



CONTRIBUTOS PARA O PROCESSO DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM: ESTUDO DE CASO DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR

Autor: Sérgio Morgado, n.º 5230098

2.º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa
em Situação Crítica

**Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com
Relatório II**

Professora Orientadora: Dra. Cristina Costeira

Leiria, abril de 2026

Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Politécnico de Leiria para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica com área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, realizada sob a orientação científica da Doutora Cristina Costeira, Professora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

AGRADECIMENTOS

Este percurso acadêmico exigente, foi apenas possível, graças ao contributo e apoio de várias pessoas e entidades, às quais expresso o meu sincero agradecimento.

Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora Dra. Cristina Costeira, pelo acompanhamento, disponibilidade, rigor científico e orientações prestadas ao longo de todo o processo, fundamentais para o desenvolvimento e consolidação deste trabalho.

Aos estudantes de enfermagem que aceitaram participar neste estudo, deixo um agradecimento especial pela disponibilidade e colaboração, sem as quais não teria sido possível a concretização do trabalho de investigação desenvolvido.

Agradeço igualmente à instituição que permitiu a realização dos vários estágios, proporcionando experiências fundamentais para a integração da teoria na prática e para o desenvolvimento de competências profissionais.

Um especial agradecimento à minha esposa Leandra, que me deu incentivo, motivação e assegurou a logística familiar.

Por último, a quem nunca deveria ficar para último! O pedido de desculpas aos meus filhos pelo tempo que não vivemos juntos, e o obrigado por serem a minha luz.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

EE- Enfermeiros Especialistas

EEEMCPSC- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica

EMCPSC- Enfermagem Médico Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica

EPI- Equipamentos de Proteção Individual

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

OE- Ordem dos Enfermeiros

PBCI- Precauções Básicas do Controlo da Infecção

PCR- Paragem Cardiorrespiratória

PNSD- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PSC- Pessoa em Situação Crítica

SAV- Suporte Avançado de Vida

SE- Sala de Emergência

SIV- Suporte Imediato de Vida

SMI- Serviço de Medicina Intensiva

SU- Serviço de Urgência

SUMC- Serviço de Urgência Médico Cirúrgica

VMER- Viatura Médica de Emergência e Reanimação

RESUMO

O relatório final de Estágio, insere-se no âmbito do Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, constituindo-se como um instrumento que possibilita a reflexão sobre o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e da aquisição de competências exigidas ao título de mestre.

Este relatório foi redigido em duas partes.

Na Parte I consiste numa análise crítico-reflexiva das competências comuns e específicas de enfermeiro especialista, adquiridas ao longo dos três estágios realizados em diferentes contextos clínicos, começando pelo estágio em serviço de urgência, o de cuidados intensivos, e por último o estágio opcional realizado num serviço de hemodiálise. A elevada complexidade e exigência assistencial, transversal aos diferentes contextos, permitiram o desenvolvimento das competências nas áreas da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, bem como competências específicas na prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação, e intervenção na prevenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos perante a PSC, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

A Parte II deste relatório consiste na Prática Especializada Baseada na Evidência, sobre supervisão clínica em enfermagem, onde é apresentado um estudo de investigação desenvolvido com estudantes do curso de enfermagem (2.º, 3.º e 4.º anos do curso de licenciatura em enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior da região Centro de Portugal), com o tema: Contributos para o Processo de Supervisão Clínica em Enfermagem: Estudo de Caso de uma Instituição de Ensino Superior. Trata-se de um estudo descritivo de natureza quantitativa, com uma amostra de 114 estudantes, utilizando um questionário baseado numa escala validada. Os resultados evidenciam que as competências mais valorizadas são de natureza comunicacional, nomeadamente a capacidade de comunicar e de escutar, não se tendo verificado diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes anos de formação.

Este estudo tem como objetivos: i) identificar as características e competências dos supervisores clínicos mais valorizadas por estudantes de enfermagem; ii) verificar diferenças entre perspetivas de estudantes nos diferentes anos letivos; iii) Analisar se o ano de frequência influencia a valorização das características e competências do supervisor por parte dos estudantes. O estudo é apresentado em formato artigo, que respeita as regras de submissão à revista referencia®.

Palavras-Chave: supervisão clínica; enfermeiro; enfermagem; competências específicas; competências comuns.

ABSTRACT

The final internship report is part of the Master's Degree in Nursing for People in Critical Situations at the School of Health of the Polytechnic Institute of Leiria, and serves as an instrument that allows reflection on the development of common and specific competencies of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Critical Situations and the acquisition of competencies required for the master's degree.

This report was written in two parts.

Part I consists of a critical-reflective analysis of the common and specific competencies of a specialist nurse, acquired throughout the three internships carried out in different clinical contexts, starting with the internship in the emergency department, the intensive care unit, and finally the optional internship carried out in a hemodialysis service. The high complexity and demands of care, across different contexts, have allowed for the development of skills in the areas of professional, ethical and legal responsibility, continuous quality improvement, care management and professional learning development, as well as specific skills in providing care to individuals experiencing complex processes of critical illness and/or organ failure, responding to emergency, exceptional and catastrophic situations, from conception to action, and intervening in the prevention and control of infection and antimicrobial resistance in the face of critical illness, given the complexity of the situation and the need for timely and appropriate responses.

Part II of this report consists of Evidence-Based Expertise in Clinical Supervision in Nursing, where a research study developed with nursing students (2nd, 3rd, and 4th years of the nursing degree course at a Higher Education Institution in the Central region of Portugal) is presented, with the theme: Contributions to the Clinical Supervision Process in Nursing: A Case Study of a Higher Education Institution. This is a descriptive study of a quantitative nature, with a sample of 114 students, using a questionnaire based on a validated scale. The results show that the most valued skills are of a communicational nature, namely the ability to communicate and listen, with no statistically significant differences found between the different years of training.

This study aims to: i) identify the characteristics and skills of clinical supervisors most valued by nursing students; ii) verify differences between students' perspectives in different academic years; iii) To analyze whether the year of study influences the students' valuation of the supervisor's characteristics and competencies. The study is presented in article format, respecting the submission guidelines of the journal *referencia*®.

Keywords: clinical supervision; nurse; nursing; specific competencies; common competencies.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
PARTE I - REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DURANTE OS ESTÁGIOS. 11	
1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	12
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO- CIRÚRGICA	12
1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA.....	14
1.3. SERVIÇO DE HEMODIÁLISE.....	16
2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	19
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	19
2.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	19
2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	21
2.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados	23
2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	24
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ESPECIALIZAÇÃO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	25
2.2.1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	25
2.2.2. Dinamiza a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	29
2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos perante a PSC, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.....	31
PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	33
1. INTRODUÇÃO	35
2. ENQUADRAMENTO.....	35
3. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	36
4. METODOLOGIA	36
5. RESULTADOS	39
6. DISCUSSÃO	41
7. CONCLUSÃO	42
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
CONCLUSÃO FINAL DO RELATÓRIO.....	44
REFERÊNCIAS.....	45
APÊNDICES	49
APÊNDICE I- INSTRUÇÃO DE TRABALHO- SONDA DE ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA – LIMPEZA, DESCONTAMINAÇÃO, TESTE DE FUGAS E ARMAZENAMENTO	50

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) com Relatório II, integrada no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da PSC, da Escola Superior de Saúde de Leiria, foi proposta a elaboração de um relatório final de estágio. Esta unidade curricular, inserida no 1.º semestre do 2.º ano do curso, constitui um momento fundamental de consolidação, análise crítica e reflexão aprofundada sobre o percurso formativo e profissional desenvolvido ao longo dos estágios.

Este relatório será apresentado e discutido em provas públicas, com vista à obtenção do grau de Mestre, tendo como principais objetivos: i) Analisar, de forma crítico-reflexiva, o desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista (EE) em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC), com base nas experiências vivenciadas ao longo de três estágios realizados em diferentes contextos de cuidados à PSC; e ii) Evidenciar o desenvolvimento de competências de investigação, através da descrição de um estudo descritivo realizado com estudantes do curso de licenciatura em enfermagem, intitulado “Contributos para o Processo de Supervisão Clínica em Enfermagem: Estudo de Caso de uma Instituição de Ensino Superior”.

No que diz respeito aos locais de estágio, estes decorreram no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e num Serviço de Hemodiálise (SH), pertencentes a uma Unidade Local de Saúde da região Centro de Portugal. Como referencial teórico para a prestação de cuidados nos três contextos, recorreu-se à Teoria das Transições de *Afaf Meleis*. A Teoria das Transições, desenvolvida por *Afaf Meleis*, constitui um referencial teórico fundamental na prática de enfermagem, particularmente em contextos de elevada complexidade clínica, como foi o caso dos contextos onde se realizaram os três estágios. No serviço de urgência, a transição ocorre de forma súbita e inesperada, sendo frequentemente marcada por instabilidade clínica e elevada exigência emocional. Já nas unidades de cuidados intensivos, o doente enfrenta uma transição crítica, caracterizada por alterações profundas do estado de saúde, frequentemente associadas à perda de autonomia e dependência de tecnologias avançadas para suporte de vida. Por sua vez, na diálise, a transição assume um carácter prolongado e contínuo, exigindo uma adaptação sustentada a um regime terapêutico complexo e a mudanças significativas no estilo de vida. Esta teoria centra-se na compreensão das experiências vivenciadas pelos doentes durante processos de mudança significativos, que podem ocorrer ao longo do ciclo de vida ou em resposta a alterações no estado de saúde. Segundo Meleis (2010), as transições são fenómenos multidimensionais e complexos, caracterizados por mudanças nos comportamentos, processos e papéis dos doentes. No contexto de doença, especialmente em situações críticas, o doente vivencia uma transição de saúde-doença que implica adaptações físicas, psicológicas e sociais. Estas mudanças podem afetar profundamente a identidade, a autonomia e a capacidade de resposta do doente face às exigências da nova condição. Neste enquadramento, o enfermeiro desempenha um papel central na facilitação de transições saudáveis, através da identificação das necessidades do doente, da promoção de estratégias de *coping* eficazes e do apoio à adaptação à nova condição de saúde. A intervenção de enfermagem, orientada por este modelo teórico, visa minimizar os efeitos negativos da transição e potenciar resultados positivos, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar da PSC. Deste modo, a integração da Teoria das Transições na prática clínica permitiu realizar uma abordagem holística e centrada na pessoa, particularmente relevante nos contextos citados, onde as experiências de transição são intensas, complexas e determinantes para o processo de recuperação e adaptação.

Para a concretização do primeiro objetivo, foram considerados: o Regulamento das Competências Comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e o Regulamento das Competências Específicas do EE em EMCPSC

(Regulamento n.º 429/2018, 2018). Na redação desta parte serão utilizados dois termos similares para definir a pessoa cuidada. Serão utilizados os conceitos PSC e doente.

No que diz respeito ao segundo objetivo, foi desenvolvida a temática da supervisão clínica em enfermagem. A supervisão clínica constitui um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, que envolve o supervisor clínico e o supervisionado, tendo como finalidade estruturar a aprendizagem, promover a construção de conhecimento e favorecer o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas. Acresce ainda que, este processo promove a autonomia na tomada de decisão, valorizando simultaneamente a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018). Este processo revela-se essencial na medida em que promove a segurança do doente, o desenvolvimento do pensamento crítico e a melhoria contínua da prática de cuidados, contribuindo igualmente para a consolidação de competências profissionais. Reconhece-se ainda, que esta área desempenha um papel relevante na promoção da qualidade dos cuidados prestados (Rocha, et al., 2021). A supervisão clínica assume-se, assim, como uma área fundamental no exercício profissional do EE, sendo esperado que este detenha competências neste domínio. Neste contexto, o EE é frequentemente convidado a participar e colaborar em processos de supervisão, quer de estudantes de enfermagem, quer de pares. Desta forma, a abordagem desta temática enquadra-se também no desenvolvimento da unidade de competência “Suporta a prática clínica em evidência científica”, nomeadamente no critério de avaliação que se refere à contribuição para a produção de novo conhecimento e para o desenvolvimento da prática clínica especializada (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

No estudo de investigação desenvolvido, pretende-se: i) identificar as características e competências dos supervisores clínicos mais valorizadas por estudantes de enfermagem; ii) verificar diferenças entre perspetivas de estudantes nos diferentes anos letivos; iii) Analisar se o ano de frequência influencia a valorização das características e competências do supervisor por parte dos estudantes.

O estudo desenvolvido será apresentado em formato de artigo científico, respeitando as normas de publicação da Revista de Enfermagem Referência®. Esta revista foi selecionada por apresentar quartil 4 e *H-index* 15, de acordo com os dados disponibilizados na plataforma *SCImago*®. Para além disso, todos os artigos publicados na revista Referência®, encontram-se em acesso aberto, permitindo uma ampla difusão do conhecimento científico e o acesso gratuito aos conteúdos por parte da comunidade científica e do público em geral.

De forma a garantir o rigor metodológico e a qualidade da redação científica do artigo, foi utilizada a *guideline Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), destinada à orientação da elaboração e apresentação de estudos observacionais.

Estruturalmente, o presente relatório encontra-se dividido em duas partes. Na parte I, é realizada uma caracterização dos contextos de cuidados onde decorreram os estágios, seguida de uma descrição crítico-reflexiva das dificuldades experienciadas e das estratégias desenvolvidas ao longo deste percurso formativo. Nesta secção é também apresentada uma reflexão sobre a forma como as experiências vivenciadas contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMCPSC. Na parte II, é apresentado um estudo de investigação, caracterizado por ser um estudo de caso, com abordagem quantitativa, centrado nas competências e características do supervisor clínico em enfermagem.

O restante documento foi elaborado de acordo com as normas definidas pela ESSLei, nomeadamente com base no Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos (2024). Para a realização das citações e referências bibliográficas foram seguidas as normas da *American Psychological Association* (APA), 7.ª edição.

PARTE I - REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DURANTE OS ESTÁGIOS

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019) da OE, que estabelece o descritivo das Competências Comuns do EE, publicado em Diário da República, o EE é um profissional a quem são reconhecidas competências humanas, científicas e técnicas para a prestação de cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas da prática de enfermagem.

Neste contexto, as competências são definidas como conjuntos integrados de conhecimentos, capacidades, atitudes, valores e comportamentos que permitem ao EE atuar de forma segura, ética, fundamentada, eficaz e autónoma nos diferentes contextos da prática profissional (OE, 2019). O desenvolvimento destas competências ocorre não apenas em contexto académico, mas também em contexto clínico, através da experiência prática e da reflexão sobre a prática profissional. Assim, torna-se relevante conhecer e caracterizar os contextos de cuidados onde decorreram os três estágios, uma vez que foi nesses ambientes que se concretizou o desenvolvimento e a consolidação das aprendizagens obtidas em contexto académico.

1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

Os três estágios decorreram: numa Unidade Local de Saúde da zona centro de Portugal, da qual fazem parte 3 Unidades Hospitalares e trinta e cinco Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários. Esta Unidade Local de Saúde acolhe 169274 utentes de 11 concelhos de proximidade, e tem como missão, a prestação de cuidados de saúde primários, hospitalares, paliativos, de convalescença, integrados, preventivos, personalizados, humanizados, de excelência técnica, científica e relacional, ao longo de todo o ciclo vital, proporcionando um forte sentido de vinculação e confiança nos colaboradores bem como nas pessoas que cuidam, assegurando atividades de investigação, formação contínua e ensino, retendo e valorizando profissionais com elevados níveis de competências e qualificação. Assegura também atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica que abrange. Tem ainda como missão ser reconhecida como uma organização de excelência e de referência na promoção da saúde, na prevenção da doença e na prestação de cuidados de saúde integrados, centrados na pessoa, na família e na comunidade, ao longo de todo o ciclo vital da população.

1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO- CIRÚRGICA

O estágio em contexto de urgência decorreu entre 6 de maio de 2024 e 12 de julho de 2024, perfazendo um total de 180 horas. O Serviço de Urgência, onde foi realizado o estágio encontrava-se classificado como Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), uma vez que assegurava as valências médicas obrigatórias, nomeadamente Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Imuno-Hemoterapia, Bloco Operatório, Imagiologia e Patologia Clínica, segundo o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, que determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação (Despacho n.º 10319/2014, 2014). O SUMC corresponde ao segundo nível de acolhimento de situações de urgência, dispondo dos recursos definidos para este nível de resposta, de acordo com o Despacho n.º 10319/2014 (Despacho n. 10319/2014, 2014). Este serviço apresentava ainda a especificidade de acolher uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

Do ponto de vista estrutural, o SUMC encontrava-se distribuído por diferentes áreas funcionais. A admissão ao serviço realizava-se no segundo piso, sendo efetuada pelas assistentes técnicas, após o processo de inscrição administrativa. Posteriormente, a PSC era encaminhada para os gabinetes de triagem, existindo dois gabinetes destinados a este efeito. Nestes gabinetes encontravam-se enfermeiros com formação específica em triagem, que utilizavam o Sistema de Triagem de Manchester (STM) para atribuição do nível de prioridade clínica aos doentes. Após a triagem, a PSC era encaminhada para as diferentes áreas assistenciais do serviço, de acordo com a especialidade médica e a prioridade clínica atribuída pelo fluxograma do Sistema de Triagem de Manchester. Quando o fluxograma assumia pulseira vermelha, a PSC era encaminhada diretamente para a Sala de Emergência (SE). O serviço dispunha ainda de uma Sala de Emergência (SE), onde exercia funções uma equipa com formação em medicina de urgência, bem como de uma área de cuidados intermédios, destinada à vigilância mais rigorosa de PSC que necessitavam de monitorização diferenciada. No entanto existiam exceções como numa situação experienciada em que uma PSC que vinha transportada, em maca trazida pelos bombeiros, já com um quadro clínico de agonia, que apesar do fluxograma atribuir a pulseira vermelha, o enfermeiro ao avaliar a situação, encaminhou para a sala de observação e não para a SE, pois, este sabia que

o doente que tinha avaliado não iria usufruir com qualquer medida invasiva que pudesse ser desenvolvida em SE. Esta tomada de decisão no enfermeiro da triagem, garantiu que os cuidados prestados fossem personalizados às necessidades da pessoa que se encontrava em fim de vida, garantindo que a SE se mantivesse disponível, para situações de emergência efetivas.

Esta experiência em particular, deve ser uma preocupação a refletir por todos os enfermeiros e decisores em saúde, pois a não existência de unidades específicas de urgência para situações de doença crónica/paliativa, contribuem para que os cuidados prestados não sejam centrados nas reais necessidades dos doentes, aumentando os gastos em saúde com medidas desnecessárias, que apenas aumentam níveis de sofrimento nos doentes com necessidades de cuidados e/ou família, nomeadamente em situações de cuidados a doentes paliativos. Esta experiência relatada, evidencia a importância de serem alocados nos postos de triagem, enfermeiros com formação especializada, treino avançado e experiência profissional em cuidados à PSC. Às PSC a quem eram atribuídas pulseiras laranja (por indicação do fluxograma), eram encaminhadas também para a SE independentemente de a especialidade ser médica ou cirúrgica. O enfermeiro de triagem encaminhava a PSC para a SE, o enfermeiro que se encontrava na SE procedia à ativação das áreas de especialidade.

Fisicamente a SE era composta por duas unidades, cada unidade era equipada com monitor, desfibrilhador, ventilador de transporte, capnógrafo, rampa de vácuo para aspiração de secreções, rampa de oxigénio, rampa de ar comprimido e material para abordagem da via aérea. Existia um carro com material para permeabilização da via aérea, que estava equipado com laringoscópio e várias lâminas para adequar à anatomia da PSC, tubos de intubação endotraqueal de vários tamanhos, seringas, *cuffómetro*, fita de nastro e fita adesiva, dispositivos supraglóticos, como as máscaras laríngeas, estetoscópio, insuflador manual e filtros descartáveis. Existia também material para abordagem de via aérea difícil, composto por lâmina *MacCoy*, videolaringoscópio descartável, mandril para adjuvar a condução do tubo endotraqueal. Em caso de transporte intra ou inter-hospitalar, existiam duas mochilas de transporte preparadas, para o efeito. Existiam dois armários de maiores dimensões, comuns às duas unidades, sendo um de material de uso clínico e dispositivos médicos, e outro com fármacos de emergência. Existia, também um armário, onde se encontravam previamente preparados kits para diversos fins, uns para colocação de cateter venoso central, outros para colocação de linha arterial, pacemaker provisório, dreno torácico e também kits de parto. Todo este material disponível em cada kit, existia de igual modo no armário de material. Esta preparação prévia de material, revelou-se uma excelente estratégia para situações de emergência, permitindo reduzir tempos de execução.

Existia ainda uma “sala aberta”, com capacidade para 21 unidades, destinada ao acolhimento de PSC urgentes com necessidade de cuidados na área da Medicina Interna. Nesta área, os cuidados de enfermagem eram assegurados por três enfermeiros, correspondendo a um rácio aproximado de sete doentes com necessidades de cuidados por enfermeiro. Quando a capacidade desta sala era excedida, as PSC permaneciam em maca no corredor, aguardando disponibilidade de vaga ou evolução da situação clínica.

Contígua a esta área existia a sala de gessos, destinada ao atendimento de PSC com necessidades de cuidados na área da Ortopedia, nomeadamente para realização de imobilizações e outros procedimentos específicos desta especialidade.

A PSC com necessidades de cuidados pela Medicina Interna, que não reuniam critérios para alta hospitalar, mas para os quais não existia ainda disponibilidade de internamento, eram encaminhados para a Unidade de Observação Médica. Esta unidade dispunha de 14 camas/macas, sendo os cuidados de enfermagem assegurados por dois enfermeiros.

Existia ainda a Unidade de Observação Médica-2, correspondente a outro espaço físico destinado a PSC em condições clínicas semelhantes. Este espaço encontrava-se dividido em três quartos, totalizando oito unidades, que, sempre que necessário, podiam ser utilizadas como unidades de isolamento.

À semelhança da Unidade de Observação Médica e da Unidade de Observação Médica-2, existia ainda, no 7.º andar, a Unidade de Observação Cirúrgica, destinada à vigilância e acompanhamento de PSC com necessidades cirúrgicas, aguardando decisão clínica relativamente à alta ou internamento.

Para dar resposta às necessidades da PSC, exerciam funções 97 enfermeiros, dos quais 18 eram EE, sendo apenas 7 em Enfermagem Médico-Cirúrgica, não cumprindo o estabelecido pela OE, que recomenda que entre 50% dos enfermeiros dos serviços de urgência, sejam EE na área de MC preferencialmente na área de especialização da PSC, garantindo ainda a presença de pelo menos um EE por turno (Regulamento 743/2019, 2019). Além dos enfermeiros, faziam parte da equipa multidisciplinar: técnicos auxiliares de saúde, médicos de clínica geral e de medicina interna, cirurgiões, e técnicos de diagnóstico e terapêutica. Sempre que necessário era solicitada a colaboração de médicos especialistas, como cardiologistas, intensivistas, anestesistas, ortopedistas, mediante ativação.

Os enfermeiros estavam, ainda, organizados em cinco equipas, cada uma com um coordenador de equipa responsável pela gestão e articulação do trabalho desenvolvido.

Relativamente ao método de trabalho, era privilegiado o método individual de trabalho, no qual um enfermeiro assumia a responsabilidade global pelos cuidados prestados a um conjunto de pessoas. No entanto, atendendo à imprevisibilidade e elevada afluência de PSC característica do serviço de urgência, os enfermeiros frequentemente colaboravam entre si na realização de intervenções, prestando cuidados, também às PSC, atribuídas a outras colegas. Nestes momentos, observava-se a adoção pontual de um método funcional ou por tarefas, promovendo uma resposta mais célere e eficaz às necessidades assistenciais (Ventura, 2024).

Neste serviço, os registos clínicos de enfermagem eram realizados através do sistema SClínico®. Para além deste, eram ainda utilizados outros softwares de apoio à prestação de cuidados e à gestão do serviço, nomeadamente o GLINTT®, destinado à gestão de consumos de material em armazém avançado e farmácia, e o RISI®, utilizado para a gestão e organização de horários dos profissionais.

1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

Em Portugal existem 968 camas de Medicina Intensiva, o que se traduz num rácio de 10,85 camas por 100 mil habitantes, sendo um valor ainda ligeiramente abaixo da média Europeia (11,5). Na região Centro do País, o rácio é de 7,6, enquanto o restante território se aproxima dos objetivos estratégicos. No entanto, apenas 872 camas estão ativas, devido ao aumento de camas encerradas para 9,9% em 2025, principalmente por falta de recursos humanos (Colégio da Especialidade de Medicina Intensiva, 2025).

O serviço onde se desenvolveu o estágio passou, em 2020, por um processo de reestruturação organizacional, alterando a sua designação de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes para Serviço de Medicina Intensiva (SMI), refletindo a evolução estrutural e funcional preconizada pela Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Medicina Intensiva. Esta transformação atribuiu ao SMI uma missão centrada na prestação de cuidados diferenciados à PSC, envolvendo monitorização contínua, suporte avançado de órgãos e atividades de formação e investigação (Ministério da Saúde, 2017).

Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde, os atuais modelos de SMI comparativamente com as anteriores Unidades de cuidados Intensivos apresentam vantagens significativas decorrentes do modelo organizacional, que os define como estruturas formais inseridas na rede nacional, com missão assistencial clara, recursos humanos diferenciados, processos de formação e investigação, e integração hierarquizada em eixos de referência (primários, secundários e terciários), assegurando maior consistência, equidade e continuidade de cuidados à PSC. Entre as vantagens do SMI destacam-se: a uniformização de práticas e níveis de cuidados a nível nacional; a existência de equipas altamente especializadas em Medicina Intensiva, garantindo maior segurança clínica; a monitorização sistemática através de indicadores de qualidade; a articulação estruturada com o serviço de urgência, transporte inter-hospitalar e outras especialidades; e a capacidade de planear, avaliar e melhorar continuamente os cuidados intensivos. Todo um conjunto de características que ultrapassam a função predominantemente estrutural e operacional das unidades de cuidados intensivos e conferem ao SMI um papel estratégico na resposta hospitalar à PSC (ACSS, 2024).

No âmbito desta reestruturação, foi criada a Equipa de Reanimação Interna, tendo sido igualmente integrada a Unidade de Cuidados Intensivos Coronários na nova estrutura organizacional. Para além disso, esta equipa prestava apoio à SE localizada no Serviço de Urgência, sempre que necessário.

O Despacho n.º 8589/2018 determina que deve ser disponibilizado às entidades competentes, o acesso aos dados administrativos dos sistemas de informação hospitalar, possibilitando a integração automática do número de camas vagas disponíveis nos SMI, bem como a sua tipologia, nível, III e II (Despacho n.º 8589/2018, 2018).

O serviço era constituído por uma sala aberta com seis camas de nível III e um quarto com quatro camas de nível II. De acordo com o Despacho n.º 8589/2018, as camas de nível III destinam-se a doentes críticos com falência de funções vitais, que necessitam de suporte orgânico, como ventilação mecânica, e de vigilância contínua 24 horas por dia, sendo recomendado o rácio de um enfermeiro para dois doentes. Por sua vez, as camas de nível II correspondem a cuidados intermédios, destinando-se a doentes que requerem monitorização contínua de sinais vitais e, em alguns casos, monitorização invasiva, sendo recomendado um rácio de até três doentes por enfermeiro (Despacho n.º 8589/2018, 2018).

Contíguo a estes espaços físicos, encontrava-se instalado um sistema de tratamento de águas, que possibilitava a realização de tratamento dialítico contínuo. O serviço dispunha ainda de um quarto de isolamento com pressão negativa, ou seja, um espaço, em que a pressão do ar no seu interior é mantida inferior à pressão das áreas adjacentes. Este mecanismo assegura um fluxo contínuo de ar do exterior para o interior do quarto, prevenindo a saída de microrganismos e reduzindo o risco de contaminação cruzada (Administração Central do Sistema de Saúde, 2024). Fazia, ainda, parte do espaço físico uma sala de espera/receção de familiares; uma sala de reuniões, um armazém com medicação, um armazém de material de uso clínico, uma sala de equipamentos, um gabinete do enfermeiro gestor, um gabinete do diretor de serviço, uma sala dos técnicos auxiliares de saúde, rouparia, uma casa de banho com duche, e uma sala de sujos. O serviço estava disposto em “sala aberta” apresentando uma disposição ampla possibilitando, aos profissionais, uma visão de todos os doentes em simultâneo, característica recomendada pelo Despacho n.º 8589/2018 (2018).

As 10 unidades de doentes eram constituídas por uma cama elétrica, com balança incorporada nos leitos, monitor de sinais vitais, ventilador, coluna com seringas e máquinas infusoras, rampa de vácuo para aspiração, rampa de oxigénio e de ar comprimido, contentor para resíduos contaminados e contentor de material cortopuncente. Existia em cada unidade uma mesa de apoio com material individual: luvas, solução antisséptica, creme hidratante, termómetro, máquina de glicémia com lancetas e tiras de reagentes, seringas, soro fisiológico, compressas esterilizadas, adesivo, faixa de fixação de tubo endotraqueal (TET).

A equipa multidisciplinar do Serviço de Medicina Intensiva era constituída por 51 enfermeiros, dos quais 12 eram EE, sendo que 5 eram da área de EMCPCSC. Estes profissionais encontravam-se distribuídos em cinco equipas, cada uma com um coordenador responsável pela organização e supervisão das atividades.

Segundo o Regulamento n.º 743/2019 (2019), que estabelece a Norma para o Cálculo das Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, redigido pela Ordem dos Enfermeiros, são definidos critérios orientadores para determinar o número adequado de enfermeiros, garantindo a segurança, qualidade e eficiência na prestação de cuidados. Este regulamento não estabelece rácios fixos por serviço, baseando-se antes em critérios objetivos, como a complexidade dos cuidados, a arquitetura do serviço, as competências dos profissionais, as taxas de ocupação e as horas reais de trabalho, no entanto recomenda a existência de pelo menos 50% de EE por turno, nomeadamente de EE na área da PSC.

No SMI como não existiam EE na área da PSC em número suficiente, não era possível cumprir com as recomendações para as dotações seguras, facto que pode comprometer a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Neste serviço, à semelhança dos programas informáticos utilizados no Serviço de Urgência, utilizavam-se também os sistemas SClínico®, GLINTT® e RISI®. Acrescia ainda o programa B-Simple®, que consiste numa plataforma de registos clínicos de enfermagem e médicos, permitindo dar uma resposta mais eficaz às necessidades de continuidade de cuidados, assegurando a segurança e a qualidade num contexto tão exigente e específico como o do Serviço de Medicina Intensiva.

1.3. SERVIÇO DE HEMODIÁLISE

O estágio no serviço de hemodiálise /nefrologia localizada no quinto andar, dividia-se em duas alas: a ala poente, que integrava o internamento de nefrologia, e a ala nascente, onde se encontrava o serviço de hemodiálise. Desde 2005, que estes serviços eram certificados com selo de qualidade *International Organization for Standardization* (ISO). Esta organização de qualidade avalia os serviços tendo por base sete princípios de gestão de qualidade: i) foco no cliente, ii) liderança, iii) envolvimento das pessoas, iv) abordagem de processos, v) melhoria contínua, vi) tomada de decisão baseada em evidências e vii) gestão de relações (ISO, 2015).

O serviço de hemodiálise era constituído fisicamente por cinco salas de diálise, cada uma equipada para oferecer as condições necessárias para quatro doentes, com Doença Renal Crónica. Para além destas salas, havia ainda uma outra sala reservada para doentes com doenças infetocontagiosas específicas, como tuberculose, hepatite ou Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV), inseridos em programas regulares de hemodiálise.

Já o internamento de nefrologia tinha catorze camas e dois quartos destinados a doentes com necessidades de isolamento. Um desses quartos estava reservado a doentes com diagnóstico de COVID-19 e o outro, reservado a doentes, com outras doenças infetocontagiosas, com a possibilidade de realizar hemodiálise em baixo fluxo. Na entrada do serviço de hemodiálise, existia uma sala reservada para diálise peritoneal, com uma equipa composta por dois enfermeiros e dois médicos que acompanhavam os doentes no início e durante o tratamento. Além do internamento, eram ainda oferecidas consultas, e cirurgia de ambulatório, duas vezes por semana, um dia para construção de acessos vasculares, concretamente fístulas arteriovenosas, e o outro dia para procedimentos realizados pela Unidade de Intervenção Vascular. Nesta última eram utilizadas as técnicas de angiografia, para visualizar estenose e/ou obstrução de lúmen vascular.

As sessões de hemodiálise eram realizadas de segunda-feira a sábado, organizadas em três turnos (manhã, tarde e noite) agrupando-se em dias pares (segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira) e ímpares (terça-feira, quinta-feira e sábado), tendo a duração de 4 horas cada sessão. Para minimizar o desperdício de tempo entre as sessões do mesmo dia, era necessário otimizar os intervalos, gerindo os procedimentos para evitar atrasos e reduzir o tempo de espera dos doentes.

No serviço de hemodiálise exerciam funções 26 enfermeiros, sendo que existiam 1 com título de EE em EMCPCSC.

No que concerne à norma de cálculo de dotações seguras estabelecida pela OE (2019), as dotações são influenciadas por fatores como a carga de trabalho, o ambiente de trabalho, o nível de complexidade dos doentes e a qualificação dos enfermeiros, entre outros (OE, 2019). Neste Regulamento n.º 743/2019 são recomendados por turno e por sala, um enfermeiro para cada quatro doentes. Sendo aconselhável 1 enfermeiro por 3 doentes em situações especiais como doentes instáveis ou em início de programa de diálise.

O Guia Orientador de Boas Práticas vem ainda acrescentar que para uma dotação segura neste tipo de unidades deva ser de um enfermeiro para cada quatro doentes, o que era cumprido (OE, 2016).

Os enfermeiros organizavam o seu trabalho segundo o método individual de trabalho, que se caracteriza por uma atribuição integral de cuidados a doentes específicos, promovendo a continuidade e a personalização dos cuidados, uma vez que o doente é cuidado pelo mesmo enfermeiro ao longo do turno (Trindade, 2021). No entanto, é importante destacar a relevância da cooperação em equipa, não apenas para assegurar o atendimento às necessidades básicas dos profissionais (ex.: horas das refeições; necessidade de algum enfermeiro se ausentar do serviço), mas também para otimizar a resposta, durante os períodos de maior exigência do turno, permitindo superar adversidades e garantir a prestação de cuidados de forma segura e eficiente.

Os programas de apoio ao registo clínico e gestão de serviço eram: SClínico®, GLINTT, RISI® e o programa de hemodiálise específico para registar os dados de cada sessão de diálise, *Therapy*®. O SClínico® consiste no sistema de informação clínica oficial do Serviço Nacional de Saúde, servindo de repositório central do processo clínico eletrónico do doente. Permite o registo da informação clínica por parte dos diferentes profissionais de saúde, os registos são padronizados, e permite a rastreabilidade dos atos clínicos. No caso concreto do serviço, este era utilizado para registar: os diagnósticos, mapa de cuidados, evolução clínica e intercorrências antes, durante ou após tratamento. No entanto, não é um *software* específico para diálise, uma vez que não detalha os registos dos parâmetros técnicos específicos de cada sessão de hemodiálise, desta forma surgia a necessidade da sua articulação com programas mais direcionados, como era o caso do *Therapy*®. Este Permitia a documentação detalhada dos parâmetros técnicos e clínicos de cada sessão, incluindo tempo de tratamento, características do acesso vascular, intercorrências, alarmes e adequação dialítica. Facilitava ainda a vigilância contínua do doente e reforçava a segurança do tratamento, possibilitando a análise de indicadores de qualidade e eficácia da diálise.

A plataforma GLINTT® tinha um papel essencial a nível da gestão, estando orientada sobretudo para a vertente organizacional e estratégica dos serviços. Permitia a monitorização da prestação de cuidados, a gestão de recursos humanos e de materiais, o controlo de custos e a análise de indicadores de desempenho. No serviço de hemodiálise, o GLINTT® contribuía ainda para o planeamento dos turnos, a gestão de distribuições, e a avaliação de produtividade. Já o RISI® estava centrado na gestão operacional do serviço, sendo útil na coordenação da atividade diária e na gestão do fluxo de doentes. Estes programas eram complementares uns dos outros, sendo que a sua utilização contribuía para uma abordagem global e estruturada da prestação de

cuidados, promovendo simultaneamente a qualidade dos cuidados, a segurança do doente e a eficiência organizacional.

2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O EE detém um conjunto de competências que vão além das adquiridas no nível da enfermagem generalista. Estas competências incluem a capacidade de avaliação detalhada do estado de saúde do doente, tomada de decisões clínicas com base em evidência científica, planeamento e execução de intervenções de enfermagem especializadas, supervisão e orientação de equipas e estudantes, e participação em processos de investigação e melhoria contínua da prática clínica. No capítulo seguinte irá ser desenvolvida uma análise critico-reflexiva do desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE em EMCPSC.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

É reconhecida ao EE a competência técnica e humana na prestação de cuidados de enfermagem nas áreas especializadas de enfermagem com um perfil de competências comuns nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; na melhoria da qualidade; na gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais (OE, 2019). A este enfermeiro é exigido que desenvolva competências comuns, sendo elas: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros).

2.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal traduz o compromisso do EE em prestar cuidados que respeitem a dignidade humana, salvaguardem direitos fundamentais do doente e cumpram as obrigações deontológicas e legais inerentes ao exercício de enfermagem. Ao longo dos vários estágios foi dado enfoque primordial ao Código Deontológico e ao Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), como pilares de conduta (OE, 2015).

Segundo o Decreto-Lei n.º 104/98, o REPE clarifica o âmbito de atuação e reforça a exigência de conduta responsável e ética, impondo o cumprimento dos direitos e interesses do doente, inclusive nos contextos de maior vulnerabilidade (Decreto-Lei n.º 104/98, 1998).

No SUMC onde se realizou estágio, foi o local que mais exigiu reflexão e mobilização de estratégias práticas para garantir o respeito pela privacidade e confidencialidade de cuidados ao doente. Isto porque este serviço apresentava uma enorme afluência estando constantemente a funcionar acima do número previsto de atendimentos diários, o que exigia uma alocação de doentes, em locais como corredores, em que estes estavam dispostos em macas separadas por menos de meio metro entre si, separados com cortinas que não limitavam os ruídos e as conversas entre profissionais e doentes. O facto de não existir a capacidade de garantir um local individualizado por géneros (feminino e masculino) estes estavam todos concentrados no mesmo espaço, o que contribuía para aumentar o desconforto dos doentes naquele espaço, principalmente dos mais jovens e com estado de orientação auto e alopsíquica. Mas estes ainda se iam protegendo, de alguma forma, a grande preocupação eram mesmos os doentes desorientados, e, portanto, mais vulneráveis, que muitas vezes se desnudavam por agitação motora. Nestas circunstâncias houve uma preocupação constante em garantir que estes se encontravam nos locais mais resguardados, mas ao mesmo tempo próximos dos profissionais de saúde. Também se recorreram a biombos, sempre que estes estavam disponíveis. Um aspeto de enorme relevo na humanização da saúde é o direito à privacidade, que todo o doente tem direito, apesar das circunstâncias de maior vulnerabilidade e fragilidade, inerentes ao seu processo de doença (Silva, 2007).

Destes episódios, percebeu-se que o imprevisto em serviços de urgência, sobrelotados, nem sempre é uma tarefa fácil, exigindo muita criatividade dos profissionais.

Neste contexto foi ainda vivenciado quebras de confidencialidade, devido ao ambiente ruidoso que se fazia sentir. Na prática, a confidencialidade exige escolher o quê, onde e como comunicar: limitar detalhes sensíveis em espaços partilhados, usar linguagem neutra, evitar discutir dados identificáveis junto de terceiros e optar por locais mais reservados sempre que possível. O EE deve, ainda, registar de forma adequada e controlar o acesso à informação, equilibrando transparência clínica e proteção de dados, uma manifestação clara da responsabilidade legal e ética (OE, 2015; Decreto-Lei n.º 104/98). Deste modo, emerge o sigilo profissional como regra de conduta que visa proteger a pessoa de exposição indevida e de potenciais danos sociais ou emocionais (OE, 2015).

Relativamente ao direito à informação e ao consentimento informado, foi vivenciado no serviço de hemodiálise um caso que ilustra o consentimento informado como processo contínuo e participativo. Encontrava-se internado no serviço de Nefrologia, um doente de 36 anos, proveniente de outro continente, com necessidade de cuidados na área. Foi encaminhado ao serviço de hemodiálise, pois a sua doença renal evoluíra ao ponto de necessitar de terapia substitutiva da função renal, e veio à sala de tratamentos para colocação de cateter de diálise sob técnica ecoguiada. Primeiramente, foi-lhe transmitida a informação rápida sobre o procedimento e, em seguida, o doente tinha de tomar a sua decisão validando o consentimento informado. A decisão do doente foi baseada nas suas crenças e valores, estando renitente por esteticamente o cateter ficar num sítio visível como é o pescoço. Esta situação exigiu do profissional respeito por essa escolha, independentemente de concordar ou não.

Para que se possa afirmar que existe a obtenção de um consentimento informado livre e esclarecido é importante garantir que a informação disponibilizada seja compreensível ao doente que a recebe (DGS, 2015; Vicente, 2015). A linguagem técnico-científica é repleta de conceitos técnicos que não são compreensíveis pela população em geral, o que exige, nomeadamente ao EE adotar a função de advogado e mediador nestes processos, em que deve traduzir e validar significados das informações clínicas disponibilizadas.

Atualmente os modelos de cuidados tem evoluído no sentido de reconhecer o doente no centro da atenção clínica, afastando-se dos modelos biomédicos, em que a decisão sobre a as condições de saúde eram conferidas ao médico. Hoje cada vez mais a população em geral está mais informada e exige estar informada sobre as opções terapêuticas e assim decidir em conformidade sobre o seu corpo e a sua saúde. Nesta nova perspetiva o princípio bioético do direito da autonomia ganha relevância. A decisão de decidir recusar um procedimento, por exemplo, a cateterização de um doente orientado e informado, numa situação que exija a administração de um fármaco endovenoso para a estabilização do mesmo, e este recusa a sua realização, pode conduzir a dilemas na prestação de cuidados dos EE, por colidir com o Princípio da Beneficência (fazer o bem) com Princípio do respeito da autonomia. Esta decisão difícil, deve ser encarada como um exercício de autonomia e não um obstáculo à “boa prática”, em que emerge o respeito pela dignidade e o reconhecimento do direito da autodeterminação. Esta abordagem reforça a relação terapêutica, assente no respeito e na confiança (DGS, 2015a; Vicente, 2014).

Outra situação ocorreu em contexto de SE com uma PSC vítima de trauma que pediu para não cortar a camisola, procedimento que em emergência é muito comum. Os profissionais sendo o SMUC um serviço exigente e onde pelas suas especificidades emergem vários dilemas éticos e axiológicos, verificou-se que é possível garantir o respeito pela autonomia e praticar um cuidado centrado no doente. Este aspeto pode ser espelhado por uma experiência vivida, procuraram avaliar a possibilidade de cumprirem este desejo, sem

prejudicar ou agravar o quadro da doente, e conseguiram naquela situação preservar a camisola. A decisão de procurar alternativas viáveis, como retirar a camisola, revela sensibilidade, humanismo onde se privilegiou a vontade da doente, evidenciando respeito pela autonomia e vontade/desejo do doente (OE, 2015; Silva, 2007).

No SMI, foi ainda vivenciada uma decisão multidisciplinar de não investir numa escalada terapêutica numa situação de diagnóstico de septicémia. Tratava-se de uma senhora jovem, sob sedoanalgesia, ventilada, com suporte vasopressor e em substituição renal contínua. Foi envolvida a família e definidas medidas de conforto e bem-estar. Esta situação levantou, muitos problemas e dilemas éticos na equipa e família. Neste caso, não existiam Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) nem testamento vital, o que levou a tomadas de decisão sob o ponto de vista “o que será melhor para a doente?” e o que “decidiria a doente se estivesse consciente e capaz de decidir”. Sabe-se que as tomadas de decisão em doentes não comunicativos geram desconforto profissional e impactam os profissionais e familiares envolvidos (Morgado et al., 2026).

Ainda, sobre esta temática é de reforçar, que legalmente existe a possibilidade de tomar decisões de forma unilateral, em situações de emergência. Legalmente existe o consentimento presumido, que em circunstâncias de emergência permite aos profissionais de saúde, agirem no melhor interesse do doente, sem conhecer diretamente a sua vontade, agindo numa suposição que “o titular teria consentido”, face às circunstâncias atuais (Ministério da Justiça, 1966). No entanto considera-se que apesar desta possibilidade legal, os profissionais de saúde devem procurar mobilizar todas as possibilidades para que a vontade do doente seja respeitada e cumprida, devendo este pressuposto ser uma exceção e não uma regra na prestação de cuidados.

2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

O domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, enquanto competência do EE, consiste na capacidade de planear, implementar, monitorizar e avaliar os processos de prestação de cuidados, fundamentando-os com evidência científica atualizada na procura de aprendizagem e aperfeiçoamento constantes (OE, 2019). Visando promover uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados, foram desenvolvidas aptidões relativamente aos vários sistemas de informação em uso nos serviços, possibilitando uma adequação dos registos de enfermagem.

No sistema SClínico®, são levantados focos, diagnósticos e intervenções de enfermagem tendo por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Apesar de não ter sido uma novidade em termos de utilização do programa, durante os estágios foi necessária uma readaptação. Desta experiência foi possível perceber que cada serviço faz uso e adapta os sistemas de informação às suas especificidades, apesar do sistema ser pouco flexível. Neste processo também foi possível perceber que em algumas situações as limitações impostas pelo sistema e pelo funcionamento dos serviços, levavam a que os enfermeiros nem sempre registassem as intervenções realizadas, nos campos dedicados, o que depois interferia com a extração de indicadores de saúde. Este facto foi muitas vezes vivenciado em situações no SU, onde o excesso de trabalho condicionava a qualidade dos registos, que eram muitas vezes realizados em notas gerais, em vez de atualizados mapa de cuidados e respetivo processo de enfermagem. Sabe-se que o registo em notas gerais não contempla a extração de informação codificada. No entanto, em discussão com os enfermeiros do serviço, esta prática era considerada facilitadora, pois resumia num local específico a informação dos doentes, garantindo a continuidade de cuidados. Nesta perspetiva considera-se crucial que os sistemas de informação cumpram o objetivo para que foram produzidos, dar o apoio ao processo de registos, e por esse motivo,

considera-se importante que nos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), que são os responsáveis pelo desenvolvimento e monitorização dos sistemas de informação em saúde a nível nacional, invistam na melhoria dos sistemas de informação, tendo em conta as especificidades de cada serviço, minimizando os constrangimentos que possam surgir.

Ainda, relativo ao desenvolvimento desta competência comum do EE, foram mobilizadas estratégias de forma a prevenir complicações decorrentes dos cuidados prestados, nomeadamente na identificação equívoca de doentes. A identificação correta é objetivo clássico de segurança dos doentes, incluído nas iniciativas nacionais do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 (pilares/objetivos para cultura de segurança, práticas seguras e comunicação). Estes pilares estabelecem um referencial de consolidação e evolução em matéria de segurança do doente, integrando-se objetivos estratégicos, em que as metas são alcançadas pela implementação das ações definidas neste Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

Esta preocupação pode ser espelhada pela experiência em contexto do serviço de hemodiálise, que apresentava particularidades que exigiam um reforço da atenção e (re)adaptação constante. Diariamente ocorriam situações de: doentes submetidos a tratamento de sessões dialíticas extraordinárias; alterações na prescrição da estratégia dialítica; assim como necessidades de mudança de unidade de tratamento, dentro da sala de diálise. Estas situações tornavam o ambiente num contexto complexo, de elevada taxa de probabilidade de ocorrência de erros, exigindo do EE especial atenção, organização e capacidade de tomada de decisão rápida e fundamentada. Deste modo foram fomentadas estratégias que visaram minimizar a ocorrência de erros, como estratégias individuais de foco na tarefa; confirmação do nome em voz alta e data de nascimento (dupla confirmação da identidade do doente); colocação e verificação frequente da pulseira de identificação e consulta do processo do doente frequentemente. Neste serviço, e de forma transversal à Instituição esta preocupação com a segurança, era assimilada como uma prioridade, o que levou à elaboração e implementação de instruções de trabalho e protocolos, para minimizar surgimento de erros, assim como o estabelecimento de elos de ligação nos serviços para promoverem medidas efetivas adaptadas aos diversos contextos de prestação de serviço. Estas medidas são entendidas como interessantes, por um lado estimulam os EE a envolverem-se em processos de melhoria, aumentando os níveis de satisfação profissional e por outro lado cumprem as recomendações das boas práticas.

Ainda em contexto do serviço de hemodiálise existiam EE responsáveis por uma área específica, como exemplo a prevenção do risco de queda. Neste contexto, a área da prevenção de quedas assumia uma grande importância porque, após a sessão de tratamento dialítico, os doentes apresentavam-se frequentemente debilitados, em parte devido ao perfil hipotensivo que se podia instalar, aumentando a probabilidade de ocorrência de quedas. Para mitigar este risco, foram implementadas estratégias facilitadoras, tais como o acompanhamento individualizado dos doentes mais suscetíveis e, preventivamente, a utilização de cadeiras de rodas para o transporte dos doentes, até ao meio de transporte que os levaria até ao domicílio. Adicionalmente, procedia-se à identificação prévia do risco de queda na pulseira do doente, através de um mecanismo de cores, como resultado dos níveis de risco identificados pela Escala de Morse, instrumento que permite categorizar o nível de risco de queda.

No SMI o risco de queda não era uma prioridade, quando comparada com o risco de úlcera por pressão, devido aos processos de imobilização e inconsciência dos doentes (Zhang et al, 2021). Neste serviço era avaliada a escala de *Braden* diariamente, para cálculo do risco de úlcera. Na prática clínica, a utilização de instrumentos e escalas de avaliação validadas constituem-se como ferramentas essenciais para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem. Estes instrumentos permitem a identificação precoce de riscos, a monitorização

objetiva do estado clínico do doente e a tomada de decisões fundamentadas em evidência científica, promovendo uma prática segura e eficaz (Correia et al., 2025).

2.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

O domínio da gestão de cuidados tal como preconizado pela OE, responsabiliza o enfermeiro, em particular o EE, pela organização, coordenação, supervisão e avaliação do processo de cuidados, garantindo acessibilidade, continuidade, eficiência e segurança clínica.

Durante os estágios, foi possível cooperar com o enfermeiro gestor, no planeamento dos horários dos enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde. Esta tarefa, aparentemente fácil, evidenciou-se como muito desafiante. O gestor considerava as especificidades de cada profissional, de forma a garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados aos doentes. Ainda no âmbito da gestão de recursos humanos, participou-se no processo de validação das faltas dos colaboradores, motivadas por doença, assistência à família ou situações de luto. Foram também consideradas as particularidades legais associadas aos direitos dos profissionais, como o respeito pelos horários de amamentação, assegurando, simultaneamente, a continuidade e a qualidade dos cuidados, durante as ausências de enfermeiros em licença de amamentação que saíam duas horas mais cedo do turno. A questão das saídas antecipadas dos serviços é frequentemente motivo de controvérsia entre os enfermeiros, uma vez que implica a assunção temporária de cuidados adicionais até à chegada dos profissionais no turno seguinte. Neste contexto, o papel do enfermeiro gestor torna-se fundamental, não apenas na organização do serviço, mas também na gestão de conflitos e na manutenção do equilíbrio entre direitos dos profissionais e qualidade assistencial.

A interação contínua e muitas vezes diária entre profissionais promove a existência de conflitos nas equipas. O conflito interpessoal consiste numa realidade comum no contexto da enfermagem, associando-se a fatores como a sobrecarga laboral, a pressão emocional, falhas na comunicação e características individuais entre os profissionais. Quando o conflito não é gerido adequadamente, tende a comprometer o trabalho em equipa, a satisfação dos profissionais e a qualidade dos cuidados prestados, sendo imperativo estratégias que promovam a comunicação eficaz e a gestão do conflito de forma construtiva (Lambrague et al., 2021).

No apoio às funções do enfermeiro gestor, nos serviços de SMI e SU existiam EE que assumiam a função de coordenadores de turno. Estas funções eram delegadas pelos enfermeiros gestores, exigindo que estes os substituíssem na sua ausência. Eram também do descritivo destas funções a gestão de recursos materiais e humanos, mas também assumiam cuidados ao doente se necessário, exigindo uma boa apropriação técnica, humana e de gestão de tempo. No SU, o enfermeiro coordenador assumia também a função de (re)triagem, exigência da norma n.º 002/2018 sobre Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata. A implementação da triagem considera a possibilidade de retriagem/reavaliação do doente numa das três situações: a) Quando o tempo de espera excedia o limite previsto; b) De acordo com as características do doente, por iniciativa do profissional de saúde; c) Sempre que a família/acompanhante o solicitava (Norma n.º 002/2018). Esta capacidade de promover boas condições de trabalho, proteger os interesses dos doentes e antecipar complicações, exigia do enfermeiro coordenador habilidades de liderança eficazes, adaptadas ao serviço e favorecendo a melhor resposta do grupo de profissionais, como é descrito pelo Regulamento das Competências Comuns do EE (OE, 2019). Nos diferentes estágios, nomeadamente no SUMC dependendo das situações o enfermeiro coordenador ia adaptando no mesmo turno diferentes tipos de liderança, uma mais autocrática quando pretendia que executassem tarefas de forma rápida, e mais democrática quando era

necessário tomar decisões em equipa, como definir grupos para as pausas de almoço e jantar. De acordo com Santos et al., (2021) os diferentes tipos de liderança diferem pela forma como o líder influencia, motiva e regula o comportamento dos membros da equipa, refletindo-se diretamente na sua satisfação, no clima laboral e no bem-estar psicossocial. A liderança autocrática caracteriza-se pela autoridade centrada no líder, decidindo de forma unilateral e estabelecendo relações predominantemente hierárquicas, melhorando a rapidez na execução das tarefas, contudo tende a criar ambientes de trabalho mais tensos, de maior *stress*, menor satisfação e envolvimento dos profissionais. Em contraste, a liderança democrática promove a participação ativa da equipa na tomada de decisão, fomentando uma comunicação aberta, maior colaboração e um sentimento de pertença. Este estilo está associado a níveis superiores de motivação, produtividade e satisfação laboral dos profissionais, constituindo um fator benéfico para a saúde ocupacional (Santos et al., 2021). Ainda na competência de gestão de cuidados, segundo o Regulamento n.º 722/2020 (2020), o EE tem também um papel central na supervisão clínica da prática de enfermagem, promovendo a qualidade e segurança dos cuidados. Através da supervisão clínica, onde acompanha a prática dos enfermeiros e estudantes, orienta intervenções e assegura que os cuidados são prestados de acordo com normas institucionais, evidência científica e padrões de qualidade (OE, 2020). A supervisão de cuidados no que diz respeito a tarefas delegadas foi também uma reflexão desenvolvida em contextos de estágio. Segundo o artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 161/96 (1996), a delegação de funções de enfermagem só é possível quando realizada por enfermeiros, que só podem delegar tarefas, em pessoal funcionalmente dependente, quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do doente em cuidados de enfermagem (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996).

Este facto, nem sempre é considerado, o que pode comprometer os cuidados prestados, daí que uma boa gestão de tempo e uma priorização de cuidados são dois fatores que emergiram como fundamentais no desenvolvimento desta competência comum do EE. Nesta experiência enquanto, supervisor, foi possível identificar a relevância de determinadas características no supervisor clínico, nomeadamente a empatia, a capacidade de promover a reflexão, sobre a prática clínica e o incentivo à tomada de decisões fundamentadas na evidência científica. Estas experiências evidenciaram também a importância de criar um clima de confiança, respeito e abertura, que favoreça a aprendizagem, a partilha de conhecimento e o desenvolvimento profissional. Este é um aspeto que se tem procurado desenvolver ao longo do percurso profissional, após o período de estágios, reconhecendo-se o seu contributo para a consolidação de competências e para a melhoria contínua da prática de enfermagem, sendo igualmente tido em consideração no contexto profissional atual. Esta experiência permitiu, também relembrar algumas das dificuldades frequentemente vivenciadas pelos supervisados, nomeadamente a necessidade de uma adaptação rápida num período de tempo reduzido, muitas vezes em contextos clínicos muito diferentes dos locais de trabalho, e com diferentes níveis de exigência. Adicionalmente, a gestão simultânea da vida pessoal, profissional e académica, constituiu um desafio significativo, que esta vivência tornou mais evidente. Este processo contribuiu para o desenvolvimento de maior empatia perante os supervisados, reconhecendo as dificuldades inerentes ao processo de aprendizagem e integração em novos contextos clínicos.

2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais traduz a aptidão do EE para manter uma aprendizagem contínua no contexto da prática, convertendo as experiências vivenciadas no quotidiano clínico

em conhecimento útil e aplicável, alinhado com os referenciais profissionais e sustentado pela melhor evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O Estatuto da OE, refere nos artigos 76.º e 88.º, que os enfermeiros devem exercer a sua profissão com base em conhecimentos científicos e tecnológicos, respeitando a vida, a dignidade humana, a saúde e o bem-estar da população. Além disso, é essencial que os enfermeiros mantenham os seus conhecimentos atualizados continuamente visando melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2015).

Durante o estágio no SMI o serviço, adquiriu um novo equipamento, uma sonda para ecocardiografia transesofágica, que conectava a um dos ecógrafos existentes no serviço. Sendo uma área de interesse pessoal e existir algum conhecimento na manipulação deste equipamento por parte do mestrando, foi proposto redigir uma instrução de trabalho acerca das principais especificidades de utilização e manipulação, abordando os temas necessários e pertinentes para seu bom funcionamento e manutenção, limpeza, descontaminação, teste de fugas e armazenamento. Este documento encontra-se em apêndice (Apêndice I), que após aprovação pelo diretor de serviço, foi submetido para apreciação pelo serviço de gestão de qualidade da Instituição.

Como forma de desenvolver novas aprendizagens no estágio realizado no serviço de hemodiálise existiu a oportunidade de assistir à construção de acessos vasculares como as fístulas arteriovenosas e inserção de próteses arteriovenosas, em regime de cirurgia de ambulatório. Esta experiência que apesar de ser realizada em ambiente intraoperatório, que é familiar ao mestrando, uma vez que este desenvolve funções num bloco operatório central, constituiu um momento de discussão de técnicas e procedimentos dirigidos à PSC em ambiente de perioperatório, contribuindo para levar conhecimento e temas de reflexão, para a prática clínica no local de trabalho, como a integração de familiares nos cuidados a estes doentes e preparação para a alta. A aprendizagem deve ser espontânea e alinhada com os interesses e necessidades, tornando-se mais gratificante do que a aprendizagem imposta (Almeida, 2013).

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ESPECIALIZAÇÃO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

As competências específicas no EE à PSC correspondem às capacidades que o EE desenvolve para responder de forma qualificada às necessidades humanas, aos processos de vida e aos problemas de saúde das PSC. Estas competências resultam do domínio próprio da enfermagem especializada na PSC e manifestam-se na prestação de cuidados altamente diferenciados, oportunos e adequados às necessidades complexas da PSC (Regulamento n.º 429, 2018). Segue-se uma análise crítico-reflexiva do desenvolvimento das três competências específicas do EE nos cuidados à PSC, descritas no Regulamento n.º 429 da OE, de 16 de junho de 2018.

2.2.1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 (2018), a complexidade inerente às situações de saúde e às respostas requeridas pela PSC, bem como pela sua família ou pessoa significativa, exige que o EE mobilize um conjunto alargado de conhecimentos e competências. Tal mobilização deve ocorrer de forma oportuna e integrada, permitindo uma intervenção holística, precisa e ajustada às necessidades emergentes (OE, 2018).

Em contexto de SUMC, o uso sistemático da abordagem ABCDE proporcionou uma rápida gestão de prioridades. A mnemónica ABCDE consiste numa metodologia de avaliação estruturada e sistematizada, bastante útil na abordagem inicial à PSC. Identifica e prioriza problemas potencialmente fatais, permitindo ao enfermeiro atuar rapidamente de forma organizada e eficaz. A abordagem tem início no A – *Airway*, focando-se na avaliação e permeabilização da via aérea; B – *Breathing*, em que se avalia a respiração mecânica e a ventilação sendo esta eficaz ou não; C – *Circulation*, consiste na avaliação do estado hemodinâmico, e existência de hemorragias ativas; D – *Disability*, refere-se à avaliação neurológica, fazendo uso da Escala de Coma de Glasgow; E – *Exposure*, fase em que ocorre exposição da PSC para uma completa observação, pesquisando possíveis lesões, assegurando sempre a normotermia. Esta metodologia revela grande importância ao facilitar o processo de pensamento, gerir prioridades e hierarquizar problemas que coloquem risco a PSC. Uma utilização consciente da abordagem ABCDE contribui para a segurança do doente, na medida em que diminui omissos, simplifica tomadas de decisão sob elevada pressão e agiliza o trabalho da equipa multidisciplinar (Couto, 2021).

O uso desta ferramenta de estratificação e monitorização descrita acima, facilita a prestação de cuidados céleres em contexto de SE. Nestes o tempo é indicativo do sucesso e do insucesso dos cuidados prestados. O estabelecimento de prioridades é fundamental e ajuda a reduzir níveis de ansiedade e *stress* nas equipas de cuidados. E sabe-se que quanto maior os níveis de ansiedade e *stress* das equipas, pior será o seu desempenho. Sabe-se que o treino e a preparação dos profissionais, facilitam os processos, por os tornar mais normalizados. A prestação de cuidados de enfermagem à PSC é emocionalmente desgastante. Benner et al (1999) consideravam que para o enfermeiro cuidar da PSC de forma eficaz, este tem de estar dotado de altos níveis de motivação, resiliência emocional e um conhecimento vasto de si próprio e dos outros, de forma a dar resposta às dinâmicas do contexto e mudanças rápidas da condição dos doentes. O facto de os cuidados à PSC envolverem o uso de tecnologias de ponta, medicamentos de emergência e modalidades do tratamento diferenciados (Titchen & Higgs, 2001), também incrementavam os níveis de *stress*. Os elevados níveis de *stress* impostos nos contextos de estágio foram ultrapassados com estratégias de partilha de limitações e receios com os pares, que ao apresentarem comportamentos de suporte facilitaram a gestão emocional exigente, assim como um estudo dirigido para as situações que eram mais ansiogénicas como paragens cardio-respiratórias, descompensações orgânicas, entre outras.

Neste contexto, as experiências vivenciadas em SE proporcionaram desafios que levaram a apropriação de novos conhecimentos e habilidades, como a gestão de protocolos terapêuticos complexos, e consolidar competências de Suporte Avançado de Vida (SAV). Estes conhecimentos foram lembrados em contexto de aulas teóricas, mas a integração na prática clínica foi fundamental para a sua consolidação.

A maioria dos casos clínicos abordados em SE corresponderam a doentes com ativação da Via Verde por Acidente Vascular Cerebral (AVC). Nestes doentes com suspeita de Acidente Vascular Cerebral, muitos deles com alterações do estado de consciência e potencial comprometimento das funções vitais, era necessária uma avaliação e intervenção rápida, sistematizada e orientada para a estabilização hemodinâmica, minimizando o risco de falência. O cuidado à PSC era de forma célere monitorizada continuamente em termos de parâmetros vitais, salvaguardando a deteção precoce de sinais de deterioração. Ao mesmo tempo, procedia-se à cateterização venosa periférica. O acesso venoso é essencial, seja periférico ou em última instância central, para se conseguir assegurar a administração de fluidos, drogas, contraste e eventual preparação para trombólise, conforme o caso fosse elegível. Permitiu deste modo, ao longo do estágio sistematizar a abordagem ABCDE. A avaliação neurológica era usada a Escala de Coma de Glasgow (GCS) uniformizando a comunicação interprofissional, sem perda de informação. Após ser estabilizada hemodinamicamente,

assegurado acesso venoso, a PSC era transportada em maca seguindo para o serviço de Imagiologia com prescrição de realizar Tomografia Axial Computorizada (TAC) e angioTAC, cabendo ao enfermeiro garantir a segurança durante o transporte e exames, manutenção da monitorização e prevenção de complicações. Foi possível constatar que a gestão de doentes desta tipologia, em contexto de “contrarrelógio”, exigia uma decisão rápida, uma comunicação eficaz dentro da equipa multidisciplinar utilizando a mesma linguagem, e antecipação das necessidades clínicas da PSC com prescrição de realizar Tomografia Axial Computorizada (TAC) e angioTAC.

Nenhum dos casos observados em estágio, teve indicação para trombólise ou para trombectomia, ou por não se verificar nenhuma obstrução vascular, ou por já não se encontrarem dentro da janela temporal para execução dos procedimentos, nestes casos os doentes ficavam no SUMC sob vigilância da medicina interna a fazer tratamento conservador (Norma n.º 009/2016, 2016). Esta situação, é muitas vezes vivenciada por falta de literacia da sociedade, sobre os sinais e sintomas de alerta em situação de Acidente Vascular Cerebral. Este facto deve ser entendido pelos EE como um foco de intervenção prioritário, em especial, porque um alerta atempado sabe-se que permite aumentar o sucesso dos cuidados prestados. A maioria dos doentes procuram os cuidados de saúde por motivos de dor, e outros sinais e sintomas são muitas vezes descurados. Sobre a dor, muito se tem avançado e evoluído nos últimos anos, no entanto em contexto prático, continuamos a assistir a práticas inadequadas, nomeadamente na avaliação de dor. Sabe-se que em alguns serviços, os doentes sedados, e curarizados, os enfermeiros registavam a intensidade de dor através da Escala Visual Analógica (EVA) ou escala numérica (0-10). O uso de instrumentos de avaliação recomendados pela Direção Geral de Saúde (DGS) em 2003 veio contribuir para melhorar as boas práticas, no entanto esta norma privilegia apenas instrumentos de autorrelato, o que exige como pressuposto que os doentes estejam conscientes e responsivos. Realidade que no cuidado à PSC nem sempre existe. No contexto de cuidados à PSC a avaliação e monitorização da dor em doentes sedados não responsivos, a escala utilizada que é recomendada é a *Behavior Pain Scale* (BPS). A *Behavior Pain Scale* é uma escala comportamental de dor, utilizada em adultos sedados e intubados via endotraqueal, que permite a avaliação de três itens: a expressão facial, movimentos corporais, e a tolerância à ventilação mecânica. Cada item tem a ponderação de 1 a 4, no final o resultado da soma pode variar entre 3 e 12, correspondendo a uma ausência de dor e a presença de dor máxima, respetivamente (Zambo net al., 2019). As utilizações de instrumentos desadequados vão conduzir a uma gestão de dor ineficaz, e a sua reavaliação fica comprometida às experiências e opiniões dos enfermeiros. Em contexto de SUMC pela existência de doentes idosos e uma grande parte destes com diagnóstico de demência, foi refletido com a equipa a possibilidade de se puder integrar instrumentos dirigidos como a PAINAD para doentes com demência e a DOLOPLUS para idosos, substituindo por escalas de autoavaliação e escalas de faces que eram usadas para doentes com demência incapazes de avaliar a intensidade de dor. Segundo a DGS (2003) a escala de faces é uma escala de autoavaliação, pelo que a sua utilização implica que o doente participe na sua avaliação, e não pode ser aplicada por terceiros. A avaliação da dor é uma etapa crucial para garantir uma gestão eficaz, servindo de base à decisão de implementar estratégias farmacológicas e não farmacológicas mais dirigidas.

Uma outra situação crucial para o sucesso do cuidado à PSC e sua família está relacionada com o processo de acolhimento, que é sempre um momento de maior agitação e *stress*, e que exige uma articulação eficiente dos processos de comunicação entre os elementos da equipa, de forma a garantir o sucesso dos cuidados.

No que diz respeito aos cuidados prestados ao doente com doença renal crónica em fase de falência renal, com necessidade de terapêutica substitutiva da função renal, as intervenções do EE em técnicas dialíticas, de elevada complexidade, são frequentes.

O EE em EMCPSC desempenha um papel diferenciador no seio destas equipas, constituídas maioritariamente por enfermeiros generalistas, apesar de muitas vezes serem, peritos em hemodiálise e detentores de competências preconizadas pela *European Dialysis & Transplant Nurses Association/European Renal Care Association* (EDTNA/ERCA, 2015). Este profissional por estar mais desperto para as consequências associadas aos cuidados à PSC, é capaz de assumir um papel mais efetivo na avaliação das necessidades da PSC, onde consegue identificar intervenções que minimizem o sofrimento ao longo da sessão de tratamento, a qual se prolonga, habitualmente, por cerca de quatro horas. Uma das estratégias para minimizar o sofrimento da PSC passa pela prevenção e gestão de complicações associadas ao tratamento dialítico. Entre as complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise destacam-se a hipotensão arterial, câibras musculares, náuseas e vômitos, cefaleias, hematomas e hemorragias associadas ao local de punção, exigindo uma vigilância contínua e uma intervenção precoce por parte da equipa de enfermagem (OE, 2016).

A fim de minimizar o sofrimento da PSC e eventuais complicações, o enfermeiro deve monitorizar a estabilidade hemodinâmica, através da avaliação de pressão arterial não invasiva e frequência cardíaca, estar atento a eventuais sinais e sintomas como sonolência, inquietude, agitação/prostração, sudorese e focar a sua atenção na causa, mediante os protocolos de atuação e intervenções autónomas de enfermagem, e solicitar avaliação médica se necessário. Comorbilidades frequentes neste tipo de doentes renais, são a anemia, diabetes, acidose metabólica, desnutrição, atrofia muscular e doenças cardiovasculares, que são manifestações clínicas que podem originar o aparecimento de complicações ao longo do tratamento de hemodialise, para as quais o enfermeiro deve estar desperto (Lagoa, 2020).

Para além disso, compete ao EE promover a capacitação do doente, incentivando a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências que favoreçam a autonomia no autocuidado e contribuam positivamente para o seu processo de saúde-doença. De forma a capacitar o doente para o autocuidado, o enfermeiro assume um papel fundamental na educação para a saúde, orientando o doente para o cumprimento das indicações e restrições alimentares e hídricas, bem como para a adesão ao tratamento e ao regime terapêutico instituído. Contudo, verificou-se que as PSC acompanhadas no serviço de Hemodiálise eram maioritariamente idosas, sendo que algumas apresentavam dependência de cuidadores e outras encontravam-se institucionalizadas. Este contexto constitui um desafio acrescido à promoção da autonomia e à adesão aos cuidados recomendados, uma vez que as limitações funcionais, cognitivas e o contexto social podem dificultar a implementação de mudanças comportamentais. Acresce ainda que, em muitos casos, a doença renal crónica resulta de hábitos e comportamentos de saúde desenvolvidos ao longo da vida, o que pode tornar mais complexa a modificação de estilos de vida e a adesão a novos regimes terapêuticos.

Embora as competências técnicas sejam essenciais no tratamento de hemodiálise, a gestão da comunicação interpessoal com o doente, é fulcral. O enfermeiro deve utilizar a comunicação de forma adequada para compreender o doente e respetivas famílias, através das suas experiências com a doença. A comunicação terapêutica assume um papel fulcral na qualidade dos cuidados prestados, a par com as competências técnicas inerentes ao tratamento. A escuta ativa, através do contacto ocular e da validação de emoções ajuda o doente a sentir-se escutado e respeitado. Foi utilizada comunicação empática, expressando compreensão e validação emocional como por exemplo através do uso de expressões como: “compreendo que esta adaptação inicial aos tratamentos seja devastadora para si”. Desta forma reduz-se o medo e a ansiedade e promove-se a verbalização das suas emoções.

A clarificação de mensagens, possibilitam que o EE identifique precocemente necessidades emocionais e dúvidas relativas à doença e/ou ao tratamento, criando uma relação terapêutica forte, com transparência e

confiança. Para tal ao longo do estágio houve a preocupação da adequação de linguagem, consoante a literacia do doente. A possibilidade de incluir a família no processo comunicacional, é de extrema pertinência uma vez, que nem todos os doentes se encontram na sua melhor performance de capacidade cognitiva, além disso, a família sendo rede de suporte também necessita saber como cuidar do seu familiar no domicílio.

Através de informação clara e negociação de cuidados, contribui-se para a capacitação destes cuidadores na adesão do regime terapêutico. Deste modo, a comunicação estruturada e orientada para a capacitação do doente e família contribuiu, para a promoção da segurança, da confiança e da qualidade dos cuidados prestados, revelando a maturidade clínica, o pensamento crítico e a capacidade de tomada de decisão do EE. Assim, as técnicas de comunicação não são apenas complementares à intervenção técnica em hemodiálise, mas constituem parte integrante da competência especializada que sustenta uma prática humanizada, competente e centrada no doente.

De igual modo, a comunicação terapêutica constitui uma ferramenta indispensável para a construção de relações de confiança, para o fortalecimento da adesão terapêutica e para a promoção do bem-estar e qualidade de vida, consolidando-se como um elemento imprescindível no exercício profissional do EE (Silva, 2023).

A comunicação interprofissional eficaz é reconhecida como sendo um elemento central na segurança do doente e continuidade de cuidados. Existe uma elevada quantidade de eventos adversos decorrentes de falhas ou omissões durante a transmissão de informação do doente. A Direção geral de Saúde (DGS) estabelece, através da Norma n.º 001/2017, que a transição de cuidados deve ser padronizada, fazendo uso da técnica ISBAR (Identificação, Situação, *Background*, Avaliação e Recomendação), uma vez que esta garante uma comunicação clara, precisa, total e que é facilmente compreendida pelo recetor, minimizando o risco de erro, ao mesmo tempo que se promove a segurança do doente (Norma 001/2017, 2017). Ao longo dos estágios ao fazer uso desta técnica foi possível verificar diferença na transmissão de informação, tendo sido notória uma maior sistematização da informação transmitida, o que minimizou o risco de ocorrência de erros relacionados com a falha de comunicação interprofissional, e permitiu desenvolver esta competência, garantindo que a comunicação entre profissionais fosse eficaz, segura e focada no doente.

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

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 (2018), compete ao EE em EMCPSC conhecer os planos e os princípios de atuação em situação de catástrofe, conceber em articulação com o nível estratégico os planos de emergência e catástrofe, planear e gerir os cuidados à pessoa em situação de catástrofe, tal como assegurar a eficiência desses mesmos cuidados preservando os vestígios de indícios de prática de crime (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O Decreto-Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil, define uma catástrofe como um evento incomum ou uma série de acidentes graves que podem causar grandes danos materiais e, possivelmente, vítimas, afetando significativamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em várias áreas ou em todo o território nacional (Decreto-Lei n.º 27/2006, 2006).

Neste âmbito, durante o estágio no SUMC, foi possível conhecer, consultar e conversar sobre o Plano de Emergência e Catástrofe da Instituição. Foi possível, verificar os armários onde constava todo o material para caso de ativação do plano, verificar como se deveria proceder em caso de ativação e como é realizado o encaminhamento para áreas específicas. Não foi, no entanto, possível nos estágios desenvolver competências relacionadas com a prestação direta de cuidados à PSC em situação de catástrofe, devido a

não ter havido nenhuma ocorrência com esta designação, nem a existência de programas de simulação das equipas, que se sabe segundo a evidência serem fundamentais para a preparação dos profissionais (Brazão, 2022).

Nos termos do artigo 207.º da Portaria n.º 1532/2008, de 29 de dezembro, do Ministério da Administração Interna, nas utilizações-tipo que disponham de Plano de Emergência Interno, devem ser realizados exercícios com o propósito de testar a operacionalidade do plano e capacitar os profissionais envolvidos. Estes exercícios visam a consolidação de rotinas, o desenvolvimento de comportamentos adequados e o aperfeiçoamento contínuo dos procedimentos previstos, garantindo uma resposta mais eficiente e segura em situações de emergência, exceção e catástrofe.

Em Portugal, a declaração de catástrofe não é frequente, sendo mais comuns as situações de exceção, como acidentes multivítimas e incêndios florestais. O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), define situação de exceção, como sendo uma situação de prestação de cuidados de emergência médica, na qual se verifica, de forma pontual ou sustentada, uma discrepância, entre as necessidades verificadas e os recursos que se encontram disponíveis (INEM, 2012).

Por outro lado, era frequente no SUMC existir situação de exceção, devido à lotação diária de doentes. Este fenómeno conduzia a uma reorganização diária e constante das equipas para dar resposta às inúmeras exigências e necessidades que emergiam. E apesar da ideia inicial de desorganização devido às macas nos corredores, aos ruídos de dor, ao passo apressado dos profissionais e imprevisibilidade do contexto, a realidade mostrou-se bastante surpreendente, uma vez que as equipas estão muito bem coordenadas, e ajustam-se rapidamente às necessidades. Ainda associado a esta competência procurou-se saber mais sobre as práticas correntes no que diz respeito à colheita de provas de crime e a situações de violência doméstica. Percebeu-se junto das equipas não existirem protocolos de atuação e estas inclusive identificaram inúmeras fragilidades nos cuidados a estes doentes, tendo sido recomendada a possibilidade de se desenvolverem momentos de atualização e formação continua, nesta área. A área forense apesar de não ter sido uma temática muito desenvolvida em contexto académico, ela na prática clínica é muito importante e a não preservação da cadeia de custódia pode inviabilizar os processos-crime em tribunal, e ilibar criminosos por perda de provas irrefutáveis. A cadeia de custódia corresponde ao conjunto de procedimentos sistematizados que asseguram a integridade, rastreabilidade e autenticidade de vestígios ou evidências, desde o momento da sua recolha até à sua análise e eventual apresentação em contexto legal. Este processo implica a correta identificação, acondicionamento, rotulagem, documentação e transferência dos materiais, garantindo que qualquer manipulação é registada de forma rigorosa e contínua. No contexto dos cuidados de saúde, nomeadamente em situações com implicações médico-legais, o cumprimento da cadeia de custódia é fundamental para preservar o valor probatório das evidências, evitar contaminações ou perdas de informação e assegurar a credibilidade dos profissionais envolvidos (Lynch & Duval, 2011). Uma vez que não existia consenso sobre as boas práticas a implementar nesta área nos diferentes estágios, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e percebeu-se que: a utilização de equipamento de proteção individual para evitar contaminação, a recolha adequada dos vestígios segundo protocolos definidos é fundamental, e o seu acondicionamento em recipientes apropriados, devidamente selados e identificados com informação clara (data, hora, local, identificação do profissional e do doente). Por exemplo em caso de roupa com vestígios de sangue devem ser usados sacos de papel e não plástico, o que se verificou não existirem em alguns serviços. É igualmente fundamental proceder ao registo detalhado de todas as etapas, incluindo a descrição da evidência, circunstâncias da recolha e todas as transferências, garantindo a rastreabilidade contínua. A evidência deve ser armazenada em condições seguras e controladas, com acesso restrito, sendo cada movimentação documentada e validada (D'Anna et al., 2023).

2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos perante a PSC, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) constituem um problema relevante de saúde pública, estando associadas a elevados custos e a taxas significativas de morbilidade e mortalidade (Pereira et al., 2024). O controlo de infeção implica a implementação de medidas que previnam a transmissão de agentes infecciosos entre doentes, profissionais de saúde e comunidade (OE, 2016).

Neste contexto, as Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI) assumem-se como um pilar fundamental na prevenção da transmissão cruzada e na promoção da segurança dos cuidados. Neste âmbito, o EE assume um papel central, assegurando práticas seguras, promovendo a adesão às PBCI e intervindo na gestão de riscos clínicos e não clínicos (Norma 001/2017, 2017).

Durante os estágios, a análise e aplicação das PBCI revelaram-se essenciais para a consolidação de competências enquanto futuro EE. De acordo com a DGS na norma n.º 029/2012, atualizada a 31/10/2013, estas medidas devem ser aplicadas de forma universal e sistemática em todos os contextos assistenciais (Norma 029/2012, 2013). As PBCI englobam intervenções como a higiene das mãos, utilização de equipamento de proteção individual (EPI), etiqueta respiratória, práticas seguras na manipulação de dispositivos e equipamentos clínicos, limpeza, desinfeção e esterilização de materiais, gestão da roupa e resíduos, prevenção de acidentes com material cortante-perfurante, colocação adequada do doente (isolamento) e manipulação segura de amostras biológicas.

Ao confrontar estes princípios com a prática clínica, torna-se evidente não só a sua importância enquanto base da qualidade e segurança dos cuidados, mas também os desafios inerentes à sua implementação, frequentemente condicionada por fatores como a sobrecarga assistencial, limitações de recursos humanos e características estruturais dos serviços.

Sabe-se ainda, que a maioria das IACS resultam de infeções cruzadas, sendo as mãos dos profissionais de saúde o principal veículo de transmissão. A higiene das mãos constitui, assim, a medida isolada mais eficaz na prevenção destas infeções (Norma nº 001/2017, 2017). Apesar do reconhecimento generalizado da sua importância, as taxas de adesão permanecem inferiores ao desejável, o que exige uma reflexão contínua sobre os fatores que condicionam esta prática. Nos contextos de estágio, observou-se a existência de estratégias facilitadoras, como a disponibilização de pontos de água e sabão ou soluções antissépticas de base alcoólica (SABA). Nos serviços de medicina intensiva (SMI) e nefrologia/hemodiálise, esta acessibilidade era mais evidente, ao contrário do SUMC, onde o número de lavatórios se revelava insuficiente, sendo compensado pelo aumento de dispensadores de SABA. Contudo, esta medida não substitui a lavagem com água e sabão em situações específicas, como na presença de microrganismos como *Clostridium difficile*.

Relativamente à utilização de equipamento de proteção individual (EPI), verificou-se que nem sempre estes eram utilizados de forma adequada. Em algumas situações, a sensação errada de maior segurança levava alguns profissionais a utilizarem dois pares de luvas. Esta prática para além de não ser recomendada está também, associada a desperdício de recursos materiais escassos e aumento de custos com os cuidados de saúde. Em contraste, no serviço de hemodiálise, observou-se uma utilização mais consistente e adequada dos EPI, alinhada com as recomendações da Direção-Geral da Saúde (Despacho n.º 10901/2022, 2022).

Durante os tratamentos de hemodiálise, foi possível implementar diversas intervenções com vista à prevenção de IACS, nomeadamente a desinfeção da unidade do doente e dos equipamentos, a manutenção da

esterilidade do circuito extracorporal e o cumprimento rigoroso da estratégia dialítica (OE, 2016). A descontaminação de equipamentos e superfícies, incluindo monitores, bombas infusoras e cortinas, constituiu uma das áreas onde se identificaram maiores discrepâncias entre a prática observada e as recomendações e normas desta área. Apesar de existirem orientações claras quanto à necessidade de limpeza e desinfeção entre utilizações, em contextos com elevada rotatividade, como o SUMC, a sua execução rigorosa nem sempre era assegurada.

Por outro lado, práticas como a gestão de roupa e dos resíduos, frequentemente eram desvalorizadas. Todos estes elos das PBCI's são importantes para a interrupção da cadeia de transmissão, evidenciando que cada procedimento contribui para a segurança global dos cuidados (Norma 029/2012, 2013). Neste sentido, as PBCI não devem ser encaradas apenas como normas a cumprir, mas como elementos estruturantes da qualidade e segurança dos cuidados. A reflexão contínua sobre estas práticas permitiu desenvolver competências alinhadas com o Regulamento n.º 429/2018 (2018), reforçando o papel do EE na garantia da aplicação das melhores evidências e na capacidade de intervenção crítica perante constrangimentos do contexto.

Durante os estágios, foi ainda possível analisar documentos institucionais, como o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) e os cronogramas de higienização, o que permitiu compreender que a prevenção da infeção depende não apenas da execução técnica, mas de uma cultura de segurança sustentada na adesão rigorosa às normas. Esta experiência contribuiu para consolidar conhecimentos sobre procedimentos de limpeza e desinfeção, tempos de atuação dos produtos e responsabilidades partilhadas na equipa multidisciplinar.

PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Nesta parte do relatório é apresentado um estudo de investigação desenvolvido com estudantes do curso de licenciatura em enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior da região Centro de Portugal, intitulado “Contributos para o Processo de Supervisão Clínica em Enfermagem: Estudo de Caso de uma Instituição de Ensino Superior”.

A realização deste estudo assume particular relevância no contexto da formação especializada em enfermagem, na medida em que contribui para o desenvolvimento de competências de investigação do EE, permitindo a aquisição e consolidação de capacidades relacionadas com a formulação de questões de investigação, recolha e análise de dados, interpretação de resultados e produção de conhecimento científico. Para além disso, o desenvolvimento de competências nesta área possibilita ao EE sustentar a prática clínica em evidência científica, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, para a inovação na prática profissional e para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem.

Em seguida será apresentado o estudo supracitado, que foi redigido em formato de artigo que será submetido à revista de enfermagem Referência®, tendo sido respeitadas as regras para publicação na mesma.

Contributos para o Processo de Supervisão Clínica em Enfermagem: Estudo de Caso de uma Instituição de Ensino Superior

Contributions to the Clinical Nursing Supervision Process: A Case Study of a Higher Education Institution

Contribucións al Proceso de Supervisión Clínica en Enfermería: Estudio de Caso de una Institución de Educación Superior

Resumo

Enquadramento: Supervisores clínicos munidos de competências e características facilitadoras revelam maior eficácia na orientação e apoio aos estudantes.

Objetivo: i) Identificar as características e competências dos supervisores clínicos mais valorizadas por estudantes de enfermagem; ii) Verificar diferenças entre as perspetivas de estudantes nos diferentes anos letivos; iii) Analisar se o ano de frequência influencia a valorização dessas características e competências.

Metodologia: Estudo descritivo realizado com 114 estudantes do curso de licenciatura em enfermagem de uma Escola de Saúde do Centro de Portugal. Foi aplicado um questionário online, incluindo questões sociodemográficas e a escala de avaliação das características e competências dos supervisores clínicos em enfermagem. Foram cumpridos todos os pressupostos éticos.

Resultados: Os estudantes identificaram como principais características e competências dos supervisores clínicos o “saber comunicar” e o “saber escutar”. Verificou-se ainda a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre estudantes dos diferentes níveis académicos analisados.

Conclusão: Os resultados evidenciam a centralidade das competências comunicacionais na supervisão clínica em enfermagem, independentemente do ano de formação dos estudantes. Estes resultados reforçam a necessidade de investir no desenvolvimento destas competências nos supervisores clínicos, contribuindo para uma experiência formativa mais eficaz e centrada no estudante.

Palavras-chave: supervisão clínica; supervisor clínico; enfermagem; competência.

Abstract

Background: Clinical supervisors equipped with facilitating skills and characteristics are more effective in guiding and supporting students.

Objective: i) To identify the characteristics and skills of clinical supervisors most valued by nursing students; ii) to verify differences between students' perspectives in different academic years; iii) to analyze whether the year of study influences how students perceive the supervisor's characteristics and skills.

Methodology: This descriptive study was conducted with 114 undergraduate nursing students from a School of Public Health in Central Portugal. An online questionnaire was administered, including sociodemographic questions and a scale to assess the characteristics and competencies of clinical nursing supervisors. All ethical requirements were met.

Results: The students identified "communication skills" and "listening skills" as the main characteristics and competencies of clinical supervisors. Furthermore, no statistically significant differences were found between students from the different academic levels analyzed.

Conclusion: The results highlight the centrality of communication skills in clinical supervision in nursing, regardless of the students' year of study. These results reinforce the need to invest in the development of these skills in clinical supervisors, contributing to a more effective and student-centered training experience.

Keywords: clinical supervision; clinical supervisor; nursing; competence.

Resumen

Marco contextual: Los supervisores clínicos que poseen habilidades y características que facilitan la labor de guiar y apoyar a los estudiantes son más eficaces.

Objetivo: i) Identificar las características y habilidades de los supervisores clínicos más valoradas por los estudiantes de enfermería; ii) para verificar las diferencias entre las perspectivas de los estudiantes en diferentes años académicos; iii) analizar si el año de estudio influye en cómo los estudiantes perciben las características y habilidades del supervisor.

Metodología: Este estudio descriptivo se realizó con 114 estudiantes de enfermería de pregrado de una Escuela de Salud Pública en el centro de Portugal. Se administró un cuestionario en línea que incluía preguntas sociodemográficas y una escala para evaluar las características y competencias de los supervisores clínicos de enfermería. Se cumplieron todos los requisitos éticos.

Resultados: Los estudiantes identificaron las habilidades de comunicación y de escucha como las principales características y competencias de los supervisores clínicos. Además, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes de los distintos niveles académicos analizados.

Conclusión: Los resultados resaltan la importancia fundamental de las habilidades comunicativas en la supervisión clínica de enfermería, independientemente del año de estudio de los alumnos. Estos resultados refuerzan la necesidad de invertir en el desarrollo de estas habilidades en los supervisores clínicos, lo que contribuye a una experiencia formativa más eficaz y centrada en el estudiante.

Palabras clave: supervisión clínica; supervisor clínico; enfermería; competencia

1. INTRODUÇÃO

A Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) constitui uma componente estruturante na formação dos estudantes de enfermagem, na medida em que operacionaliza a articulação entre o conhecimento teórico adquirido em contexto académico e a sua aplicação em contextos reais de prática clínica. Trata-se de um processo pedagógico intencional que visa promover não só o desenvolvimento de competências técnicas, como competências reflexivas, de tomada de decisão clínica e de integração progressiva no ambiente clínico, influenciando de forma decisiva a qualidade dos cuidados prestados e a segurança dos estudantes em Ensino Clínico (EC) (Antonsen et al., 2023).

SCE é definida como sendo um processo formal, estruturado e intencional, no qual um enfermeiro supervisor acompanha, orienta e estimula a reflexão crítica do(s) estudante(s) de enfermagem (supervisados), durante momentos de EC (Regulamento n.º 366/2018, 2018). Este processo visa facilitar a transição do conhecimento teórico para a prática clínica, promover a aquisição de novas competências clínicas e apoiar o(s) estudante(s) na análise das experiências vivenciadas em contexto real de prestação de cuidados (Ryu et al., 2024).

Simultaneamente, a supervisão clínica favorece a interiorização de valores éticos e de responsabilidade profissional, fundamentais para o exercício futuro da enfermagem (Sellers et al., 2024). Processos de SCE estruturados e consistentes contribuem para experiências formativas mais positivas e promovem a construção da identidade profissional do futuro enfermeiro (Hudays et al., 2023).

2. ENQUADRAMENTO

A teoria de Proctor constitui um dos referenciais mais utilizados em SCE, pela sua abordagem estruturada e integradora das diferentes dimensões da prática profissional. Esta teoria organiza a supervisão em três

funções fundamentais: normativa, formativa e restaurativa, permitindo responder, de forma equilibrada, às exigências da qualidade dos cuidados, ao desenvolvimento de competências e ao bem-estar dos profissionais. A sua aplicação no contexto de EC revela-se particularmente pertinente, na medida em que promove a reflexão crítica, a aquisição de conhecimentos e a gestão emocional dos estudantes em contexto real de cuidados. Assim, ao articular suporte, aprendizagem e responsabilização, o modelo de Proctor contribui para uma supervisão clínica mais eficaz, centrada na qualidade da relação que se estabelece entre supervisor-supervisado (Proctor, 1987). Esta relação consiste numa relação interpessoal estruturada, baseada na confiança, apoio mútuo e comunicação eficaz, favorecendo a aprendizagem reflexiva, criando um ambiente seguro para levantar questões, refletir sobre a prática e reconhecer dificuldades sem receio ou constrangimento e promover o desenvolvimento profissional do estudante de enfermagem (Baptista et al., 2023; Donough, 2025; Silva et al., 2023). Apesar de ser unânime a relevância da SCE, persistem dúvidas relativamente à forma como os estudantes de enfermagem perspetivam e valorizam as características e competências dos supervisores clínicos. Neste contexto, desenvolveu-se este estudo com o objetivo de identificar características e competências dos supervisores clínicos, mais valorizadas por estudantes de enfermagem, contribuindo para a produção de conhecimento que sustente práticas de supervisão clínica mais qualificadas e centradas nas necessidades e preferências dos futuros enfermeiros.

3. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

i) Quais as características e competências dos supervisores clínicos mais valorizadas por estudantes de enfermagem? li) Os estudantes dos diferentes anos apresentam diferenças de perspetivas relativamente às competências e características mais valorizadas?

4. METODOLOGIA

Tipo de estudo

Foi desenvolvido um estudo descritivo, do tipo descritivo-analítico, com abordagem quantitativa, que envolveu estudantes do curso de licenciatura em enfermagem de uma Escola de Saúde em Portugal. O estudo foi realizado entre setembro de 2024 e junho de 2025. Para a redação deste artigo respeitaram-se as guideline *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). A escola onde se desenvolveu o estudo conta, anualmente, com cerca de 400 estudantes inscritos no curso de licenciatura em enfermagem, distribuídos pelas quatro turmas, correspondentes aos quatro anos letivos (100 por turma). Os estudantes do primeiro ano realizam o seu primeiro EC no último mês do segundo semestre (junho). Por sua vez, os estudantes do segundo ano frequentam um EC durante o segundo semestre (janeiro-junho), enquanto os do terceiro e quarto anos desenvolvem EC em ambos os semestres (setembro-junho) do ano letivo.

Amostra

Foram convidados, por correio eletrónico, todos os estudantes, do 2.º, 3.º e 4.º anos, matriculados no curso de licenciatura em enfermagem no ano letivo de 2024-2025 de uma Escola Superior de Saúde na região Centro de Portugal. Nestes anos existiam 300 estudantes matriculados, tendo participado 114 o que corresponde a 38% da população.

Trata-se de uma amostragem não probabilística, intencional por conveniência. Como critério de inclusão, consideraram-se previamente os estudantes de cursos de Enfermagem com idade superior a 18 anos, que completaram o inquérito online. Foram excluídos os estudantes do primeiro ano do curso de licenciatura em Enfermagem, uma vez que, no momento da recolha de dados, ainda não detinham experiência de SCE, por não terem realizado, ainda nenhum EC.

Instrumento de colheita de dados

Os dados foram colhidos através de um questionário eletrónico, construído na plataforma *google forms*®. Este questionário de autorrelato é composto por duas partes: I) dados sociodemográficos (sexo [feminino; masculino; prefiro não responder]; idade [anos] e ano de frequência no curso (2.º; 3.º e 4.º ano); II) Escala de Avaliação das Características e Competências do Supervisor Clínico em Enfermagem (CCSNS), construída e validada para Português Europeu por Correia et al. (2018).

A CCSNS é uma escala de tipo Likert de 5 pontos, variando de 1 – nada importante a 5 – essencial, composta por 21 itens, sem itens invertidos, agrupados em três fatores: “competências relacionais e pedagógicas”; “competências pessoais”; “eficácia e competências de comunicação”. Os scores globais variaram entre 21 e 105, sendo que valores mais elevados correspondiam a competências consideradas mais importantes na perspetiva dos estudantes. Os valores de consistência interna foram calculados para a amostra atual usando o alfa de *Cronbach* para a escala total e para cada fator, obtendo-se valores significativos de consistência interna ($\alpha = 0,93$ para a escala total). Resultados satisfatórios também foram encontrados para cada fator da escala: fator “competências relacionais e pedagógicas” ($\alpha = 0,89$); “competências pessoais” ($\alpha = 0,75$); “eficácia e competências de comunicação” ($\alpha = 0,87$).

Procedimentos formais e éticos

Para assegurar o respeito à propriedade intelectual, foi solicitada autorização à autora principal da escala para sua utilização. Aos participantes do estudo foi fornecido um termo de consentimento informado, detalhando com os objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como, as medidas adotadas para garantir a confidencialidade das informações. Que tiveram de o validar, através da questão um do instrumento (*Declaro que li e compreendi as informações fornecidas sobre este estudo. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins científicos e publicações que delas decorram, no âmbito do presente estudo, e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo(a) investigador(a) responsável/orientador(a)- [Sim; Não]*). O acesso ao instrumento de colheita de dados estava condicionado à resposta afirmativa. Os princípios éticos delineados na Declaração de Helsínquia e na Convenção de Oviedo foram assegurados e respeitados ao longo de todo o estudo. O estudo recebeu parecer favorável da Comissão de Ética (Parecer Nº CE/.../64/2023).

Previsão do tratamento de dados

Os dados obtidos foram processados estatisticamente utilizando o programa *Statistical Package for Social Sciences*® (*SPSS*®), versão 28.0. Para a análise dos dados foram utilizadas estatística descritiva e inferencial. A estatística descritiva foi utilizada para caracterizar a amostra e descrever as variáveis em estudo, através do cálculo de frequências absolutas (n) e relativas (%), medidas de tendência central (média [M]) e medidas de dispersão (desvio padrão [s]).

As variáveis do estudo, não apresentaram distribuição normal, pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*, pelo que se optou pela utilização de testes não paramétricos. Para estudar a correlação entre duas variáveis não nominais, recorreu-se ao teste de *Spearman* (r). Considerou-se um nível de significância de 0,05.

174 Foi utilizada estatística inferencial, através do teste de *Kruskal-Wallis*, para analisar a existência de diferenças
175 estatisticamente significativas entre as perspetivas dos estudantes do 2.º, 3.º e 4.º anos de licenciatura
176 relativamente às características e competências dos supervisores clínicos.
177

5. RESULTADOS

Foram analisadas 114 respostas de estudantes. A maioria de estudantes a participarem pertenciam ao sexo feminino (86%), com idades médias de 23,23±6,28 anos, tendo o estudante mais novo 18 anos e o com mais idade 51 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Dados sociodemográficos e académicos dos estudantes.

Ano de Curso		2.º				3.º				4.º				Total			
variável		M	s	Md	A	M	s	Md	A	M	s	Md	A	M	s	Md	A
idade		23	7,63	19	28 (46-18)	24,66	7,63	22	31 (51-20)	22,49	2,30	22	12 (33-22)	23,23	6,28	22	33 (51-18)
Variável		n (%)				n (%)				n (%)				n (%)			
Sexo	♀	35 (83,3)				24 (82,8)				39 (90,7)				98 (86)			
	♂	7 (16,7)				5 (17,2)				4 (9,3)				16 (14)			
n		42				29				43				114			

Nota. M = média; s = desvio padrão; Md = mediana; A = amplitude; n = número de participantes; % = percentagem; ♀-feminino; ♂-masculino.

É de salientar que os estudantes consideram todas as características da escala como importantes e esperadas num supervisor clínico, pois apresentam em todos os itens valores médios acima de 2,5 (mínimo=1; máximo =5). De salientar que “saber comunicar” e “saber escutar” foram das duas características do supervisor mais referidas como importantes pelos estudantes dos três anos do curso.

Tabela 2- Estatística descritiva dos itens da escala de Avaliação de Características e Competências do Supervisor Clínico em Enfermagem, por ano de licenciatura.

Ano de Curso	2.º ano					3.º ano					4.º ano					Total				
item	n	Min	Máx	M	s	n	Min	Máx	M	s	n	Min	Máx	M	s	n	Min	Máx	M	s
Ter autoestima	42	2	5	4,21	0,93	29	3	5	4,07	0,75	43	3	5	4,16	0,69	114	2	5	4,16	0,79
Ter motivação	42	2	5	4,66	0,72	29	3	5	4,66	0,61	43	3	5	4,58	0,59	114	2	5	4,63	0,64
Ser criativo	42	2	5	4,21	0,78	29	2	5	3,90	0,86	43	2	5	3,72	0,91	114	2	5	3,95	0,87
Saber resolver problemas	42	2	5	4,50	0,74	29	3	5	4,62	0,56	43	4	5	4,63	0,49	114	2	5	4,58	0,61
Ter conhecimento de si próprio	42	2	5	4,36	0,79	29	2	5	4,38	0,78	43	3	5	4,33	0,64	114	2	5	4,35	0,73
Ser solícito	42	1	5	4,17	0,91	29	2	5	4,17	0,85	43	2	5	4,05	0,72	114	1	5	4,12	0,82
Ser responsável	42	2	5	4,64	0,76	29	4	5	4,90	0,31	43	3	5	4,70	0,51	114	2	5	4,73	0,58
Saber gerir conflitos	42	2	5	4,50	0,80	29	3	5	4,41	0,73	43	3	5	4,58	0,63	114	2	5	4,51	0,72
Ser íntegro	42	2	5	4,38	0,83	29	3	5	4,45	0,63	43	3	5	4,56	0,55	114	2	5	4,46	0,68
Ter iniciativa	42	2	5	4,36	0,79	29	3	5	4,45	0,63	43	2	5	4,58	0,66	114	2	5	4,46	0,71
Dar estímulo	42	2	5	4,29	0,84	29	2	5	4,21	0,77	43	2	5	4,30	0,74	114	2	5	4,27	0,78

Ano de Curso	2.º ano					3.º ano					4.º ano					Total				
item	n	Min	Máx	M	s	n	Min	Máx	M	s	n	Min	Máx	M	s	n	Min	Máx	M	s
Ter capacidade de decisão	42	2	5	4,52	0,74	29	3	5	4,59	0,63	43	3	5	4,53	0,63	114	2	5	4,54	0,67
Ser tolerante	42	2	5	4,55	0,80	29	2	5	4,34	0,86	43	2	5	4,40	0,79	114	2	5	4,44	0,81
Saber avaliar	42	2	5	4,57	0,74	29	3	5	4,55	0,74	43	3	5	4,51	0,67	114	2	5	4,54	0,71
Ser autêntico	42	2	5	4,19	0,80	29	2	5	4,28	0,88	43	3	5	4,26	0,76	114	2	5	4,24	0,80
Ser sensível	42	2	1	4,43	1,27	29	2	5	4,28	0,88	43	2	5	4,14	0,94	114	2	5	4,28	1,06
Saber planejar	42	2	5	4,36	0,76	29	3	5	4,34	0,72	43	3	5	4,47	0,55	114	2	5	4,39	0,67
Contribuir para o desenvolvimento do outro	42	2	5	4,36	0,85	29	3	5	4,41	0,83	43	3	5	4,58	0,55	114	2	5	4,46	0,74
Saber escutar	42	2	5	4,74	0,70	29	2	5	4,69	0,76	43	4	5	4,77	0,43	114	2	5	4,74	0,63
Ter autoconfiança	42	2	5	4,48	0,83	29	2	5	4,31	0,86	43	3	5	4,44	0,67	114	2	5	4,42	0,78
Saber comunicar	42	2	5	4,79	0,68	29	3	5	4,72	0,59	43	4	5	4,77	0,43	114	2	5	4,76	0,57

Nota: n = número de participante; Min=mínimo; Máx= máximo; M = média; s = desvio padrão.

Na tabela 3 está representado o valor do teste de *Kruskal-Wallis* que é indicativo de não existir diferença estatisticamente significativa na valorização das características e competências do supervisor clínico entre os estudantes do 2.º, 3.º e 4.º anos, nomeadamente nos fatores: características individuais ($H = 1,53$; $p = 0,47$), competências relacionais e pedagógicas ($H = 0,69$; $p = 0,71$) e competências de eficácia e comunicação ($H = 1,806$; $p = 0,41$).

Em todas as dimensões, os estudantes do 2.º ano apresentam postos médios ligeiramente superiores. Os estudantes do 4.º ano apresentam, de forma consistente, postos médios inferiores. No entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativas, logo não permitem inferências inferenciais.

Tabela 3- Diferenças nos da Escala de características e competências do Supervisor clínico, segundo o ano de frequência no Curso de Licenciatura.

Fatores	Ano de frequência	n	Posto Médio	H	p
F1- Competências Relacionais e Pedagógicas	2.º	42	60,83	0,69	0,71
	3.º	29	55,26		
	4.º	43	55,76		
	Total	114	-		
F2- Características Individuais	2.º	42	62,45	1,53	0,47
	3.º	29	55,28		
	4.º	43	54,16		
	Total	114	-		
F3- Competências de Eficácia e Comunicação	2.º	42	60,32	1,81	0,41
	3.º	29	61,05		
	4.º	43	52,35		
	Total	114	-		

Nota: n = tamanho da amostra; H-teste; p= nível de significância.

6. DISCUSSÃO

Os participantes do estudo eram majoritariamente do sexo feminino (86%), o que vai ao encontro às estatísticas nacionais no que diz respeito à representatividade por sexo na profissão de enfermagem em que, segundo dados dos Censos de 2021, estas são compostas por 16,8% homens e 83,2% mulheres (INE 2023). A profissão de enfermagem sempre se constituiu pela representatividade feminina. A história da profissão assim o revela.

O resultado encontrado relativo às características e competências dos supervisores clínicos mais valorizado, pelos estudantes, foi “saber comunicar” e “saber escutar”. Este resultado pode ser explicado porque a comunicação e a escuta ativa são pilares da relação terapêutica. Segundo Proctor (1987) a supervisão clínica deve proporcionar um espaço seguro, com apoio emocional, permitindo que o supervisionado expresse as suas dificuldades, reduzindo ansiedade e promovendo o seu bem-estar. A operacionalização desta função realiza-se através da função restaurativa ou de suporte e está relacionada principalmente com a capacidade do supervisor em comunicar de forma eficaz, fazendo uso de escuta ativa, empatia e feedback construtivo. Deste modo, a valorização de competências comunicacionais por parte dos estudantes, reflete a importância que é atribuída à supervisão enquanto relação de suporte, à semelhança da relação terapêutica em enfermagem, onde a comunicação desempenha um elemento central.

Os resultados deste estudo permitiram ainda perceber que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre grupos de estudantes nos diferentes níveis académicos (2.º, 3.º e 4.º anos), no que diz respeito à valorização de características e competências do supervisor clínico.

Esta perspetiva transversal evidencia que os estudantes de enfermagem valorizam, de forma consistente, supervisores clínicos com fortes competências relacionais, capacidade de comunicação eficaz e atitudes de apoio, desde as fases iniciais até às mais avançadas dos EC (Silva et al., 2023; Donough, 2025).

Esta inexistência de diferenças pode ainda refletir que as necessidades dos estudantes em contexto clínico são semelhantes, sobretudo no que respeita ao apoio emocional, orientação prática e *feedback* construtivo. De acordo com Ryu et al. (2024), a eficácia da supervisão clínica está mais relacionada com as competências interpessoais e pedagógicas do supervisor do que com o nível académico do estudante, o que corrobora os resultados obtidos neste estudo. As competências de comunicação e eficácia do supervisor clínico são

determinantes para a segurança do doente e para a aprendizagem clínica, sendo valorizadas de forma consistente por estudantes de diferentes níveis de formação (Sellers et al., 2024). Assim, a ausência de diferenças estatisticamente significativas não diminui a relevância destas competências, mas antes reforça o seu carácter estruturante na supervisão clínica em enfermagem.

Neste sentido, os resultados do presente estudo alinham-se com a evidência científica atual, que defende a necessidade de modelos de supervisão clínica centrados na relação supervisiva, com investimento contínuo no desenvolvimento das competências relacionais, comunicacionais e pedagógicas dos enfermeiros supervisores, independentemente do contexto ou do nível de progressão académica dos estudantes.

Este estudo apresenta algumas limitações que importa considerar na interpretação dos resultados. Trata-se de um estudo do tipo descritivo-analítico, com abordagem quantitativa, realizado numa única instituição de ensino superior da região centro, o que pode limitar a generalização dos resultados para outros contextos formativos. Adicionalmente, a amostra, embora não representativa do universo em estudo (114 estudantes de um total de 300), foi obtida por adesão voluntária a um questionário eletrónico, podendo introduzir viés de seleção, nomeadamente pela participação de estudantes mais motivados ou com maior interesse na temática. O recurso exclusivo a autorrelato constitui também uma limitação, uma vez que as respostas podem ser influenciadas por perceções subjetivas ou desejabilidade social. Acresce ainda a natureza transversal do estudo, que não permite estabelecer relações de causalidade entre as variáveis analisadas. Face a estas limitações, sugere-se que estudos futuros integrem amostras mais alargadas e diversificadas, incluindo múltiplas instituições de ensino e diferentes contextos clínicos, de forma a aumentar a validade externa dos resultados. Recomenda-se igualmente a utilização de metodologias mistas, combinando abordagens quantitativas e qualitativas, que permitam aprofundar a compreensão das perceções dos estudantes. Estudos longitudinais poderão também ser pertinentes para analisar a evolução das perceções ao longo do percurso formativo. Por fim, seria relevante explorar a perspetiva dos próprios supervisores clínicos e avaliar o impacto das competências comunicacionais na qualidade da supervisão e nos resultados de aprendizagem dos estudantes.

7. CONCLUSÃO

Este estudo reforça a importância da comunicação eficaz, clara e empática no processo de supervisão clínica, assumindo-se como uma competência central na supervisão em enfermagem. Neste sentido, é fundamental que as instituições de ensino superior e os contextos clínicos invistam na formação e no desenvolvimento contínuo das competências comunicacionais dos supervisores clínicos, bem como no fortalecimento da relação supervisiva. Tal investimento contribuirá para a criação de ambientes de aprendizagem seguros, facilitadores e promotores do desenvolvimento das competências profissionais dos estudantes. Com efeito, só assim será possível promover a segurança e a qualidade dos cuidados a prestar, uma vez que os estudantes, ao reconhecerem nos supervisores as competências e características que mais valorizam e ao estabelecerem relações pedagógicas de qualidade, tendem a apresentar melhores desempenhos no cuidado do outro e de si mesmo.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antonsen, T., Stenberg, C., Hansen, K. H., André, B., & Bogsti, W. B. (2023). Nursing students' experience of an alternative model for supervision during practical studies in the municipal health service: A qualitative study. *Heliyon*, 9(11), e21719. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e21719>

- 268 Baptista, M. S. S. B., Faria de Carvalho, A. L. R., & Pinto, C. M. C. B. (2023). Clinical supervision in
269 improving the quality of nursing care: Empowerment of medical-surgical hospitalization teams.
270 *Nursing Forum*, 2023, Article 5820168. <https://doi.org/10.1155/2023/5820168>
- 271 Donough, G. (2025). Clinical supervision experiences of nursing students: The good, the bad, and
272 the ugly of nursing professionalism. *South African Journal of Higher Education*, 39(3).
273 <https://doi.org/10.20853/39-3-6402>
- 274 Hudays, A., Gary, F., Voss, J. G., Hazazi, A., & Al-Sakran, F. (2023). Job satisfaction of nurses in the
275 context of clinical supervision: A systematic review. *International Journal of Environmental Research*
276 *and Public Health*, 21(1), Article 6. <https://doi.org/10.3390/ijerph21010006>
- 277 Imanipour, M., Mirzaeipour, F., & Hazaryan, M. (2023). Effectiveness of feedback type on
278 performance quality and satisfaction of nursing student: A comparative interventional study. *Journal*
279 *of Education and Health Promotion*, 12, 324. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1178_22
- 280 Proctor, B. (1987). Supervision: A co-operative exercise in accountability. In M. Marken & M. Payne
281 (Eds.), *Enabling and ensuring supervision in practice* (pp. 21–34). National Youth Bureau.
- 282 Regulamento nº366/2018. da OE, (2018). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e
283 Avançada em Supervisão Clínica. Diário da República. Obtido em 18 de julho de 2024
- 284 Ryu, H., Buus, N., Naccarella, L., Zarb, L., & Hamilton, B. (2024). Factors that influence the clinical
285 supervision implementation for nurses: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, 81(11),
286 7297–7310. <https://doi.org/10.1111/jan.16390>
- 287 Sellers, E., Craven-Staines, S., & Vaughan, C. (2024). Clinical supervision effectiveness in nursing,
288 medical and allied health professionals: Exploring interaction with workplace factors, supervision
289 factors and burnout. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 31(5), e14149.
290 <https://doi.org/10.1111/jep.14149>
- 291 Silva, A. O. V. da, Faria de Carvalho, A. L. R., Vieira, R. M., Barroso Pinto, C. M. C., & Pinheiro, F.
292 (2023). Clinical supervision strategies, learning, and critical thinking of nursing students. *Revista*
293 *Brasileira de Enfermagem*, 76(4), e20220691. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-069>

CONCLUSÃO FINAL DO RELATÓRIO

Este relatório tinha como principais objetivos: i) Analisar, de forma crítico-reflexiva, o desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista (EE) em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC), com base nas experiências vivenciadas ao longo de três estágios realizados em diferentes contextos de cuidados à PSC; e ii) Evidenciar o desenvolvimento de competências de investigação, através da descrição de um estudo descritivo realizado com estudantes do curso de licenciatura em enfermagem, intitulado “Contributos para o Processo de Supervisão Clínica em Enfermagem: Estudo de Caso de uma Instituição de Ensino Superior”. A sua consecução permitiu desenvolver e refletir sobre a formação experienciada em contexto teórico-prático, particularmente em estágios, constituindo a via primordial para a consolidação de competências pessoais, profissionais e relacionais, essenciais à prática de enfermagem. A possibilidade de contactar com a realidade dos vários contextos de cuidados possibilitou a aplicação integrada dos conhecimentos teóricos, proporcionando o desenvolvimento da crítica, da autonomia e da responsabilidade profissional.

A análise crítica-reflexiva das aprendizagens em local de estágio, aliada ao estudo de investigação desenvolvido sobre a supervisão clínica em enfermagem, permitiu um melhor entendimento do papel do enfermeiro supervisor, enquanto facilitador da aprendizagem, sendo evidentes a pertinência das competências comunicacionais, relacionais e de suporte no decorrer do processo formativo dos estudantes de enfermagem. Este percurso formativo contribuiu para a sistematização de saberes, experiências e práticas, e evidencia a importância da relação supervisiva como elemento estruturante do ensino clínico.

Uma das principais limitações sentidas na redação do relatório e deste percurso académico, prende-se com a in experiência em realização de estudos de investigação, assim como a redação de documentos em formato de artigo científico. Também a conciliação trabalho-vida familiar e academia se constituiu um desafio ao longo deste percurso. Que apesar de longo e exigente permitiu desenvolver uma visão diferente das práticas diárias que eram adotadas antes deste percurso. O fator tempo é considerado uma das principais limitações ao processo de desenvolvimento.

Quanto aos pontos fortes, um dos principais foi a estruturação clara e concisa do relatório, garantindo uma articulação lógica entre o enquadramento teórico, com os objetivos, a metodologia, a apresentação dos resultados e com a discussão. Esta organização permitiu fazer uma retrospectiva das vivências e das dificuldades que foram ultrapassadas neste processo. Permitindo perceber que foi possível desenvolver várias competências comuns e específicas, mas também competências de investigação específicas de mestres.

Ainda no que diz respeito ao desenvolvimento do estudo de investigação, este permitiu saber mais sobre supervisão clínica em enfermagem e também para a consolidação de competências essenciais à prática baseada na evidência e à investigação em saúde.

Como perspetivas de futuro é entendido que a investigação deve estar aliada à prática clínica pelo que o processo iniciado neste curso deve ser mantido e aprimorado, pois só assim será possível melhorar os cuidados de saúde prestados aos doentes e suas famílias.

Deste modo, o trabalho realizado constituiu um contributo significativo para o desenvolvimento profissional e pessoal, e para a consolidação de competências essenciais ao exercício futuro da enfermagem, sustentando uma prática reflexiva, consciente e orientada para a qualidade dos cuidados e para a segurança da pessoa cuidada.

REFERÊNCIAS

- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], (2024). Recomendações técnicas para instalações de unidades de cuidados intensivos (RT 09/2013). ACSS, I.P. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf
- Almeida, C. (2013). Rumo à especialização em Enfermagem. (Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para a obtenção de grau de Mestre com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Retrieved from: <https://repositorio.ucp.pre.rcaap.pt/handle/10400.14/137>
- Benner, P., Hooper Kyriakidis, P. L., & Stannard, D. (1999). Clinical wisdom and interventions in critical care: A thinking in action approach. Springer.
- Brazão, M. L., Nóbrega, S., Barreto, F., & Almada, S. (2022). O papel da simulação no treino de equipas de urgência. *Medicina Interna*, 29(4). <https://doi.org/10.24950/rspmi.1229>
- Colégio da Especialidade de Medicina Intensiva, (2025). — Census 2025. Ordem dos Médicos.
- Correia, P., Bernardes RA, Caldeira S. (2025). Instruments for Assessing Nursing Care Quality: A Scoping Review. *Nurs Rep*. 2025 Sep 19;15(9):342. doi: 10.3390/nursrep15090342. PMID: 41003298; PMCID: PMC12472527.
- Couto, D. M. A. (2021). Abordagem ao doente crítico com envolvimento familiar (Relatório de estágio de mestrado, Universidade Católica Portuguesa).
- D’Anna, T., Puntarello, M., Cannella, G., Scalzo, G., Buscemi, R., Zerbo, S., & Argo, A. (2023). The chain of custody in the era of modern forensics: From the classic procedures for gathering evidence to the new challenges related to digital data. *Healthcare*, 11(5), 634. <https://doi.org/10.3390/healthcare11050634>
- Decreto-lei n.º 27/2006, de 3 de julho da Assembleia da República. (2006): Lei de bases da proteção civil. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 126. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/27-2006-537862>
- Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde, (1996). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 205. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- DGS, (2003). A dor como 5.º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor (Circular Normativa n.º 09/DGCG). Ministério da Saúde. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- Direção-Geral da Saúde, (2015). *Plano nacional para a segurança dos doentes 2015–2020*. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt>
- Despacho n.º 8589/2018 do Ministério da Saúde, (2018). Determina que deve ser disponibilizado o acesso aos dados administrativos dos sistemas de informação hospitalar, para integração automática do número de vagas por unidade de cuidados intensivos e intermédios. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 172, 25017. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/8589-2018-116340920>
- Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 2026 (PNSD 2021 2026). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 187. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde (2014). Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência e os padrões mínimos relativos à sua estrutura e funcionamento. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 153. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

- Despacho nº10901/2022 (2022). DGS: Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Diário da República n.º 174/2022, Série II de 2022-09-08 <https://dre.pt/dre/detalhe/doc/10901-2022-200789503>
- EDTNA/ERCA, (2015). Hemodialysis: A nursing best practice guide. European Dialysis and Transplant Nurses Association / European Renal Care Association. <https://www.edtnaerca.org>
- INEM, (2012). Manual de Exceção. Obtido em 18 de julho de 2024, de <https://www.inem.pt/wpcontent/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o>.
- Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde de Leiria. (2024). Normas de elaboração de trabalhos académicos. Conselho Técnico-científico. <https://www.ipleiria.pt>
- International Organization for Standardization [ISO]. (2015). Quality management principles. Obtido de <https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/store/en/PUB100080.pdf>
- Labrague, L. J., Al Sabei, S., Al Rawajfah, O., AbuAlRub, R., Burney, I., Jayapal, S. K., ... Fong, J. (2021). Interprofessional collaboration as a mediator between structural empowerment and job satisfaction in nurses: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 29(7), 1964–1972. <https://doi.org/10.1111/jonm.13351>
- Lagoa, M. F. (2020). Doença Renal e Complicações Associadas: Biomarcadores Precoces para o Diagnóstico e Monitorização da Doença (Relatório de estágio, Faculdade de Farmácia, Universidade do Porto). Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/129860>
- Lynch, V. A., & Duval, J. B. (2011). *Forensic nursing science* (2nd ed.). Elsevier.
- Meleis, A. (2010). *Transations Theory: middle range and situation specific theories in nursing research and paractice*. New York: Springer Publishing Company.
- Ministério da Justiça. (1966). Código Penal Português. Artigo 39.º (Consentimento presumido). [https://www.dgsi.pt/ \(obra jurídica original\)](https://www.dgsi.pt/ (obra jurídica original))
- Ministério da Saúde, (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência: Medicina Intensiva (Aprovada em 10 de agosto de 2017). Administração Central do Sistema de Saúde / Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Morgado, T., Costeira, C., & Andrade, T. (2026). Modelos de tomada de decisão ética. In *Ética e deontologia em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica* (pp. 18-23)]. Lidel.
- Norma nº 001/2017 do Ministério da Saúde (2017). DGS: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Portal das Normas Clínicas. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
- Norma n.º 002/2018 do Ministério da Saúde (2018). Direção-Geral da Saúde: Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>
- Norma n.º 009/2016 do Ministério da Saúde (2016) –DGS: Abordagem do doente com acidente vascular cerebral agudo. <https://www.dgs.pt>
- Norma n.º 029/2012 do Ministério da Saúde. (2013). DGS: Precauções básicas do controlo da infeção (PBCI) (atualizada em 31/10/2013). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2016). Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa em situação crítica e dependente de suporte extracorporal de vida: um desafio para a prática especializada. Ordem dos Enfermeiros (2016). Retrieved from <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobp-cuidados-pessoa-em-situa-o-cr-tica/full-view.html>
- Regulamento nº 26/2019. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2.ª série. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento nº 113/2018. Diário da República, 2.ª série — N.º 113 — 14 de junho de 2018. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/37858/regulamento-sc-366-2018.pdf>
- Regulamento nº 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica., (2018). Diário da República: II série, nº 429 (2018) www.dre.pt
- Regulamento nº 722/2020. Ordem dos Enfermeiros (2020). Regulamento n.º 722/2020: Alteração ao Regulamento n.º 366/2018 — Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. Diário da República, 2.ª série, n.º 169, 31 de agosto de 2020. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/722-2020-141469607>
- Regulamento nº 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Regulamento n.º 743/2019. Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Pereira, S. M. R. S. B., & Leal, C. T. P. (2024). O impacto financeiro das infeções associadas aos cuidados de saúde: um estudo de caso-controlo [Estudo académico]. Ordem dos Enfermeiros. https://forms.ordemenfermeiros.pt/media/forms/upload/form_Oba10c12-1dd2-4029-8f1c-521e53fff489/103e576c-f35b-4ebb-8c43-4f492e07432f/iacs-estudo_caso-controlo.pdf
- Rocha, I. A. R. S., Rodrigues, M. A. C., Pinto, C. M. C. B., & Carvalho, A. L. R. F. (2021). Supervisão clínica em enfermagem para otimizar a avaliação do autocuidado. Cogitare Enfermagem, 26, e78884. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.78884>
- Regulamento n.º 361/2015 da OE, (2015). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. Diário da República, 2.ª série, n.º 123, 26 de junho de 2015. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>
- Regulamento nº366/2018. da OE, (2018). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. Diário da República. Obtido em 18 de julho de 2024
- Regulamento n.º 743/2019 do Ministério da Saúde, (2019). Diário da República, 2.ª série, n.º 162. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Portaria n.º 1532/2008 de 29 de dezembro do Ministério da Administração Interna. (2008). Diário da República, 1.ª série. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/portaria/2008-135056016-135179885>
- Santos, M., Almeida A., Costa T., (2021). Tipos de Liderança e Repercussões para a Saúde Ocupacional. Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online. 2021, volume 12, 1-13. DOI: 10.31252/RPSO.09.10.2021
- Silva, A. M. (2007). O direito à privacidade do doente no serviço de urgência. Universidade do Porto - Faculdade de Medicina. Obtido em 19 de julho de 2024, de <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/22110/3/tese%202.pdf>
- Silva, D. L., & Valladares-Torres, A. C. A. (2023). A comunicação terapêutica em enfermagem – revisão integrativa da literatura. Revista Eletrônica Multidisciplinar de Investigação Científica, 2(3). <https://doi.org/10.56166/remici.2023.5.v2n3.1.15>

- Titchen, A. & Higgs, J. (2001). Rethinking the Practice-Knowledge Interface in an Uncertain World: A Model for Practice Development. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(11), 526– 533. doi:10.1177/030802260106401102
- Trindade, L., Ventura, S. J. M. A., Martins, M. M. F. P. da S., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *J. Health NPEPS*, 6(2), 1–18. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/12/1349325/document-7.pdf>
- Ventura, J. (2024). Métodos de Trabalho dos Enfermeiros no Contexto Hospitalar: Contributos para a Qualidade e Segurança dos Cuidados.
- Vicente, J. C. G. (2015). Consentimento informado na assistência privada e pública hospitalar: O que entendem os profissionais de saúde e doentes/família sobre a informação e consentimento informado praticado em Portugal [Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório UCP. <http://hdl.handle.net/10400.14/20117>
- Zambon, L. S., Ferreira, J. C., & Rosseto, E. G., (2019). Avaliação da dor em pacientes sedados e intubados: aplicação da Behavioral Pain Scale (BPS). *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(1), 89–96
- Zhang Y, Zhuang Y, Shen J, Chen X, Wen Q, Jiang Q, Lao Y. (2021). Value of pressure injury assessment scales for patients in the intensive care unit: Systematic review and diagnostic test accuracy meta-analysis. *Intensive Critical Care Nurse*. 2021 Jun; 64:103009. doi: 10.1016/j.iccn.2020.103009. Epub 2021 Feb 25. PMID: 33640238.

APÊNDICES

APÊNDICE I- INSTRUÇÃO DE TRABALHO- SONDA DE ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA – LIMPEZA, DESCONTAMINAÇÃO, TESTE DE FUGAS E ARMAZENAMENTO



INSTRUÇÃO DE TRABALHO

SONDA DE ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA – LIMPEZA, DESCONTAMINAÇÃO, TESTE DE FUGAS E ARMAZENAMENTO

1. Objetivo

Definir a metodologia de limpeza, descontaminação, teste de fugas e armazenamento da sonda de ecocardiografia transesofágica (ETE) para garantir a integridade e operacionalidade do equipamento e a eliminação do risco de infecção.

2. Âmbito

Aplica-se ao Serviço de 

3. Definições

ETE: Ecocardiografia Transesofágica

SMI: Serviço de Medicina Intensiva

TAS: Técnico(a) Auxiliar de Saúde


4. Descrição

4.1. Responsável pela execução

Técnico(a) Auxiliar de Saúde (TAS) sob orientação e supervisão do Enfermeiro.

4.2. Periodicidade

Sempre antes e após a realização de uma Ecocardiografia Transesofágica (ETE).

4.3. Orientações quanto à execução

A sonda de ETE é um transdutor SVT que se conecta ao sistema de ultrassom ACUSON Juniper, permitindo a visualização detalhada das estruturas e funcionamento do coração.

4.4. Antes do exame

4.4.1. Realizar o teste de fugas

4.4.1.1. Conceito

N.º DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA APROV.	PÁG. N.º
IT.XXX.XXX.00					1/4

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

SONDA DE ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA – LIMPEZA, DESCONTAMINAÇÃO, TESTE DE FUGAS E ARMAZENAMENTO

- O teste de corrente de fugas funciona simulando o sistema de ultrassonografia sob condições de defeito e medindo a sua impedância eléctrica

4.4.1.2. Procedimento

- Encher previamente com água, a tina preta de plástico pela marca de nível, **figura 1**;
- Mergulhar dentro de água a ponta distal da sonda e o eixo flexível até à marca de 100cm;
- Conectar a sonda ETE ao adaptador do comando de teste;
- Conectar o eléctrodo ao comando de teste e de seguida colocá-lo na tina, ficando parcialmente submerso;

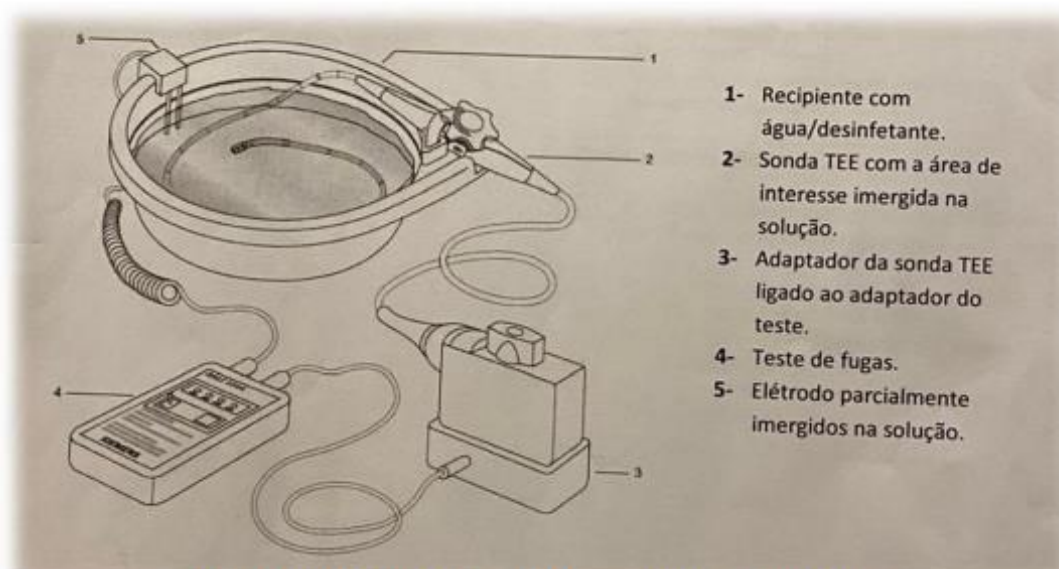


Fig.1: Esquema de ligação da sonda Transesofágica ao teste de Fugas

- Carregar no botão “ON/TEST” para iniciar o autoteste, que concluído com êxito, irá acender-se um led amarelado (*ready*), **figura 2**;
- Carregar novamente no botão “ON/TEST” para dar início ao teste de condutividade, que terminará ao acender um led esverdeado (*pass*);
- Carregar no botão “LEAKAGE/CONDUCTIVITY” e logo de seguida no botão “ON/TEST” para dar início ao teste de fugas. Ao acender-se um led esverdeado (*pass*), indica que o teste de fugas foi feito com sucesso, estando o equipamento operacional;

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

SONDA DE ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA – LIMPEZA, DESCONTAMINAÇÃO, TESTE DE FUGAS E ARMAZENAMENTO

- Na realização de qualquer teste, ao acender um led avermelhado (*fail*), indica que o teste em questão falhou, tendo o mesmo de ser repetido;

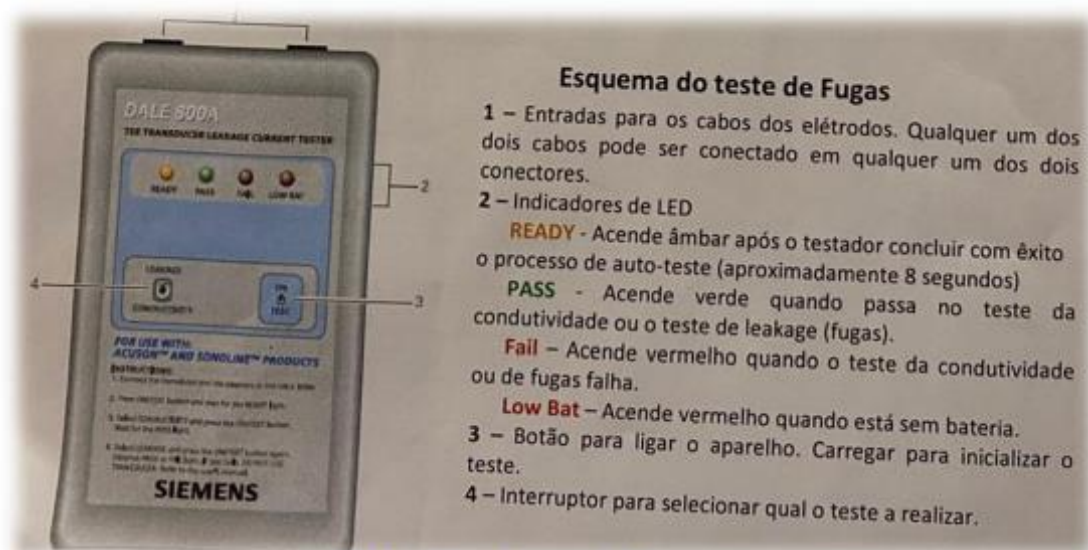


Fig.2: Esquema do teste de Fugas

- Tirar a sonda de dentro de água e proceder à sua desinfecção, utilizando toalhetes *Tristes Trio Wipes System*, conforme indicado pelo fabricante;
- Secar a sonda com compressas de gaze;
-

4.5. Após o exame

- Proceder com precaução face à fragilidade da sonda;
- Desconectar e remover a sonda do sistema de ultrassom;

4.5.1. Limpeza da sonda de ETE

- Colocar luvas de protecção calçadas, avental e máscara;
- Limpar a sonda com toalhetes *Clinell Universal Wipes & Spray* eliminando o excesso de resíduos e secreções;
- Usar compressas de gaze limpas embebidas em solução de sabão neutro, para limpar o cabo, a alça, os controles de articulação e o conector;



INSTRUÇÃO DE TRABALHO

SONDA DE ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA – LIMPEZA, DESCONTAMINAÇÃO, TESTE DE FUGAS E ARMAZENAMENTO

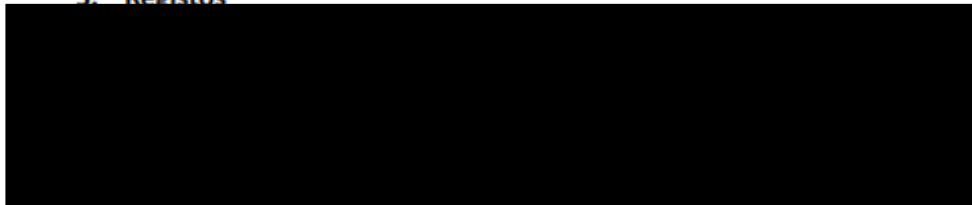
4.5.2. Realizar o teste de fugas

- Repetir o tópico 4.4.1.2 (Procedimento)

4.5.3. Descontaminação da sonda de ETE e armazenamento

- Ainda com o equipamento de protecção individual, proceder à sua desinfecção utilizando toalhetes *Tristes Trio Wipes System*, conforme indicado pelo fabricante;
- Secar a sonda com compressas de gaze;
- Introduzir na ponta da sonda, o protector fornecido com o equipamento;
- Acondicionar a sonda dentro da caixa de transporte original, fornecida com o equipamento;

5. Registos



6. Referencial ACSA

Standard S 02 10.17_00

7. Circuito documental

ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO
Sérgio Morgado		