Track_Care_by_a_Nursing_Case_Management.11.aspx
- Schachter, S. (2022). Evaluation and management of the first seizure in adults. Acedido a 20 de dezembro em <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-the-first-seizure-in-adults?csi=a53db570-1db4-4d18-b5a4-30cd5158950c&source=contentShare>

ABORDAGEM À PESSOA COM CRISE CONVULSIVA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA [REDACTED]	Nº Data: janeiro 2023	FOLHA 13/15
---	--------------------------------------	------------------------

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. (2021). O guia do internista 2021. Acedido a 12 de dezembro de 2022 em <https://www.spmi.pt/guia-do-jovem-internista/>

Taylor, C., Tudur-Smith, C., Dixon, P., Linehan, C., Gunko, A., Christensen, J., Pearson, M.; Tomson, T. & Marson, A. (2022). Care in Europe after presenting to the emergency department with a seizure; position paper and insights from the European Audit of Seizure Management in Hospitals. *European Journal of Neurology*, 29 (7), 1873-1884. DOI: 10.1111/ene.15336

Trinka, E., Cock, H., Hesdorffer, D., Rossetti, A. O., Scheffer, I. E., Shinnar, S., ... & Lowenstein, D. H. (2015). A definition and classification of status epilepticus—Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. *Epilepsia*. 56 (10), 1515-1523. Acedido a 12 de dezembro de 2022 em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26336950/>

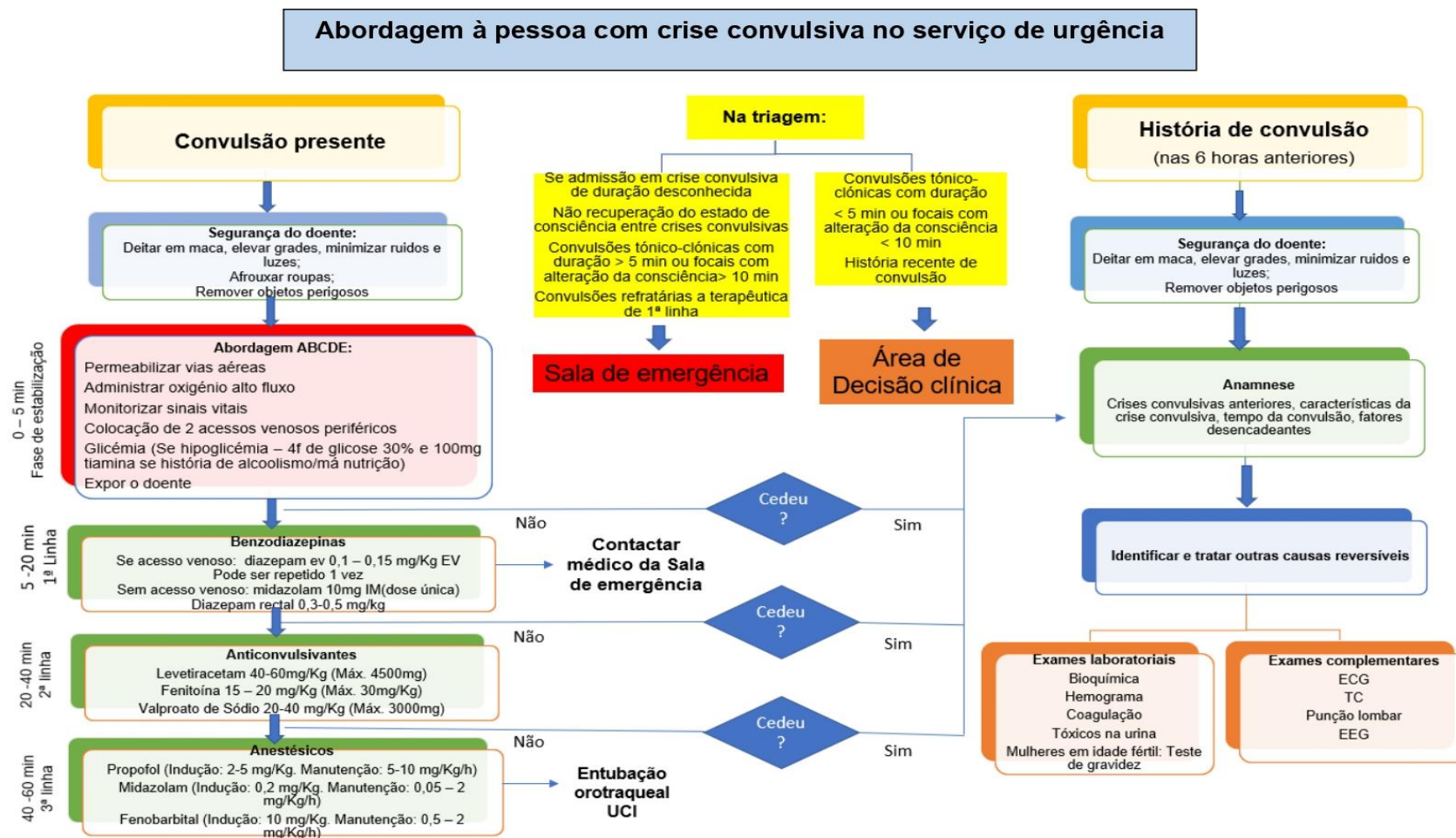
Trinka, E., & Kälviäinen, R. (2017). 25 years of advances in the definition, classification and treatment of status epilepticus. *Seizure*, 44, 65-73. DOI: [10.1016/j.seizure.2016.11.001](https://doi.org/10.1016/j.seizure.2016.11.001) Acedido a 12 de dezembro de 2022 em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27890484/>

World Health Organization. (2022). Epilepsy. Acedido a 12 de dezembro de 2022 em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>

ABORDAGEM À PESSOA COM CRISE CONVULSIVA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	Nº Data: janeiro 2023	FOLHA 14/15
---	--	------------------------------

APÊNDICE 1 – Grelha de observação da abordagem à pessoa em crise convulsiva no serviço de urgência

Parâmetros Avaliados	Sim	Não	Sim, em parte
1. Foram realizados cuidados de segurança da pessoa com crise convulsiva de forma a evitar traumatismos?			
2. A pessoa com crise convulsiva foi estabilizada segundo abordagem que incluiu:			
2.1. Manutenção da via aérea?			
2.2. Avaliação e otimização da ventilação?			
2.3. Avaliação da circulação?			
2.4. Avaliação da disfunção neurológica?			
2.5. Exposição e controlo da temperatura?			
3. O tratamento farmacológico foi administrado respeitando o tratamento de primeira, segunda e terceira linha?			
4. Foram solicitadas e realizadas as análises laboratoriais necessárias?			
5. Foram solicitados e realizados os exames complementares de diagnóstico relevantes?			
6. Foi prestado apoio emocional e dadas informações a familiares/pessoas significativas?			
7. Foi feito contacto com equipa de cuidados intensivos para eventual transferência da pessoa caso esta não tenha cedido a tratamento farmacológico de segunda linha?			



Apêndice V - Cartaz informativo para divulgação da Sessão de Formação

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Tema: Abordagem à Pessoa com Crise Convulsiva no Serviço de Urgência

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Urgência

Data: 20 de janeiro de 2023

Hora: 16h

Local: Presencial: Biblioteca do [REDACTED] e Online: Microsoft Teams

Formadora: Enf.^a Ana Correia (estudante do VI Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica)

Orientadora: Enf.^a Especialista [REDACTED]

Docente Orientador: Professor Doutor Adriano Pedro



Obrigada! Contamos com a vossa presença

ANEXOS

Anexo I - Comprovativo de aprovação do Projeto de Intervenção Profissional pelo Centro de Formação, Investigação e Conhecimento da Instituição Hospitalar

|

Exma. investigadora,

Venho por este meio comunicar a aprovação do projeto "**Abordagem à pessoa com crise convulsiva em contexto de serviço de urgência**".

Deverá enviar uma cópia referente ao trabalho de investigação apresentado, assim como, todas as publicações e apresentações realizadas no âmbito deste trabalho de investigação. Qualquer questão não hesite em contactar-me.

Com os melhores cumprimentos,

[Redacted]
Unidade de Apoio à Investigação do
[Redacted]
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação.
[Redacted]



Anexo II - Certificado de participação no 2.º Congresso Internacional “Cuidado Centrado no Cliente e nos Padrões de Qualidade”



CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Correia participou no 2º Congresso Internacional “O Cuidado Centrado no Cliente e nos Padrões de Qualidade”, realizado online no dia 14 de outubro de 2022 com a duração de 8 horas.

A coordenadora do GaFDP,

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

**Anexo III - Certificado de participação no Curso de formação profissional Governação
Clínica/ Segurança doente**

Ministério da Saúde
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação
Pessoa Coletiva nº 510 745 997

Entidade acreditada pela ACSS
Processo de Renovação 22/12/2008 e
Despacho Ministerial de 13/12/2009



Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que ANA ISABEL CLEMENTE CORREIA, titular do número de identificação 12474448-6ZX8, frequentou o curso de formação profissional GOVERNACAO CLINICA/SEGURANCA DOENTE, ministrado na Unidade Hospitalar de Faro, que decorreu entre 23-11-2022 e 23-11-2022, com a duração de 07h00.

Faro, 23 de novembro de 2022

Francisco M. D. Serra
Director
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

Sede
Rua Leão Penedo, 8000-356, Faro
DEII Faro:
centroformacao@ch.algarve-min.saude.pt
DEII Portimão:
cfic.ptm@ch.algarve-min.saude.pt

CHUALG_CFIC_02_CERT_2017

Entidade Reguladora



Anexo IV - Certificado de participação no VIII Congresso Internacional de Cuidados
Intensivos



CERTIFICADO

PARTICIPAÇÃO

Ana Correia

Certifica-se para os devidos efeitos que **Ana Correia**, esteve presente no **VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos**, realizado Online, nos dias a 19 e 20 de fevereiro de 2022. (Duração: 20 horas).

626-420392084401060070ac190371314.GOV.NIC.BR




Aníbal Marinho


José António Pina

19 e 20 Fev 2022



Anexo V - Certificado de participação no 1.º Congresso de Enfermagem em Urgência e
Emergência do CHUC



Anexo VI - Certificado de participação no 2.º Encontro de Enfermeiros Especialistas em
Enfermagem Médico-Cirúrgica



Anexo VII - Certificado de participação em Comunicação Livre em formato e-poster no 1.º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do CHUC



Anexo VIII - Certificado de participação no Curso Suporte Básico de Vida com
Desfibrilhador Automático Externo



European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Ana CORREIA

13/12/1983

Obteve a qualificação de ERC
Basic Life Support (BLS)
Operacional
No Setúbal, Portugal

Maria Do Céu Mendes Pinto MARQUES
instructor líder



Data do último curso: 29/04/2022

O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e recertificação.
Para verificar a validade deste certificado, aceda <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-727-266950

Anexo IX - Certificado de participação no Curso Suporte Avançado de Vida



European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Ana CORREIA

13/12/1983

Obteve a qualificação de ERC
Advanced Life Support (ALS)
Operacional
No Setúbal, Portugal

Ana Catarina PEREIRA MESTRE DA CONCEIÇÃO
diretor de curso



Data do último curso: 21/05/2022

O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e recertificação.
Para verificar a validade deste certificado, aceda <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-312-676309

Anexo X - Certificado de participação no Curso *International Trauma Life Support*



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Ana Isabel Clemente Correia, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date

6/5/2022

course site

IP Setúbal, Setubal, INTL (International)

course director

Dr. Ana Ferreira, MD MD

course coordinator

Luis Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).

Continuing Education Hours: 16.00 Course #: Z1-ITLS-F2-0202 CEH Type: Advanced

CAPCE represents that this program has met standards for accreditation and does not endorse the opinions or content presented. For more information, or to register a concern go to:
<https://www.capce.org/CertificateTrouble/Index>

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
3000 Woodcreek Drive, Suite 200
Downers Grove, IL 60515

www.itrauma.org



ITLS
International
Trauma Life Support

349446-48576

Ana Isabel Clemente Correia, RN

has successfully completed the cognitive skills
evaluation in accordance with the standards of
International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider Course

Card Issue Date **6/5/2022**

Expiration Date **06/2025**

Course Number **48576**

Course Location **IP Setúbal, Setubal,
INTL (International)**

Anexo XI - Certificado de participação no Curso de formação profissional Vias Verdes AVC

Ministério da Saúde
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação
Pessoa Coletiva nº 510 745 997

Entidade acreditada pela ACSS
Processo de Renovação 22/12/2008 e
Despacho Ministerial de 13/12/2009



Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que ANA ISABEL CLEMENTE CORREIA, titular do número de identificação 12474448-6ZX8, frequentou o curso de formação profissional VIAS VERDES - AVC, ministrado na Unidade Hospitalar de Portimão / Lagos, que decorreu entre 27-10-2022 e 27-10-2022, com a duração de 03h00.

Portimão, 27 de outubro de 2022

Francisco M. D. Serra
Director
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

Sede
Rua Leão Penedo, 8000-386, Faro
DEII Faro:
centroformacao@ch.algarve-min.saude.pt
DEII Portimão:
cfic.ptm@ch.algarve-min.saude.pt

CHUALG_OFIC_02_CERT_2017

Entidade Reguladora



**Anexo XII - Certificado de participação no Curso de formação profissional Vias Verdes
Coronária**

Ministério da Saúde
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação
Pessoa Coletiva nº 510 745 997

Entidade acreditada pela ACSS
Processo de Renovação 22/12/2008 e
Despacho Ministerial de 13/12/2009



Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que ANA ISABEL CLEMENTE CORREIA, titular do número de identificação 12474448-6ZX8, frequentou o curso de formação profissional VIAS VERDES - CORONARIA, ministrado na Unidade Hospitalar de Portimão / Lagos, que decorreu entre 27-10-2022 e 27-10-2022, com a duração de 02h00.

Portimão, 27 de outubro de 2022

Francisco M. D. Serra
Director
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

Sede
Rua Leão Penedo, 8000-356, Faro
DEI Faro:
centroformacao@ch.algarve-min.saude.pt
DEI Portimão:
cfic.ptm@ch.algarve-min.saude.pt

CHUALG_CFIC_02_CERT_2017

Entidade Reguladora



Anexo XIII - Certificado de participação no Curso de formação profissional Vias Verdes
Sépsis

Ministério da Saúde
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação
Pessoa Coletiva nº 510 745 997

Entidade acreditada pela ACSS
Processo de Renovação 22/12/2008 e
Despacho Ministerial de 13/12/2009



Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que ANA ISABEL CLEMENTE CORREIA, titular do número de identificação 12474448-6ZX8, frequentou o curso de formação profissional VIAS VERDES - SEPSIS, ministrado na Unidade Hospitalar de Portimão / Lagos, que decorreu entre 27-10-2022 e 27-10-2022, com a duração de 02h00.

Portimão, 27 de outubro de 2022

Francisco M. D. Serra
Director
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

Sede
Rua Leão Penedo, 8000-356, Faro
DEII Faro:
centroformacao@ch.algarve-min.saude.pt
DEII Portimão:
cfic.ptm@ch.algarve-min.saude.pt

CHUALG_CFIC_02_CERT_2017

Entidade Reguladora



Anexo XIV - Certificado de participação no Curso de formação profissional Vias Verdes
Trauma

Ministério da Saúde
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação
Pessoa Coletiva nº 510 745 997

Entidade acreditada pela ACSS
Processo de Renovação 22/12/2008 e
Despacho Ministerial de 13/12/2009



Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que ANA ISABEL CLEMENTE CORREIA, titular do número de identificação 12474448-6ZX8, frequentou o curso de formação profissional VIAS VERDES - TRAUMA, ministrado na Unidade Hospitalar de Portimão / Lagos, que decorreu entre 10-11-2022 e 10-11-2022, com a duração de 07h00.

Portimão, 10 de novembro de 2022

Francisco M. D. Serra
Director
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

Sede
Rua Leão Penedo, 8000-356, Faro
DEII Faro:
centroformacao@ch.algarve-m.in.saude.pt
DEII Portimão:
dci-ptm@ch.algarve-m.in.saude.pt

CHU.ALG_OFIC_02_CERT_2017

Entidade Reguladora



Anexo XV - Certificado de participação no Curso de formação profissional Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico

Ministério da Saúde
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação
Pessoa Coletiva nº 510 745 997

Entidade acreditada pela ACSS
Processo de Renovação 22/12/2008 e
Despacho Ministerial de 13/12/2009



Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que ANA ISABEL CLEMENTE CORREIA, titular do número de identificação 12474448-6ZX8, frequentou o curso de formação profissional TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRITICO, ministrado na Unidade Hospitalar de Portimão / Lagos, que decorreu entre 27-09-2022 e 27-09-2022, com a duração de 07h00.

Portimão, 27 de setembro de 2022

Francisco M. D. Serra
Director
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

Sede
Rua Leão Penedo, 8000-356, Faro
DEI Faro:
centroformacao@ch.algarve-min.saude.pt
DEI Portimão:
cfic.ptm@ch.algarve-min.saude.pt

CHUALG_CFIC_02_CERT_2017

Entidade Reguladora



Anexo XVI - Certificado de participação no Curso de formação profissional Controlo de
Infeção para enfermeiros

Ministério da Saúde
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação
Pessoa Coletiva nº 510 745 997

Entidade acreditada pelo ACSS
Processo de Renovação 22/12/2008 e
Despacho Ministerial de 13/12/2009



Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que ANA ISABEL CLEMENTE CORREIA, titular do número de identificação 12474448-6ZX8, frequentou o curso de formação profissional CONTROLO INFECAO PARA ENFERMEIROS - UH PTM, ministrado na Unidade Hospitalar de Portimão / Lagos, que decorreu entre 28-09-2022 e 28-09-2022, com a duração de 07h00.

Portimão, 28 de setembro de 2022

Francisco M. D. Serra
Director
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

Sede
Rua Leão Penedo, 8000-386, Faro
DEII Faro:
centroformacao@ch.algarve-min.saude.pt
DEII Portimão:
cfic.ptm@ch.algarve-min.saude.pt

CHUALG_OFIC_02_CERT_2017

Entidade Reguladora

